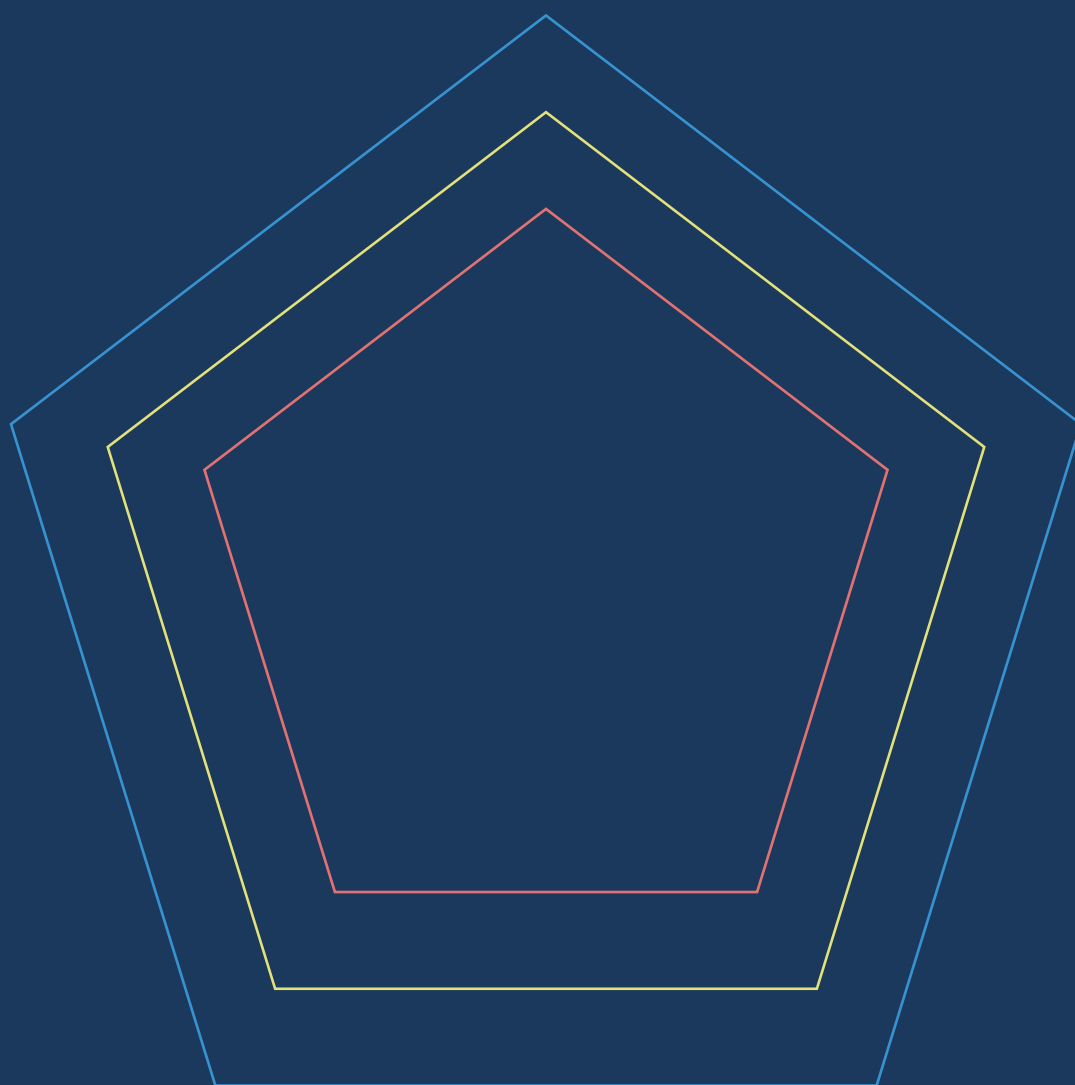


---

# Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés



Organisation  
mondiale de la Santé

## Crédits photographiques

Chapitre 1 : © Getty Images/Jonathan Torgovnik

Chapitre 2 : © Flickr/Pippa Ranger

Chapitre 3 : © Getty Images/Jonathan Torgovnik

Chapitre 4 : © Women's Network South Africa NPUD

Chapitre 5 : © Photos de la communauté GATE 2022

Chapitre 6 : © Photos de la communauté GATE 2022

Chapitre 7 : © OMS/Blink Media - Nikolay Doychinov

Chapitre 8 : © Photos de la communauté GATE 2022

---

# Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés [Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations]

ISBN 978-92-4-010492-1 (version électronique)

ISBN 978-92-4-010493-8 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2024

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

**Citation suggérée.** Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés [Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non-responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Design et layout par Lushomo.



---

# Table des matières

Remerciements.....	vi
Sigles et acronymes.....	viii
Glossaire.....	ix
Résumé d'orientation.....	xiv
Résumé des interventions essentielles sanitaires et créant un environnement favorable.....	xvi

## CHAPITRE 1 : Introduction 1

Populations clés pour l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST.....	2
Obstacles structurels.....	2
Infection à VIH, hépatite virale et IST dans les populations clés : dynamique et syndémies ...	4
Riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST dans les populations clés.....	5
Portée des présentes lignes directrices.....	7
Buts et objectifs.....	7
Public.....	7
Principes des lignes directrices.....	8
Comment utiliser les présentes lignes directrices.....	9

## CHAPITRE 2 : Méthodes 11

Vue d'ensemble.....	12
Groupes ayant contribué à l'élaboration des lignes directrices.....	12
Conflits d'intérêts.....	13
Définition de la portée des lignes directrices.....	13
Valeurs et préférences des membres des populations clés.....	14
Élaboration d'ensembles prioritaires.....	15
Plans de diffusion et de mise à jour.....	16

## CHAPITRE 3 : Catalyseurs essentiels 17

Introduction.....	18
Expérience, valeurs et préférences des populations clés en ce qui concerne les obstacles structurels et les catalyseurs essentiels.....	18
Interventions essentielles pour l'impact : catalyseurs essentiels.....	20
Obstacles et catalyseurs juridiques et politiques.....	20
Stigmatisation et discrimination.....	22
Autonomisation des communautés.....	24
Violence.....	26



## CHAPITRE 4 : Ensemble d'interventions recommandées 29

Introduction .....	30
Ensemble d'interventions recommandées .....	31
Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable .....	31
Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires .....	34
Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires .....	46

## CHAPITRE 5 : Ensembles d'interventions par population clé 53

Introduction .....	54
Travailleurs du sexe .....	54
Consommateurs de drogues injectables .....	57
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes .....	60
Personnes transgenres et de genre variant .....	62
Personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés .....	65

## CHAPITRE 6 : Prestation de services 69

Contexte .....	70
Services menés par les communautés, partage des tâches et participation des pairs des populations clés .....	71
Intégration .....	73
Décentralisation .....	74
Prestation de services différenciée .....	74
Interventions virtuelles .....	75
Auto-prise en charge .....	76

## CHAPITRE 7 : Considérations relatives aux programmes et aux services pour les jeunes groupes de population clés 79

Contexte .....	80
Changements apportés à l'environnement juridique et politique .....	81
Éléments d'une programmation réussie pour les jeunes populations clés .....	81

## CHAPITRE 8 : Élaboration de la riposte : processus de prise de décision, de planification et de suivi 87

Introduction .....	88
Analyse de la situation .....	88
Planification et mise en œuvre de la riposte .....	91
Suivi et évaluation de la riposte .....	92
Planification et élaboration continues de la riposte .....	93



## CHAPITRE 9 : Informations supplémentaires sur l'élaboration des nouvelles recommandations 97

Introduction .....	97
Méthodologie .....	97
Données probantes et processus décisionnel pour les nouvelles recommandations .....	99

## Références 122

### Annexes Web

Web Annex A. Summaries of declarations of interest

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360443/9789240053434-eng.pdf>

Web Annex B. Values and preferences report

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360444/9789240053441-eng.pdf>

Web Annex C. Systematic review findings and GRADE tables

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360445/9789240053458-eng.pdf>

Web Annex D. Evidence to decision making tables

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360446/9789240053465-eng.pdf>



# Remerciements

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) remercie avec gratitude les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration des présentes lignes directrices.

## Spécialiste de la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)

**Nandi Siegfried** (consultante indépendante, Afrique du Sud).

## Membres du groupe d'élaboration des lignes directrices

**Coprésidentes : Erika Castellanos** (Global Action for Trans Equality [GATE], Pays-Bas) et **Frances Cowan** (Centre for Sexual Health and HIV AIDS Research [CeSHAR], Zimbabwe).

**Christopher Akolo** (FHI 360, États-Unis d'Amérique [États-Unis]), **Ochonye Bartholomew Boniface** (Heartland Alliance, Nigéria), **Judy Chang** (International Network of People who Use Drugs [Secrétariat de l'INPUD], Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), **Angelica Espinosa Miranda** (Ministère de la santé, Brésil), **Patricia J. Garcia** (Université Cayetano Heredia, Pérou), **Kimberly Green** (PATH, Viet Nam), **Adeeba Kamarulzaman** (Université de Malaya, Malaisie), **Mehdi Karkouri** (Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Maroc), **Fahe Kerubo** (Réseau mondial des jeunes vivant avec le VIH [Y+ Global], Kenya), **Pablo Mabanza** (FHI360, République démocratique du Congo), **Lisa Maher** (Kirby Institute, Australie), **Kenneth Mayer** (The Fenway Institute, États-Unis), **Ruth Morgan Thomas** (Global Network of Sex Work Projects [NSWP], Royaume-Uni), **Mary Mugambi** (Ministère de la santé, Kenya), **Nittaya Phanuphak** (Institute of HIV Research and Innovation, Thaïlande), **Asa Radix** (Callen-Lorde Community Health Center, États-Unis), **Sushena Reza-Paul** (Ashodaya, Inde), **Jürgen Rockstroh** (Université de Bonn, Allemagne), **Andrew Scheibe** (TB HIV Care et University of Pretoria, Afrique du Sud), **Jessica Seleme** (Ministère de la santé, Mozambique), **Andrew Spieldenner** (MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, États-Unis), **Ketevan Stvilia** (Centre national de contrôle des maladies et de santé publique [NCDC], Géorgie) et **Ernst Wisse** (Médecins du Monde, France).

## Groupe d'examen par les pairs externe

**Michael Akanji** (Heartland Alliance, Nigéria), **Trista Bingham** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis), **Machteld Busz** (Mainline, Pays-Bas), **Gina Dallabetta** (Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis), **Sinead Delany-Moretlwe** (Wits RHI, Afrique du Sud), **Kostyantyn Dumchev** (Ukrainian Institute on Public Health Policy, Ukraine), **Gaston Djomand** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis), **Oriel Fernandes** (Clinton Health Access Initiative, Rwanda), **Doreen Gaura** (Just Detention International-South Africa, Afrique du Sud), **Omran Algharib** (Youth Rise, Liban), **Jason Grebely** (Kirby Institute, Australie), **Gail Knudson** (The University of British Columbia et World Professional Association for Transgender Health, Canada), **Sandra Ka Hon Chu** (Réseau juridique VIH, Canada), **Jeff Klausner** (Keck School of Medicine of the University of Southern California, États-Unis), **Ed Ngoskin** (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), **Lucy O'Connell** (Médecins sans frontières, Afrique du Sud), **Tinashe Rufurwadzo** (Y+ Global, Pays-Bas), **Tracey Swan** (International Treatment Preparedness Coalition, Espagne), **Ancella Voets** (consultante indépendante, Royaume-Uni) et **Brian White** (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, États-Unis).

## Examineurs des données probantes

**Lily Aboud** (James Cook University, Australie), **Eric P.F. Chow** (Melbourne Sexual Health Centre, Australie), **Joseph Doyle** (Burnet Institute et Alfred Hospital, Australie), **Margaret Hellard** (Burnet Institute et Alfred Hospital, Australie), **Caitlin Kennedy** (Johns Hopkins University, États-Unis), **Jason J. Ong** (Monash University, Australie), **Teresa Yeh** (Johns Hopkins University, États-Unis) et **Yangqi Xu** (The University of Melbourne, Australie).

## Recherche sur les valeurs et les préférences des populations clés

**Max Appenroth** (Global Action for Trans Equality [GATE], Allemagne), **Erika Castellanos** (Global Action for Trans Equality [GATE], Pays-Bas), **Judy Chang** (International Network of People who Use Drugs [Secrétariat de l'INPUD], Royaume-Uni), **Annie Madden** (University of New South Wales, Australie), **Ruth Morgan Thomas** (Global Network of Sex Work Projects [NSWP], Royaume-Uni), **Anna Shapiro** (Global Network of Sex Work Projects [NSWP], Royaume-Uni) et **Andrew Spieldenner** (MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, États-Unis).



## Coparrains de l'ONUSIDA

**Clemens Benedikt** (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA]), **Ludo Bok** (Programme des Nations Unies pour le développement [PNUD], États-Unis), **Monica Ciupagea** (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC], Autriche), **Emily Christie** (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA]), **Cleiton Euzebio de Lima** (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA], Suisse), **Sonia Arias Garcia** (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA], Suisse), **Boyan Konstantinov** (Programme des Nations Unies pour le développement [PNUD], États-Unis), **Archana Patkar** (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA]), **Shirley Mark Prabhu** (Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], États-Unis), **Keith Sabin** (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida [ONUSIDA], Suisse), **Ehab Salah** (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDC], Autriche), **Purvi Shah** (consultante régionale (interventions virtuelles), Équipe d'appui régionale d'ONUSIDA Asie et Pacifique et Siège de l'OMS, unité Dépistage, prévention et populations, Inde) et **Tim Sladden** (Fonds des Nations Unies pour la population [FNUAP], États-Unis).

## Personnel et consultants de l'OMS

### Coordination générale

**Virginia Macdonald**, **Rachel Baggaley**, **Annette Verster**, **Niklas Luhmann** et **Maeve B. Mello** (Département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles) ont coordonné le processus global d'élaboration, avec l'appui de **Cadi Irvine** (consultante de l'OMS), sous la direction de **Meg Doherty** (Directrice du Département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles).

### Comité d'orientation de l'OMS

**Rachel Baggaley**, **Muhammad Jamil**, **Niklas Luhmann**, **Virginia Macdonald**, **Maeve B. Mello**, **Morkor Newman Owiredun**, **Andrew Seale**, **Annette Verster** et **Teodora Wi** (Département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles), **Annabel Baddeley** (Département Programme mondial de lutte contre la tuberculose), **Tarun Dua** et **Vladimir Poznyak** (Département Santé mentale et usage de substances psychoactives), **Liane Gonsalves** (Division Résistance aux antimicrobiens), **Casimir Manzengo** (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Congo), **Antons Mozalevskis** (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe) et **Igor Toskin** (Département Santé sexuelle et reproductive, et recherche).

### Autres membres du personnel et consultants du Siège de l'OMS

**Wole Ameyan**, **Muhammad Shahid Jamil**, **Marco Vitoria** (Département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles) et **Heather Marie Schmidt** (OMS, Département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles et ONUSIDA). **Cadi Irvine**, **Bradley Mathers** et **Robin Schaefer** (consultants, OMS, Département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles).

### Bureaux régionaux et de pays de l'OMS

**Bureaux de pays** : **Maria Nerissa Dominguez** et **Rajendra Prasad Hubraj Yadav** (OMS Philippines), **Christine Kisia** (OMS Kenya), **Nino Mamulashvili** (OMS Géorgie), **Etienne Mutombo Mpoyi** (OMS République démocratique du Congo) et **Muhammad Safdar Kamal Pasha** (Bureau de l'OMS au Pakistan).

**Bureaux régionaux** : **Hugues Lago**, **Frank Lule**, **Casimir Manzengo** et **Eager Olyel** (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), **Omar Sued** (Bureau régional de l'OMS pour les Amériques), **Joumana Hermez** (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale), **Antons Mozalevskis** et **Nicole Seguy** (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), **Nabeel Mangadan-Konath**, **Bharat Rewari** et **Mukta Sharma** (Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est) et **Po Lin Chan** (Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental).

## Observateurs

**Trista Bingham** (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], États-Unis), **Gina Dallabeta** (Fondation Bill & Melinda Gates, États-Unis), **Cary James** (Alliance mondiale contre l'hépatite, Royaume-Uni), **Gail Knudson** (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], États-Unis), **Susie McLean** (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), **Craig McLure** (Clinton Health Access Initiative [CHAI], États-Unis), **Tinashe Rufurwadzo** (Y+ Global, Pays-Bas) et **Tisha Wheeler** (Agence des États-Unis pour le développement international [USAID], États-Unis).

## Financement

Le financement de la Fondation Bill & Melinda Gates, ainsi que le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), ont soutenu l'élaboration de ces lignes directrices.



# Sigles et acronymes

AAD	antiviral à action directe	OMS	Organisation mondiale de la Santé
AgHBe	antigène e du virus de l'hépatite B	ONU DC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
AgHBs	antigène de surface du virus de l'hépatite B	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
AIM	modèle sur l'impact du sida ( <i>AIDS Impact Model</i> )	PA	personne-année
ALT	alanine aminotransférase	PAS	programme de distribution d'aiguilles et de seringues
CSU	couverture sanitaire universelle	PICO	population, intervention, comparaison, résultat
DIU	dispositif intra-utérin	PPE	prophylaxie post-exposition
ECR	essai contrôlé randomisé (également désigné par l'expression « essai comparatif avec répartition aléatoire », plus correcte sur le plan linguistique)	PrEP	prophylaxie pré-exposition
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	PRFI	pays à revenu faible ou intermédiaire
GRADE	classification de l'analyse, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations ( <i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i> )	PSN	plan stratégique national
HPV	papillomavirus humain	QALY	année de vie ajustée sur la qualité de vie ( <i>quality-adjusted life year</i> )
HRCT	outil d'établissement des coûts des droits de l'homme ( <i>Human Rights Costing Tool</i> )	RVS	réponse virologique soutenue
HSV	virus herpès simplex	SDV	services de dépistage du VIH
ICER	rapport coût-efficacité différentiel ( <i>incremental cost-effectiveness ratio</i> )	SITE	interventions visant à éliminer la syphilis ( <i>Syphilis Interventions Towards Elimination</i> )
IST	infection sexuellement transmissible	TAAN	test d'amplification des acides nucléiques
mhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale	TARV	traitement antirétroviral
NSWP	Global Network of Sex Work Projects	TB	tuberculose
ODD	objectif de développement durable	TDR	test de diagnostic rapide
		TPP	traitement présomptif périodique
		UNICEF	Fonds d'urgence international des Nations Unies pour l'enfance
		VHB	virus de l'hépatite B
		VHC	virus de l'hépatite C



# Glossaire

**Adolescents :** les personnes âgées de 10 à 19 ans sont généralement considérées comme des adolescents. L'adolescence constitue la phase de transition vers l'âge adulte, qui se caractérise par des évolutions hormonales, physiques et psychologiques de la puberté à l'âge adulte. Les adolescents ne forment pas un groupe homogène ; la maturité physique et émotionnelle vient avec l'âge, mais son avancement varie d'une personne à une autre d'un même âge. Par ailleurs, des facteurs sociaux et culturels peuvent avoir une incidence sur leur santé, leur capacité à prendre des décisions personnelles importantes et leur capacité à accéder à des services. Le présent document utilise principalement le terme « adolescents ». Les adolescents peuvent également appartenir à un ou plusieurs groupes de population clés. Il existe d'autres termes couvrant des groupes d'âge qui se chevauchent, tels que le terme de **jeunes**, qui désigne les personnes âgées de 15 à 24 ans.

**Autodépistage du VHC :** processus par lequel un individu prélève un échantillon (sang ou sécrétions buccales) sur lui-même, effectue un test de diagnostic rapide pour détecter la présence d'anticorps anti-VHC et interprète ensuite le résultat obtenu, souvent dans un cadre privé, seul ou avec une personne de confiance.

**Autodépistage du VIH :** processus par lequel une personne prélève un échantillon (sécrétions buccales ou sang) sur elle-même, effectue un test et interprète le résultat obtenu, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance.

**Chemsex, ou sexe sous drogue :** aux fins des présentes lignes directrices, terme qui désigne le fait que des personnes se livrent à une activité sexuelle en prenant principalement des stimulants, généralement avec plusieurs participants et sur une longue durée.

**Cirrhose :** maladie hépatique de stade avancé caractérisée par une fibrose hépatique étendue, des nodules hépatiques, une altération de l'architecture hépatique et des atteintes de la circulation hépatique.

**Consommateurs de drogues :** personnes qui consomment des substances psychoactives par toute voie d'administration, y compris par injection, voie orale, inhalation, voie transmuqueuse (sublinguale, rectale, intranasale) ou transdermique. Souvent, cette définition n'inclut pas la consommation de substances largement consommées telles que les boissons et les aliments contenant de l'alcool ou de la caféine.

**Consommateurs de drogues injectables :** personnes qui s'injectent des substances psychoactives à des fins non médicales. Ces drogues comprennent, sans toutefois s'y limiter, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne et les hypnotiques, y compris les nouvelles substances psychoactives<sup>1</sup>. L'injection peut se faire par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou par d'autres voies d'injection. Les personnes qui s'injectent elles-mêmes des médicaments à des fins médicales – pratique désignée par la formulation « injection à des fins thérapeutiques » – ne sont pas incluses dans cette définition. Bien que les présentes lignes directrices se concentrent sur les consommateurs de drogues injectables en raison des risques spécifiques de transmission du VIH et du VHC associés au partage de matériel d'injection potentiellement contaminé par du sang, ces orientations sont également en grande partie pertinentes en ce qui concerne les personnes qui consomment des substances par d'autres voies d'administration, par exemple en les reniflant, en les fumant ou en les ingérant.

<sup>1</sup> L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) utilise le terme « nouvelles substances psychoactives » (new psychoactive substances, NPS), qui sont définies comme « des substances faisant l'objet d'abus, dans une forme pure ou une préparation, qui ne sont pas régies par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ou la Convention sur les substances psychotropes de 1971, mais qui peuvent constituer une menace pour la santé publique ». (traduction libre) Pour plus d'informations, consultez le système d'alerte précoce sur les nouvelles substances psychoactives de 2022 de l'ONUDC [UNODC Early Warning Advisory on New Psychoactive Substances 2022, en anglais, disponible à l'adresse : <https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>].





**Décentralisation :** processus consistant à déléguer ou à transférer des pouvoirs et des ressources importants du ministère central de la santé à d'autres institutions ou à des bureaux extérieurs du ministère à d'autres niveaux du système de santé (tels que les provinces, les régions, les districts, les sous-districts, les postes de soins de santé primaires et les communautés).

**Dépistage du VIH qui s'appuie sur les réseaux sociaux :** extension des services liés aux partenaires. Un prestataire formé demande aux personnes vivant avec le VIH, ou à celles qui sont séronégatives pour le VIH, mais qui sont exposées à des risques continus d'infection par le VIH, d'encourager et d'inviter les personnes faisant partie de leurs réseaux sexuels, d'injection de drogues ou sociaux à avoir recours à des services de dépistage du VIH volontaires. Un réseau social fait référence à un groupe de personnes liées par un ensemble commun de relations et comprend des partenaires sexuels et d'injection de drogues, ainsi que des contacts sociaux.

**Dépistage sur les lieux de soins :** dépistage effectué à l'endroit où les soins cliniques sont prodigués, avec remise des résultats à la personne concernée ou au responsable légal le même jour que le prélèvement et l'analyse des échantillons, afin de permettre la prise de décisions cliniques en temps opportun.

**Enfants :** aux termes de l'article 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant, « un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable. »

**Exposition à des risques continus concernant le VHC :** participation à des activités qui augmentent les risques de transmission du VHC : par exemple, exposition à du sang ou à des liquides biologiques contenant du sang infectés par le VHC, notamment dans le cadre de la consommation de drogues injectables et de rapports sexuels entre hommes.

**Hépatite C aiguë (VHC) :** infection récente par le VHC qui présente certains critères cliniques (apparition discrète de symptômes tels que des nausées ou un malaise, accompagnés de jaunisse ou de taux sériques élevés d'alanine aminotransférase (ALAT) (multiplication par dix).

**Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :** tous les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les termes « hommes » et « rapports sexuels » sont interprétés différemment dans diverses cultures et sociétés et par les personnes concernées. Par conséquent, ce terme englobe une grande variété de milieux et de contextes dans lesquels des relations sexuelles entre des hommes ont lieu, indépendamment des multiples motivations liées à ces relations sexuelles, des identités sexuelles et de genre autodéterminées et des diverses identifications à une communauté ou un groupe social en particulier.

**Infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) :** persistance de l'AgHBs pendant au moins six mois. La persistance de l'AgHBs dans deux échantillons à au moins six mois d'intervalle est fréquemment utilisée dans la pratique clinique pour confirmer l'infection chronique par le virus de l'hépatite B.

**Infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC) :** définie par la positivité aux anticorps anti-VHC et la positivité à l'ARN du VHC avec une durée d'infection supérieure à six mois.

**Infection récente par le virus de l'hépatite C :** mise en évidence par :

- test de recherche d'ARN du VHC ou de détection antigénique positif chez une personne ayant obtenu un résultat négatif aux tests de détection d'anticorps, de recherche d'ARN ou de détection antigénique au cours de l'année précédente (y compris les cas où cela représente une réinfection) ;
- test de recherche d'ARN du VHC ou de détection antigénique positif ET un test actuel négatif de détection des anticorps anti-VHC ; et
- test de détection d'anticorps, de recherche d'ARN ou de détection antigénique positif ET, au cours de l'année précédente, symptômes cliniques d'hépatite aiguë.

**Médicaments antirétroviraux :** médicaments utilisés dans le traitement de l'infection à VIH.





**Organisations dirigées par les communautés :** groupes et réseaux dirigés par et pour les groupes qu'ils desservent. Ce sont des entités autonomes et autodéterminées au sein desquelles la majorité des membres de la gouvernance, des dirigeants, du personnel, des porte-parole, des membres et des bénévoles reflètent et représentent les expériences, les perspectives et les voix des groupes représentés, et qui disposent de mécanismes de responsabilité transparents à leur égard.

**Partage des tâches :** redistribution rationnelle des tâches entre les agents de santé ayant une formation plus longue et d'autres types de prestataires ayant une formation plus courte, tels que les prestataires non professionnels.

**Personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés :** de nombreux termes différents sont utilisés pour désigner les lieux de détention qui accueillent des personnes en attente de jugement, condamnées ou faisant l'objet d'autres mesures de sécurité. De même, des termes différents sont utilisés pour désigner les personnes détenues. Dans les présentes lignes directrices, la formulation « en prison et dans d'autres milieux fermés » désigne tous les lieux de détention d'un pays, et les termes « incarcérées » ou « détenues » renvoient à toutes les personnes détenues dans des établissements judiciaires et pénitentiaires, y compris les femmes, les hommes, les personnes transgenres et de genre variant, jeunes et adultes, au cours de l'enquête sur un crime, en attendant leur procès, après la condamnation, avant et après le prononcé de la peine. Ce terme n'inclut pas formellement les personnes détenues pour des raisons liées à l'immigration ou au statut de réfugiés, les personnes détenues sans inculpation et les personnes condamnées à suivre un traitement obligatoire et à se rendre dans des centres de réadaptation. Toutefois, la plupart des points de ces lignes directrices s'appliquent également à ces personnes.

**Personnes transgenres et de genre variant :** terme générique désignant les personnes dont l'identité, les rôles et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été assigné à la naissance ; cela inclut les personnes transsexuelles, transgenres, de genre non conforme aux catégories établies ou concernées par une incongruence de genre. Les personnes transgenres et de genre variant peuvent s'auto-identifier comme un ou une transgenre, une femme, un homme, une femme transsexuelle ou un homme transsexuel, un transsexuel ou l'une des nombreuses autres identités de genre non conformes aux catégories établies. Ces personnes peuvent exprimer leur genre de diverses manières, qui peuvent être masculines, féminines et/ou androgynes. La grande vulnérabilité et les besoins de santé spécifiques des personnes transgenres et de genre variant nécessitent un statut distinct et indépendant dans le cadre de la riposte mondiale au VIH.

**Populations clés :** groupes définis qui, en raison de comportements à haut risque spécifiques, sont davantage exposés au VIH, à l'hépatite virale ou aux IST, indépendamment de la nature de l'épidémie ou du contexte local. En outre, ces groupes ont souvent des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité à l'infection par le VIH. Les présentes lignes directrices se concentrent sur cinq populations clés : 1) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; 2) les consommateurs de drogues injectables ; 3) les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés ; 4) les travailleurs du sexe et 5) les personnes transgenres et de genre variant. Les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés sont également incluses dans ces lignes directrices en raison des taux souvent élevés d'incarcération des personnes des autres groupes, ainsi que des comportements à risque accru et du manque de services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST dans ces milieux. Les populations clés jouent un rôle important dans la dynamique de la transmission du VIH, de l'hépatite virale et des IST. Elles constituent également des partenaires essentiels dans la riposte efficace à l'épidémie.

**Prestataire non professionnel :** toute personne qui exerce des fonctions liées à la prestation de soins de santé et qui a été formée pour fournir des services spécifiques, mais qui n'a pas reçu de certificat professionnel ou paraprofessionnel officiel ni de diplôme de l'enseignement supérieur.

**Prestation de services différenciée :** approche qui simplifie et adapte les services pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale ou des infections



sexuellement transmissibles (IST), et pour optimiser les ressources disponibles dans les systèmes de santé.

**Prestation de services intégrés :** les services de santé intégrés sont des services de santé qui sont gérés et fournis de manière à assurer à chacun un continuum de services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge des maladies, de réadaptation et de soins palliatifs aux différents niveaux et sur les différents sites de soins du système de santé, conformément à ses besoins et tout au long de sa vie.

**Prophylaxie post-exposition (PPE) :** administration de médicaments antirétroviraux à des personnes qui ne sont pas infectées par le VIH, afin de prévenir l'acquisition de l'infection à VIH après l'exposition.

**Prophylaxie pré-exposition (PrEP) :** administration de médicaments antirétroviraux à des personnes qui ne sont pas infectées par le VIH, afin de prévenir l'acquisition de l'infection à VIH avant l'exposition.

**Rapports sexuels non protégés :** relations sexuelles qui ne sont pas associées à des interventions de prévention fondées sur des données probantes. Ces interventions incluent les préservatifs et lubrifiants, qui protègent contre le VIH, l'hépatite virale et les IST, ainsi que la prophylaxie pré-exposition au VIH. Un TARV permettant la suppression de la charge virale prévient la transmission du VIH aux partenaires sexuels.

**Réponse virologique soutenue (RVS) au VHC :** ARN du VHC indétectable dans le sang à un moment défini après la fin du traitement, habituellement à 12 ou 24 semaines (RVS12 ou RVS24).

**Ripostes menées par les communautés :** actions et stratégies mises en œuvre par ces groupes pour améliorer la santé et les droits humains des groupes représentés. Ces ripostes sont étayées et mises en œuvre par et pour les communautés elles-mêmes et les organisations, groupes et réseaux qui les représentent.

Les ripostes menées par les communautés sont déterminées par les besoins et les aspirations des groupes représentés, et y répondent, et elles comprennent diverses activités, telles que des actions de sensibilisation, des campagnes et la responsabilisation des décideurs ; le suivi des politiques, des pratiques et de la prestation de services ; la recherche participative ; l'éducation et le partage d'informations ; la prestation de services ; le renforcement des capacités ; et le financement d'organisations, de groupes et de réseaux dirigés par les communautés.

**Risque important (d'infection par le VIH) :** Le risque de contracter le VIH varie considérablement au sein des populations et des zones géographiques. L'incidence de l'infection à VIH au niveau de la population est un déterminant important du risque de contracter le VIH au niveau individuel. Cependant, pour déterminer les personnes chez lesquelles la PrEP pourrait présenter un intérêt, il est important de tenir compte des caractéristiques et des comportements des personnes et de leurs partenaires qui pourraient mener à une exposition au VIH. Même dans des zones dans lesquelles l'incidence de l'infection à VIH est globalement faible, il peut y avoir des personnes exposées à un risque important chez lesquelles des services de PrEP seraient bénéfiques. Il convient de mettre à disposition la PrEP en priorité aux personnes qui en font la demande, car le fait de demander à recevoir une PrEP indique qu'il y a probablement un risque de contracter le VIH. Lorsque le recours à la PrEP tient compte du risque (administration au cours des périodes de risque de contracter le VIH), la PrEP peut être rentable. Le rapport coût-efficacité variera en fonction des pays, des populations et des produits de PrEP. Toutefois, le rapport coût-efficacité ne doit pas être le seul élément pris en compte lors de la mise en œuvre de programmes de PrEP, car le fait de rester séronégatif au VIH et de maîtriser le risque de contracter le VIH comporte une valeur intangible pour les personnes et les communautés.

**Services liés aux partenaires :** (parfois désignés par les termes « divulgation », « recherche des contacts », « test index » ou « notification assistée aux partenaires ») processus volontaire dans le cadre duquel un prestataire formé interroge les personnes diagnostiquées séropositives au VIH concernant leurs partenaires sexuels et/ou leurs partenaires d'injection de drogues ; puis, si la



personne positive pour le VIH est d'accord, ce prestataire peut proposer aux partenaires des services de dépistage du VIH (SDV) volontaires. Les services liés aux partenaires sont fournis en employant des approches de notification par le prestataire ou par le patient.

**Soins centrés sur la personne** : soins axés et organisés autour des besoins et des attentes des personnes et des communautés en matière de santé plutôt qu'en fonction des maladies.

**Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)** : technologie moléculaire, par exemple amplification en chaîne par polymérase (PCR) ou test d'amplification de séquences d'acides nucléiques (NASBA), capable de détecter de très petites quantités d'acide nucléique viral (ADN ou ARN), qualitativement ou quantitativement.

**Traitement antirétroviral (TARV)** : utilisation de médicaments antirétroviraux en association dans le traitement de l'infection à VIH.

**Travailleurs du sexe** : femmes, hommes, personnes transgenres et de genre variant qui sont adultes (âgés de 18 ans et plus) et qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement. Le travail du sexe consiste en un rapport sexuel consenti entre adultes ; il peut prendre de nombreuses formes et varie entre les pays et les communautés, et au sein de ceux-ci. Le travail du sexe varie également en fonction de son degré de « formalité » ou d'organisation. Selon la définition de la Convention relative aux droits de l'enfant, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui se livrent à des actes sexuels en échange d'argent, de biens ou de faveurs sont « exploités sexuellement » et ne sont pas définis comme des travailleurs du sexe.

**Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** : il existe deux types de VIH : le VIH-1 et le VIH-2. La grande majorité des infections à VIH dans le monde sont dues au VIH-1.



# Résumé d'orientation

## Objectif

Les présentes *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés* exposent les grandes lignes d'une action de santé publique face au VIH, à l'hépatite virale et aux infections sexuellement transmissibles (IST) pour cinq populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transgenres et de genre variant, travailleurs du sexe, consommateurs de drogues injectables et personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés). Ces lignes directrices présentent et examinent de nouvelles recommandations, et regroupent une série de recommandations et d'orientations issues des lignes directrices actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les présentes lignes directrices se concentrent sur les cinq groupes susmentionnés, définis à l'origine comme « clés » dans la riposte au VIH, pour les trois catégories de maladies infectieuses. Il y a plusieurs raisons à cela.

- Les obstacles structurels qui limitent l'accès de ces cinq populations clés aux services de lutte contre le VIH limitent également leur accès aux services de lutte contre l'hépatite virale et les IST.
- Les comportements à risque concernant le VIH, tels que les rapports sexuels non protégés et les pratiques d'injection à risque, qui sont en général plus fréquents dans les populations clés, font également partie des comportements qui augmentent le risque de contracter une hépatite virale et des IST.
- Un grand nombre des interventions recommandées pour la prévention de l'infection à VIH ont également un impact sur la transmission de l'hépatite virale et des IST.

En particulier pour les populations clés, des facteurs sociaux, juridiques, structurels et d'autres facteurs contextuels augmentent la vulnérabilité à l'infection par le VIH, à l'hépatite virale et aux IST, et entravent l'accès aux services de santé et aux autres services essentiels. Les présentes lignes directrices soulignent l'importance cruciale de donner la priorité à l'élimination de ces obstacles structurels dans tous les milieux.

## Principes des lignes directrices

Les présentes lignes directrices sont élaborées en vertu des principes suivants :

- droits humains ;
- égalité des genres ;
- équité et inclusion ;
- éthique médicale ;
- couverture sanitaire universelle ;
- mesures de santé publique fondées sur des données probantes ;
- riposte menée par les communautés des populations clés.

## Méthodologie d'élaboration des lignes directrices

La présente publication est une mise à jour de la publication de 2016 intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*. Les présentes lignes directrices comprennent les recommandations pertinentes existantes, des recommandations mises à jour et de nouvelles recommandations, ainsi que des déclarations de bonnes pratiques et d'autres orientations.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



Pour l'élaboration des nouvelles recommandations, l'OMS a élaboré des questions selon le format PICO (population, intervention, comparaison, résultat) et des chercheurs externes, avec le soutien de l'équipe de l'OMS, ont mené des revues systématiques des données probantes pour répondre à ces questions.

L'OMS a également mandaté quatre réseaux mondiaux de populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleurs du sexe, personnes transgenres et de genre variant, et consommateurs de drogues injectables) pour mener de nouveaux travaux de recherche qualitative sur les valeurs et les préférences au sein de leurs réseaux. Les résultats ont été intégrés à la synthèse des données probantes.

Les données probantes ont été synthétisées et intégrées à un cadre menant des données probantes à la prise de décision afin de fournir des éléments à l'appui des discussions lors d'une réunion virtuelle du groupe d'élaboration des lignes directrices qui s'est déroulée durant six jours entre le 30 août et le 8 septembre 2021 et qui a été présidée par deux membres du groupe d'élaboration des lignes directrices, et tous les conflits d'intérêts ont été gérés. La spécialiste de la méthodologie a contribué à la formulation des avis du groupe d'élaboration des lignes directrices, avec l'aide des présidentes, sur les effets bénéfiques et néfastes potentiels de l'intervention, les valeurs et les préférences des parties prenantes, l'acceptabilité, la faisabilité, l'utilisation des ressources et les considérations relatives aux droits humains et à l'équité. Dans l'ensemble et à l'aide de la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), ces avis ont contribué à déterminer la force et l'orientation de la recommandation. Toutes les recommandations ont été formulées par consensus.

Dans les présentes lignes directrices actualisées, des orientations sont fournies aux responsables de programmes nationaux, aux donateurs et aux défenseurs des droits, leur indiquant comment donner la priorité à différents ensembles d'interventions sanitaires afin d'avoir le plus d'impact possible sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST, et d'assurer une couverture universelle pour faire face à d'autres problèmes de santé pour les populations clés.

Chacune des interventions énumérées, incluses dans ces lignes directrices d'après la détermination initiale de la portée, a été classée pour chaque population clé dans l'une des catégories suivantes.

### 1. Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Cela comprend toutes les interventions recommandées pour éliminer les obstacles structurels à l'accès aux services de santé pour les populations clés.

### 2. Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

Cela comprend les interventions du secteur de la santé qui ont un impact direct démontré sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST dans les populations clés.

### 3. Essentielles pour la santé en général

Cela inclut les interventions du secteur de la santé auxquelles l'accès devrait être assuré pour les populations clés, mais qui n'ont pas d'impact direct sur l'infection à VIH, l'hépatite virale ou les IST.

### 4. Interventions de soutien

Cela comprend d'autres interventions qui appuient la prestation d'interventions du secteur de la santé, telles que la création de la demande, l'information et l'éducation.



# Résumé des interventions essentielles sanitaires et créant un environnement favorable

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Suppression des lois, des politiques et des pratiques punitives

Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Autonomisation des communautés

Lutte contre la violence

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST

Réduction des risques (programmes de distribution d'aiguilles et de seringues [PAS], traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses)

Préservatifs et lubrifiant

Prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour le VIH

Prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH et les IST

Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB

Vaccination contre l'hépatite B

Mesures liées au chemsex

### Diagnostic

Services de dépistage du VIH

Dépistage des IST

Dépistage des hépatites B et C

### Traitement

Traitement de l'infection à VIH

Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée à une infection à VIH

Traitement des IST

Traitement de l'hépatite B et de l'hépatite C

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

Santé de la région anale

Soins associés à la conception et à la grossesse

Contraception

Soins d'affirmation de genre

Santé mentale

Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus

Avortement sécurisé

Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives

Dépistage et prévention de la tuberculose



# CHAPITRE 1

## Introduction





## Populations clés pour l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST

Les versions originale (2014) et mise à jour (2016) de la publication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés* (3) étaient axées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH pour cinq populations clés : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés, les consommateurs de drogues injectables, et les personnes transgenres et de genre variant. Toutefois, les membres de ces populations sont également touchés de manière disproportionnée par l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles (IST), et il est de plus en plus largement reconnu qu'il est important de considérer ces trois catégories de maladies infectieuses en adoptant une approche intégrée, menée par les communautés et centrée sur la personne. De plus, les comportements à risque et les vulnérabilités des populations clés et de leurs réseaux déterminent la dynamique des épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'IST, créant des syndémies (situations dans lesquelles deux infections ou plus interagissent en synergie, contribuant à une charge de morbidité excessive dans une population) et signifiant que la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST dans les populations clés sont essentiels pour parvenir à éliminer ces maladies infectieuses en tant que menaces pour la santé publique.

Bien que les stratégies de lutte contre l'hépatite virale et les IST comprennent d'autres populations prioritaires (comme les agents de santé pour le virus de l'hépatite B [VHB] et les femmes enceintes pour la syphilis et le VHB) (4, 5) et d'autres populations vulnérables au VIH, nous nous concentrerons, dans le cadre des présentes lignes directrices, sur les cinq groupes susmentionnés, définis à l'origine comme « clés » dans la riposte au VIH, pour les trois catégories de maladies infectieuses. Il y a plusieurs raisons à cela.

- Les obstacles structurels qui limitent l'accès de ces cinq populations clés aux services de lutte contre le VIH limitent également leur accès aux services de lutte contre l'hépatite virale et les IST.
- Les comportements à risque concernant le VIH, tels que les rapports sexuels non protégés et les pratiques d'injection à risque, qui sont en général plus fréquents dans les populations clés, font également partie des comportements qui augmentent le risque de contracter une hépatite virale et des IST.
- Un grand nombre des interventions recommandées pour la prévention de l'infection à VIH ont également un impact sur la transmission de l'hépatite virale et des IST.

Il est important de noter que les personnes peuvent appartenir à plus d'un groupe de population clé, peuvent avoir plus d'un comportement à risque, et certaines personnes peuvent avoir des comportements à risque sans s'identifier comme membres d'un groupe particulier ; par exemple, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais qui ne s'identifient pas comme homosexuels. Il arrive fréquemment que les consommateurs de drogues injectables cessent de consommer de la drogue, que les travailleurs du sexe cessent ce type d'activité et que des personnes soient incarcérées ou libérées ; par conséquent, il est important de reconnaître les complexités et les changements qui caractérisent la vie des personnes.

Dans la plupart des pays, une couverture insuffisante et une mauvaise qualité des services destinés aux populations clés continuent de compromettre les ripostes au VIH, à l'hépatite virale et aux IST. Tous les pays devraient donner la priorité à ces populations clés et aider les communautés des populations clés à mener la riposte et à fournir des services équitables, accessibles et acceptables à ces groupes.

## Obstacles structurels

En particulier pour les populations clés, des facteurs sociaux, juridiques, structurels et d'autres facteurs contextuels augmentent la vulnérabilité à l'infection par le VIH, à l'hépatite virale et aux IST, et entravent l'accès aux services de santé et aux autres services essentiels. Dans de nombreux milieux, un ou plusieurs aspects du comportement, du travail ou de l'expression de genre de membres des populations clés sont criminalisés, et ces membres sont soumis à des lois punitives et à des pratiques de maintien de l'ordre. La stigmatisation et la discrimination de la part de la population

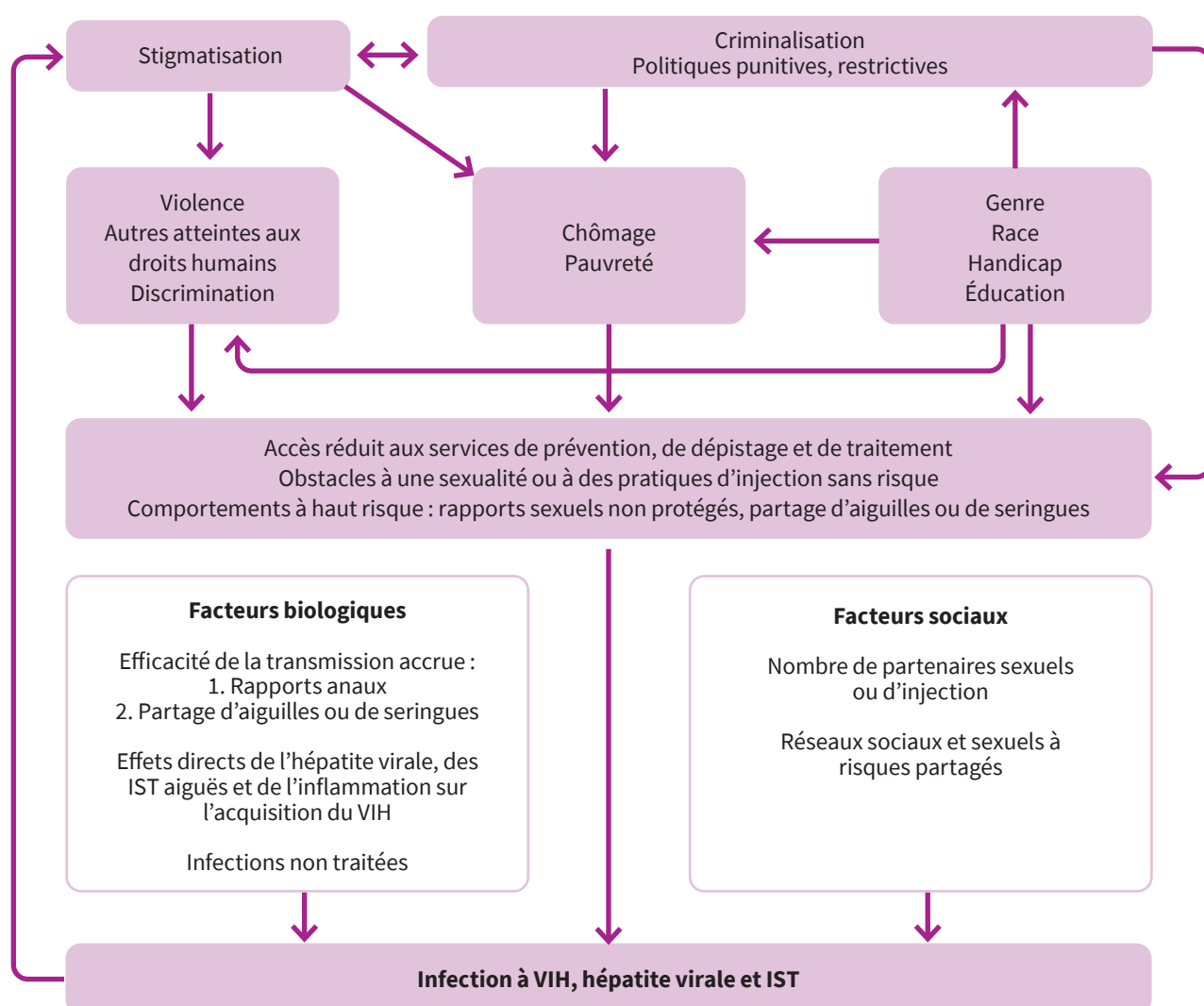




en général, des agents de santé et des responsables de l'application des lois sont perpétués par la criminalisation, ce qui signifie également qu'il est plus difficile de parvenir à une modification des lois ou des politiques. La stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé sont des expériences courantes pour les populations clés et créent des obstacles importants pour parvenir à la couverture sanitaire universelle. La stigmatisation et la discrimination sont liées au chômage ainsi qu'à la violence et aux atteintes aux droits humains. La violence et les autres atteintes aux droits humains sont exacerbées par la criminalisation, ce qui rend les membres des populations clés moins susceptibles de signaler les atteintes et accroît la vulnérabilité à ces atteintes. L'association de ces facteurs a plusieurs conséquences : ils réduisent l'accès aux services de lutte contre le VIH, les IST, l'hépatite virale et à d'autres services de santé ; ils peuvent entraîner une faible adoption et une utilisation irrégulière des méthodes de prévention comme les préservatifs, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH, ainsi que les aiguilles et seringues stériles ; ils peuvent également entraîner un diagnostic tardif, une mauvaise liaison avec les programmes de traitement et une faible poursuite du traitement (voir [Fig. 1](#)).

Il est important de noter que les recoupements complexes entre les obstacles structurels auxquels sont confrontés les membres des populations clés et leur genre, leur handicap, leur éducation, leur race, leur religion et leur statut socioéconomique ne peuvent être ignorés. Par exemple, les femmes cisgenres et les personnes transgenres et de genre variant sont confrontées à des taux de violence extrêmement élevés, les minorités raciales sont surreprésentées dans de nombreux milieux carcéraux et tous ces facteurs accroissent la stigmatisation et la discrimination.

Figure 1. Facteurs accroissant les risques d'infection à VIH, d'IST et d'hépatite virale dans les populations clés





## Infection à VIH, hépatite virale et IST dans les populations clés : dynamique et syndémies

Il est clairement justifié du point de vue épidémiologique que les programmes de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST soient axés sur des groupes de population clés. Ceci est lié à chaque maladie séparément et aussi aux interactions biologiques et sociales dans le cadre de syndémies.

Comme indiqué ci-dessus, les cinq populations clés sont touchées de manière disproportionnée par le VIH et, dans presque tous les contextes, elles présentent une prévalence et une incidence plus élevées que les personnes ne faisant pas partie de ces groupes. Les modèles épidémiologiques du VIH, qui vont au-delà de ce que l'on appelle les modes de transmission « statiques » (c'est-à-dire, examen de la transmission en cours au fil du temps, dans des réseaux de personnes plutôt que l'incidence uniquement à un moment donné), montrent que la prévention de nouvelles infections et la réduction de la charge virale chez les populations clés vivant avec le VIH ont des répercussions plus importantes sur la transmission en cours et sur l'incidence et la prévalence dans la population que l'approche consistant à cibler des réseaux de personnes exposées à des risques moins élevés en dehors des groupes de population clés (7-9). Cela signifie que tous les pays – ceux dans lesquels la charge de morbidité du VIH est élevée dans toutes les populations ainsi que ceux où les épidémies touchent principalement les populations clés – doivent répondre en priorité aux besoins de santé des populations clés pour une riposte efficace et accélérée.

Les infections par le VHB et le virus de l'hépatite C (VHC) provoquent une charge de morbidité mondiale importante et une mortalité élevée due au cancer du foie et à la cirrhose. Les infections par le VHB et le VHC surviennent dans toutes les Régions de l'OMS ; la charge de morbidité du VHC est particulièrement élevée dans la Région de la Méditerranée orientale et dans la Région européenne, et celle du VHB dans la Région africaine et dans la Région du Pacifique occidental. Il a été attesté que la charge de morbidité du VHC est élevée chez les consommateurs de drogues injectables (10), les personnes incarcérées (11) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH (12). La modélisation montre que la prévention, le dépistage et le traitement de l'infection par le VHC dans les populations clés sont nécessaires pour atteindre les objectifs d'élimination de l'hépatite C (13-16). Une augmentation de la prévalence et de la charge de morbidité du VHB a été attestée dans toutes les populations clés (17-20). Les populations clés présentent également des taux plus élevés d'infection par le virus de l'hépatite D – qui est une surinfection liée à une infection par le VHB – par rapport à la population en général (21). Les flambées épidémiques d'hépatite A sont courantes chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (22).

Les infections sexuellement transmissibles se transmettent principalement par contact sexuel (c'est-à-dire lors d'un rapport sexuel vaginal, anal ou bucco-génital) et ont des répercussions importantes sur la santé sexuelle et reproductive dans le monde entier. Certaines IST sont également associées à des issues défavorables de la grossesse, telles que la mort fœtale et néonatale et des anomalies congénitales. Les IST sont caractérisées par plusieurs pandémies négligées qui provoquent une charge de morbidité et un fardeau économique importants à l'échelle mondiale. En 2020, on estime que plus d'un million d'IST curables ont été contractées chaque jour dans le monde, principalement provoquées par *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (syphilis) et *Trichomonas vaginalis*. Avant l'introduction des vaccins contre le papillomavirus humain (HPV), on estimait que plus d'une femme sur sept était touchée par une infection à HPV à un moment donné au cours de sa vie (23, 24). Les types de HPV à haut risque entraînent des cas de cancer du col de l'utérus et des décès liés au cancer du col de l'utérus, et sont des facteurs de risque importants de cancer anal. En 2016, l'OMS a également estimé que près de 500 millions d'adultes vivaient actuellement avec une infection par le virus herpès simplex (HSV) qui provoque l'herpès génital (25).

Les groupes de populations qui sont plus exposées aux risques d'IST comprennent les travailleurs du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les personnes transgenres et de genre variant dans presque tous les milieux (26-31). Il existe des données de plus en plus nombreuses attestant l'existence de risques d'IST plus élevés également chez les consommateurs de drogues injectables (32). Venant s'ajouter à la charge de la morbidité et de la mortalité liée aux IST, une résistance émergente aux antibiotiques largement disponibles induit un



risque d'infection à gonocoque incurable. Bien que cela ne soit pas nouveau, l'augmentation rapide de la résistance à certains des traitements efficaces restants réduit les options thérapeutiques (33).

Plusieurs épidémies et d'autres effets néfastes sur la santé peuvent interagir et se renforcer mutuellement, ce qui augmente le risque d'infection et les conséquences associées. Ces conditions de syndémie se développent généralement dans un contexte de désavantage et d'inégalité sur le plan social, et concernent plus souvent des groupes marginalisés, tels que les populations clés.

Les co-infections par le VIH, le VHB et le VHC peuvent accroître la morbidité et la mortalité. Par exemple, la co-infection par le VIH et l'hépatite virale augmente le risque d'accélération de la maladie hépatique et, par conséquent, de cirrhose, d'insuffisance hépatique et de carcinome hépatocellulaire. De plus, les personnes co-infectées peuvent présenter une altération des réponses immunologiques et sont exposées à un risque accru d'hépatotoxicité liée au traitement antirétroviral (TARV) (34, 35). L'hépatite C et l'infection à VIH sont très répandues chez les consommateurs de drogues injectables et touchent de façon disproportionnée les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés (10-12, 36, 37).

Le risque d'infection à VIH est plus élevé en présence d'une autre IST et inversement, créant des synergies et des syndémies qui sont souvent négligées. Par exemple, les IST accroissent l'infectiosité des personnes vivant avec le VIH qui ne suivent pas de traitement en augmentant la concentration virale dans les voies génitales et en augmentant le potentiel de transmission du VIH (38, 39). L'herpès génital (40, 41) et la syphilis (42) multiplient par près de trois le risque de contracter le VIH ; les femmes vivant avec le VIH sont exposées à un risque élevé d'infection par le HPV, et le risque de développer un cancer du col de l'utérus est multiplié par six environ (43, 44).

## Riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST dans les populations clés

L'objectif de développement durable (ODD) 3, cible 3.3, indique : « D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles » (45). Compte tenu de la dynamique des maladies et des syndémies décrites ci-dessus, cet objectif ne peut être atteint qu'en donnant la priorité à la prévention, au diagnostic et au traitement de ces infections dans les populations clés. La [Figure 2](#) présente une théorie du changement visant à atteindre ces objectifs mondiaux d'ici 2030, qui est développée dans le texte ci-dessous.

Pour prévenir, diagnostiquer et traiter les infections, les populations clés ont besoin d'un accès équitable aux services à une échelle adéquate pour assurer leur impact. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a fixé des objectifs pour 2025 concernant le VIH dans le cadre de sa stratégie mondiale pour mettre fin au sida (45), qui s'applique à toutes les populations : 95 % des personnes ont recours à la prévention combinée ; 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH ; 95 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut commencent un traitement ; 95 % des personnes sous traitement contre l'infection à VIH présentent une suppression de la charge virale et 95 % des femmes ont accès à des services de lutte contre le VIH et à des services de santé sexuelle et reproductive. Les objectifs mondiaux pour l'hépatite virale comprennent les cibles suivantes : 90 % des personnes vivant avec le VHC ou le VHB sont diagnostiquées et 80 % sont traitées (VHB) ou guéries (VHC) d'ici 2030. Concernant les IST, les objectifs consistent à parvenir d'ici 2030 à ce que plus de 90 % des membres des populations prioritaires fassent l'objet d'un dépistage de la gonorrhée ou la syphilis et que plus de 95 % soient traités en cas de résultat positif. Peu de pays atteignent les objectifs d'accès aux services des populations clés, ce qui contribue aux épidémies en cours.

L'accès aux services pour les populations clés permettant d'avoir un impact sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST ne peut être amélioré que si les obstacles structurels sont éliminés, tels que la stigmatisation et la discrimination, la criminalisation, les politiques restrictives et la violence, et les autres atteintes aux droits humains, et si des environnements favorables existent (veuillez consulter le [chapitre 4](#) sur les interventions créant un environnement favorable). Les femmes qui appartiennent à des populations clés, ainsi que les femmes qui ont pour partenaires des membres des populations clés, sont exposées à des risques alarmants de contracter le VIH et sont moins susceptibles d'accéder à des services. La stratégie mondiale de l'ONUSIDA pour mettre fin au sida



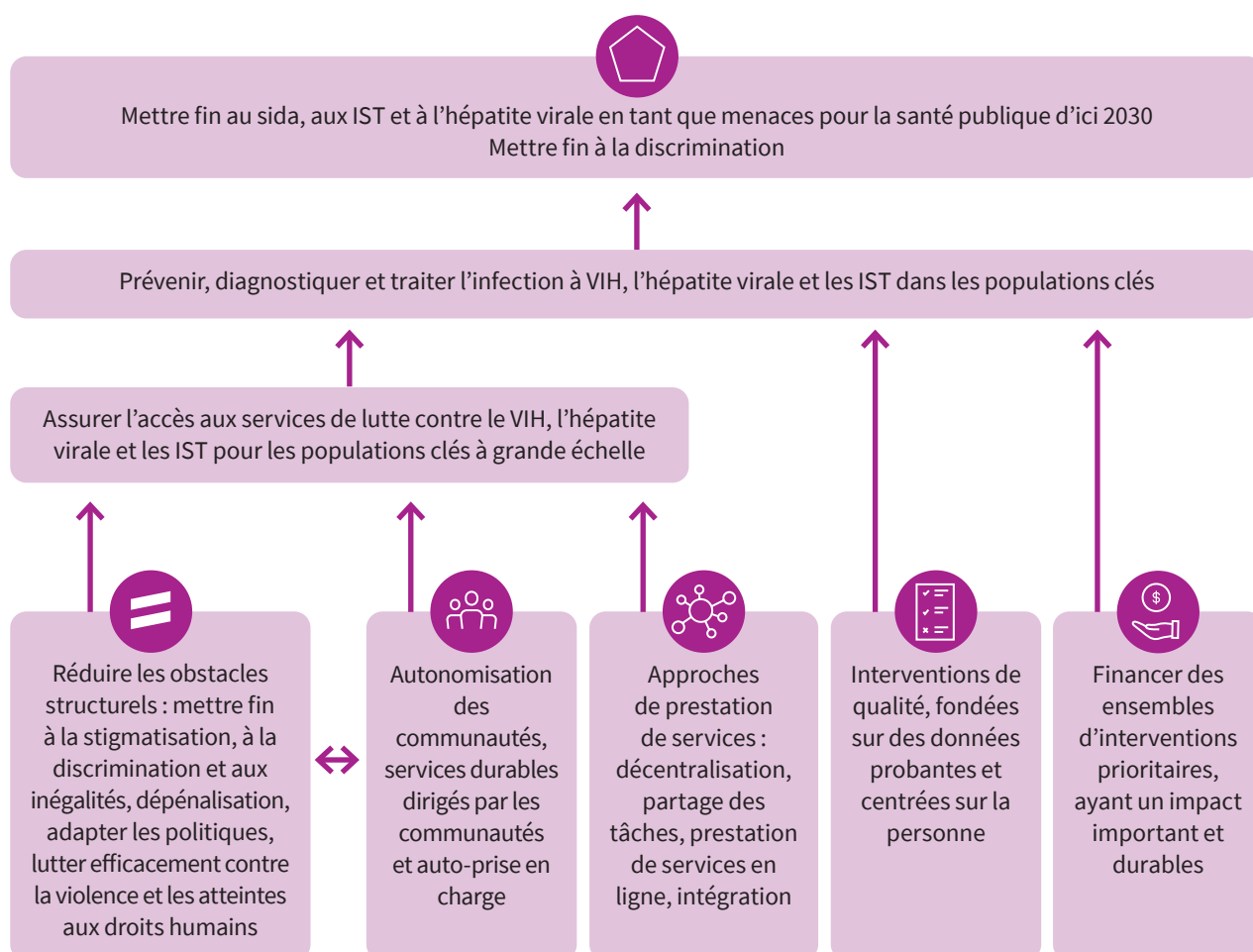
(45) comprend des objectifs pour 2025 liés aux obstacles structurels : moins de 10 % des pays ont des lois punitives et des politiques qui empêchent ou limitent l'accès aux services, moins de 10 % des personnes sont victimes de stigmatisation et de discrimination et moins de 10 % subissent des inégalités et des violences reposant sur le genre. En lien avec ces objectifs, l'autonomisation des communautés est nécessaire à la fois pour accroître l'accès et la couverture, et pour soutenir les changements structurels requis.

Pour mettre fin à ces épidémies, il est essentiel de placer les populations clés au centre des systèmes de santé – en organisant les services autour des besoins des personnes plutôt qu'en fonction des maladies, et en favorisant des approches intégrées centrées sur les patients et des liaisons avec les services de soins de santé primaires. Des approches différentes de la prestation de services, y compris la délégation de tâches à des pairs des populations clés en tant qu'agents de santé, la décentralisation de la prestation de services au profit de programmes menés par les communautés des populations clés, la fourniture de services en ligne et l'intégration des services, sont également nécessaires pour accroître l'accès à des services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST, et la disponibilité de ces services pour les populations clés (46).

La prévention, le diagnostic et le traitement des IST, de l'hépatite virale et de l'infection à VIH ne peuvent être assurés que si les personnes bénéficient d'interventions correctes et fondées sur des données probantes, tenant compte de leurs besoins individuels en matière de santé grâce à la fourniture de soins centrés sur la personne. Cela nécessite une connaissance des moyens efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement de ces affections.

Enfin, plusieurs interventions efficaces de prévention et de traitement de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale dans les populations clés sont rentables et permettent de réaliser des économies (47–50), mais sans un financement adéquat, il n'est pas possible de bénéficier de leur impact. Le financement doit être durable, prévisible et axé sur le soutien des communautés.

Figure 2. Théorie du changement : riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST dans les populations clés





## Portée des présentes lignes directrices

Ces lignes directrices exposent les grandes lignes d'une action de santé publique face au VIH, à l'hépatite virale et aux IST pour cinq populations clés. Elles présentent et examinent de nouvelles recommandations, et regroupent une série de recommandations et d'orientations issues des lignes directrices actuelles de l'OMS.

Elles synthétisent les composantes d'un ensemble d'interventions pour chaque population clé et examinent les problématiques, les difficultés et les possibilités liées à leur mise en œuvre. Elles fournissent également des orientations indiquant aux pays comment donner la priorité à certains ensembles d'interventions afin d'avoir le plus d'impact possible.

## Buts et objectifs

Le contexte actuel est marqué par plusieurs facteurs : l'incidence et la prévalence élevées de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST dans les populations clés ; la dynamique des épidémies ; et la persistance d'obstacles discriminatoires, d'inégalités et d'atteintes aux droits humains. Ces facteurs contraignent les programmes nationaux et les responsables de la mise en œuvre à donner la priorité à des interventions sanitaires et créant un environnement favorable destinées à ces populations afin d'atteindre les objectifs de la stratégie mondiale du secteur de la santé pour les trois groupes d'infections.

Les objectifs des présentes lignes directrices actualisées sur les populations clés sont les suivants :

1. Formuler de nouvelles recommandations grâce à l'évaluation de la qualité des données probantes
2. Regrouper les orientations et les recommandations les plus récentes relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST applicables aux populations clés
3. Promouvoir un ensemble d'interventions créant un environnement favorable fondées sur des données probantes et pertinentes pour toutes les populations clés
4. Définir des ensembles de services de santé prioritaires en matière d'infection à VIH, d'IST et d'hépatite virale qui ont un impact important, ont des effets bénéfiques et sont acceptables pour différentes populations clés

## Public

Les présentes lignes directrices sont destinées principalement aux responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST, ainsi qu'aux autres décideurs au sein des ministères de la santé et aux responsables des politiques, programmes et services de santé dans les prisons. Elles soutiennent également l'objectif de la stratégie mondiale contre le sida consistant à parvenir à ce que 80 % de la prestation de services pour les programmes de prévention de l'infection à VIH, 30 % des services de dépistage et de traitement et 60 % des programmes soutenant la réalisation des vecteurs sociétaux pour les populations clés et les femmes soient fournis par des organisations dirigées par les communautés des populations clés et des femmes, et d'étendre cette approche à l'hépatite virale et aux IST. En outre, ces lignes directrices seront pertinentes pour diverses parties prenantes : responsables et décideurs politiques aux niveaux national et infranational en ce qui concerne les services de lutte contre la tuberculose, la santé sexuelle et reproductive, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS), le traitement d'entretien par agonistes opioïdes, la dépendance à la drogue, la santé des adolescents et la santé mentale ; organisations de la société civile dirigées par les communautés et programmes de mise en œuvre ; services judiciaires et d'application des lois et haute direction des prisons ; défenseurs des droits et organismes de développement et de financement.



## Principes des lignes directrices

Les présentes lignes directrices sont élaborées en vertu des principes suivants :

### Droits humains

Le cadre d'élaboration de ces lignes directrices est fondé sur les principes des droits humains exprimés dans un certain nombre d'accords internationaux (51, 52). Il s'agit plus précisément des droits cités ci-dessous :

- droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible pour tous, sans discrimination ;
- droit à des établissements, des biens et des services de santé accessibles, acceptables, disponibles et de qualité, y compris des médicaments pour le traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, sur un pied d'égalité, sans discrimination – y compris, mais sans s'y limiter – fondée sur le sexe, le genre, l'état de santé, le handicap, la nationalité, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la race, l'origine ethnique, l'âge et la situation matrimoniale ;
- droit à l'accès à la justice et à un procès équitable ;
- droit de ne pas être arrêté ou détenu arbitrairement ;
- droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
- droit à la vie privée, à l'autonomie corporelle, à la sécurité de la personne et droit d'être à l'abri de la violence ;
- droit à bénéficier de soins de santé dans les prisons et autres milieux fermés de même qualité que ceux disponibles dans la société.

Ces droits sont fondés sur les principes fondamentaux sous-jacents des droits humains, à savoir la responsabilité, l'égalité et la non-discrimination, ainsi que la participation de toutes les parties prenantes concernées.

### Égalité des genres

La promotion de l'égalité des genres est essentielle pour atteindre les objectifs de prévention, de diagnostic et de traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST. Il s'agit de reconnaître et de prendre en compte la manière dont un rapport de force inégal dans les relations intimes, des normes de genre néfastes et le manque d'accès aux ressources et de maîtrise de celles-ci affectent l'accès aux services de santé et les expériences de ces services.

### Équité et inclusion

La reconnaissance et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, ainsi que la promotion de l'équité et de l'inclusion, sont essentielles à l'atteinte de l'objectif de la santé pour tous.

### Éthique médicale

Les prestataires et les établissements de soins de santé doivent servir les personnes appartenant aux populations clés selon les principes de l'éthique médicale, indépendamment de toute conviction philosophique, politique, religieuse, morale et de toute opinion personnelle (53). Les principes liés aux relations prestataire-patient/client sont particulièrement importants :

- autonomie du patient ou du client ;
- confidentialité ;
- consentement éclairé ;
- participation volontaire aux services de santé.

Il convient également de se conformer aux codes de conduite et aux usages qui exigent professionnalisme, qualité, normes élevées, et de se consacrer « en toute indépendance professionnelle et morale à la prestation de soins compétents avec compassion et respect pour la dignité humaine » (53).





## Couverture sanitaire universelle

Par couverture sanitaire universelle (CSU), on entend que toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans être confrontées à des difficultés financières. Elle englobe la gamme complète des services de santé essentiels, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de l'accompagnement du rétablissement et des soins palliatifs tout au long de la vie.

Instaurer la CSU requiert des approches multiples : l'approche des soins de santé primaires et les approches fondées sur le parcours de vie sont essentielles. L'approche des soins de santé primaires est axée sur l'organisation et le renforcement des systèmes de santé afin que les individus puissent accéder à des services pour leur santé et leur bien-être en fonction de leurs besoins et de leurs préférences, le plus tôt possible et dans leur environnement quotidien. L'application d'une approche fondée sur le parcours de vie permet d'optimiser la santé des personnes en répondant à leurs besoins et en augmentant les possibilités au maximum à toutes les phases de la vie.

Dans le cadre de la CSU, les présentes lignes directrices emploient le principe de l'universalisme progressif, en vertu duquel les personnes les plus vulnérables bénéficient de services en priorité (54).

## Mesures de santé publique fondées sur des données probantes

Les présentes lignes directrices ne comprennent que des recommandations et des déclarations de bonnes pratiques fondées sur une synthèse impartiale des données probantes et dont l'élaboration a été guidée par un groupe d'experts indépendants, le groupe d'élaboration des lignes directrices.

## Riposte menée par les communautés des populations clés

Les présentes lignes directrices défendent le principe d'une participation accrue des personnes vivant avec le VIH (principe GIPA) (55), l'appliquent aux populations clés et s'engagent à soutenir la mobilisation significative des populations clés dans le cadre de la riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST.

## Comment utiliser les présentes lignes directrices

Les présentes lignes directrices regroupent les recommandations de l'OMS relatives à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés. La majorité de ces recommandations sont présentées en détail dans d'autres lignes directrices de l'OMS ; un grand nombre de ces recommandations ont été présentées pour la première fois dans les lignes directrices unifiées pour les populations clés de 2014/2016 (3). Par souci de simplicité, dans la plupart des cas, le contexte, les données probantes et le processus décisionnel associés à chaque recommandation ne sont pas inclus dans les présentes lignes directrices, mais le document source comprenant les informations correspondantes est indiqué en référence. Certaines recommandations ont été formulées ou actualisées en 2021-2022 dans le cadre du processus d'élaboration de ces lignes directrices ; celles-ci sont indiquées par une étoile et des informations sur les données probantes et le processus décisionnel sont fournies au [chapitre 9 : Informations supplémentaires sur l'élaboration des nouvelles recommandations](#). Toutes les recommandations pertinentes sont présentées au [chapitre 4 : Ensemble d'interventions recommandées](#). Le [chapitre 5](#) présente les ensembles d'interventions prioritaires par population clé.

Les présentes lignes directrices comprennent également des chapitres sur la prestation de services, les interventions créant un environnement favorable, les considérations spécifiques aux jeunes membres des populations clés et le processus de prise de décision, de planification et de suivi de la riposte. Les annexes Web A à D (en anglais) fournissent toutes les informations concernant les données probantes à l'appui des recommandations nouvelles et actualisées.





---

# CHAPITRE 2

## Méthodes





## Vue d'ensemble

Le département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles de l'OMS a dirigé l'élaboration de ces lignes directrices unifiées pour les populations clés, conformément aux procédures et aux normes de l'OMS décrites dans le manuel de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices (*WHO handbook for guideline development*, en anglais), deuxième édition, 2014 (56). Les recommandations figurant dans les présentes lignes directrices sont fondées sur l'approche GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) pour l'examen des données probantes et la formulation des recommandations.

Ces lignes directrices sont une mise à jour des *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*, qui ont été publiées initialement en 2014 et mises à jour en 2016 (3). Il est important de noter que ces lignes directrices actualisées regroupent à présent les recommandations existantes de l'OMS, de nouvelles recommandations et orientations publiées par l'OMS relatives à la prévention de l'hépatite virale et des IST, en plus des recommandations sur le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH pour les populations clés.

## Groupes ayant contribué à l'élaboration des lignes directrices

Ces lignes directrices ont été élaborées par le personnel technique du Département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles de l'OMS. Le processus d'élaboration a impliqué la constitution de cinq groupes principaux pour guider et mettre en œuvre le processus. Leurs rôles spécifiques sont décrits dans la sous-section suivante. Les membres de tous ces groupes et les autres contributeurs sont cités dans la section Remerciements.

**Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS.** L'unité Dépistage, prévention et populations au sein du département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles a dirigé ce groupe et assuré les fonctions de secrétariat de l'OMS. Les participants comprenaient des membres du personnel de l'OMS d'autres unités au sein de ce département, ainsi que des départements de l'OMS suivants : Santé mentale et usage de substances psychoactives, Santé sexuelle et reproductive et Tuberculose. Ce groupe comprenait également des membres du personnel technique de l'OMS de deux bureaux régionaux de l'OMS (régions africaine et européenne).

**Groupe d'élaboration des lignes directrices.** Ce groupe était composé de 25 membres, avec une représentation équilibrée des régions géographiques, des genres et des secteurs, incluant le secteur universitaire et de la recherche, la mise en œuvre des programmes et les politiques, et les organisations et réseaux communautaires. Les réseaux mondiaux des consommateurs de drogues, des travailleurs du sexe femmes, hommes, transgenres et de genre variant, des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et des personnes transgenres et de genre variant étaient tous représentés au sein du groupe d'élaboration des lignes directrices. Il n'existe pas de réseau mondial des personnes incarcérées et il n'y avait pas de représentants des détenus au sein du groupe d'élaboration des lignes directrices, car la participation était impossible à mettre en œuvre. Les membres du groupe ont été sélectionnés en coordination avec le groupe d'orientation et les bureaux de pays et les bureaux régionaux de l'OMS. Ce groupe était chargé de la formulation des recommandations nouvelles et actualisées de l'OMS. Une compilation et une synthèse de l'ensemble des déclarations d'intérêt des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices sont disponibles dans l'[annexe Web A](#) (en anglais).

**Groupe d'examen externe.** Ce groupe a été sélectionné pour assurer une représentation équilibrée des régions géographiques et des genres. Il comprenait 20 pairs examinateurs issus du secteur universitaire, des politiques et de la recherche, de la mise en œuvre des programmes, des organismes des Nations Unies et des organisations et réseaux communautaires, y compris des réseaux des populations clés, des organisations de la société civile et des ONG intervenant dans les prisons.

### Contributeurs externes aux lignes directrices, guidés par une spécialiste de la méthodologie.

Sept revues systématiques ont été menées par trois équipes distinctes d'experts indépendants, guidées par une spécialiste de la méthodologie des lignes directrices, et avec la contribution de membres du groupe d'orientation de l'OMS et d'administrateurs techniques responsables.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES





Des travaux de recherche qualitative sur les valeurs et les préférences des populations clés ont été menés par les réseaux mondiaux de consommateurs de drogues injectables, de travailleurs du sexe, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et de personnes transgenres et de genre variant. Des données probantes supplémentaires sur la faisabilité, les valeurs et les préférences et le rapport coût-efficacité ont également été compilées et synthétisées par les équipes ayant procédé aux revues systématiques. Le groupe d'élaboration des lignes directrices, ainsi que les administrateurs techniques de l'OMS, ont travaillé en étroite collaboration avec les spécialistes de la méthodologie des lignes directrices pour évaluer les données probantes grâce à la méthodologie GRADE.

**Partenaires et observateurs externes.** Des représentants de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), du Fonds mondial, de la Fondation Bill & Melinda Gates, du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Fonds d'urgence international des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), de l'Alliance mondiale contre l'hépatite, de la Clinton Health Access Initiative (CHAI) et de la World Professional Association of Transgender Health (WPATH) ont assisté à la réunion du groupe d'élaboration des lignes directrices en tant qu'observateurs. Tous les représentants et organisations sont des contributeurs et des exécutants potentiels des lignes directrices proposées, collaborant de longue date avec le département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles.

## Conflits d'intérêts

Tous les contributeurs externes à l'élaboration des lignes directrices, y compris les membres des groupes d'élaboration des lignes directrices et d'examen externe, ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts de l'OMS. Tout est mis en œuvre pour réduire au minimum toute influence potentielle des conflits d'intérêts. La participation individuelle a été examinée au regard des intérêts déclarés. Tous les formulaires de déclaration d'intérêts sont archivés au format électronique au sein du département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles de l'OMS, et seront conservés pendant 10 ans.

Afin d'évaluer les conflits d'intérêts du groupe d'élaboration des lignes directrices, les administrateurs techniques responsables de l'OMS ont examiné les formulaires de déclaration d'intérêts et les *curriculum vitae*, et ont effectué des recherches sur Google. La liste des membres proposée a été publiée aux fins d'examen et de commentaires du public 14 jours avant la réunion consacrée aux lignes directrices avant la finalisation. Un plan de gestion pour chaque conflit déclaré a été établi et enregistré au moment des réunions. Un conflit potentiel a été identifié, lié à la réception de fonds qui ont été jugés importants en rapport avec un sujet abordé. L'équipe de l'OMS a décidé que ce membre participerait partiellement, s'abstenant de participer aux discussions de prise de décision et à la formulation d'une recommandation liées au traitement de l'hépatite C (voir l'[annexe Web A](#) [en anglais]).

## Définition de la portée des lignes directrices

La présente publication est une mise à jour de la publication de 2016 intitulée *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*. Conformément aux principes de la couverture sanitaire universelle (CSU), des soins centrés sur la personne et de la justification de l'impact accru en matière de santé publique, nous avons identifié des axes d'amélioration des précédentes lignes directrices :

- 1) inclure et regrouper les recommandations pertinentes relatives à l'hépatite virale et aux IST pour les populations clés ;
- 2) fournir des orientations aux pays sur les ensembles d'interventions sanitaires prioritaires pour chaque groupe de population clé ;
- 3) mettre en avant l'importance centrale de catalyseurs essentiels pour assurer la CSU pour les populations clés.



Pour la détermination initiale de la portée des lignes directrices actualisées, les administrateurs techniques de l'OMS ont examiné toutes les recommandations relatives aux interventions sanitaires figurant dans les lignes directrices de 2014/2016 avec les objectifs suivants : 1) identifier des moyens de rendre les lignes directrices plus claires et plus faciles à lire et à mettre en œuvre ; 2) identifier les recommandations qui devaient être actualisées ; et 3) déterminer les domaines dans lesquels de nouvelles recommandations étaient nécessaires. Des administrateurs techniques de l'unité Dépistage, prévention et populations du département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles ont évalué les 146 recommandations des lignes directrices pour les populations clés de 2014/2016 en ayant recours aux actions suivantes :

**Supprimer :** recommandation abandonnée, qui n'est plus pertinente. L'examen des données probantes n'est pas nécessaire et la recommandation est supprimée (« supprimer (non pertinent) ») OU elle doit être retirée du tableau des recommandations, car il s'agit d'une « considération », et elle peut être mise en évidence dans le texte ou dans une section distincte sur les interventions structurelles (« retirer (placer dans le texte ou les interventions structurelles) »).

**Valider :** la recommandation est clairement établie et il est peu probable que quiconque soit en désaccord avec la recommandation. L'examen des données probantes et du processus décisionnel n'est pas nécessaire ; la recommandation doit être conservée en l'état.

**Remanier :** pas de changement dans les données ou dans l'intention de la recommandation, mais la formulation exacte doit être remaniée pour plus de clarté.

**Mise à jour :** une nouvelle synthèse des données probantes est nécessaire, et le sujet et la nouvelle synthèse des données probantes doivent être examinés par le groupe d'élaboration des lignes directrices en suivant une procédure complète « Des données probantes à la prise de décisions », ou il y a eu une mise à jour des recommandations depuis 2016 réalisée par une autre équipe ou un autre département de l'OMS.

**Nouveau :** un sujet, une intervention ou un sous-groupe nouveau doit être traité. Une nouvelle synthèse des données probantes est nécessaire et le groupe d'élaboration des lignes directrices doit mener une procédure complète « Des données probantes à la prise de décisions ».

À la suite de cet exercice, une consultation des communautés et des experts a été organisée. Les objectifs de la consultation étaient les suivants : 1) faire le point sur le processus d'élaboration des lignes directrices unifiées pour les populations clés, et sur les échéances à venir ; 2) discuter des modifications à apporter au format et à la structure des lignes directrices ; 3) obtenir un retour sur les recommandations dont la mise à jour est proposée et sur les nouveaux domaines à considérer pour de futures recommandations ; et 4) améliorer la participation communautaire et la transparence. Les participants à la consultation comprenaient des membres des communautés des populations clés, des jeunes et des adolescents, des donateurs, des partenaires techniques, des responsables de la mise en œuvre, des représentants des programmes nationaux et des partenaires des Nations Unies. La consultation comprenait également une enquête après la réunion. Dans l'ensemble, les participants étaient d'accord avec la structure proposée pour les lignes directrices, avec des ensembles distincts par population clé, l'inclusion des IST et de l'hépatite virale et l'ajout d'ensembles d'interventions sanitaires prioritaires.

## Valeurs et préférences des membres des populations clés

L'OMS a commandé une étude qualitative sur les valeurs et les préférences des populations clés en ce qui concerne les recommandations nouvelles et actualisées examinées par le groupe d'élaboration des lignes directrices, ainsi que sur leurs priorités générales en matière de santé, leurs préférences en matière de prestation de services et leur expérience des obstacles structurels. Malheureusement, il n'a pas été possible d'inclure des personnes incarcérées dans cette étude, en raison de l'absence de réseaux de personnes détenues, et de problèmes logistiques.



Les réseaux Global Action for Trans Equality (GATE), International Network of People who Use Drugs (INPUD), Global Action for Gay Men's Health and Rights (MPACT) et Global Network of Sex Work Projects (NSWP), après l'approbation du protocole par le Comité d'évaluation éthique de la recherche, ont mené un total de 61 entretiens individuels semi-structurés et 32 discussions de groupe multipays. Les réseaux mondiaux des populations clés ont sélectionné des participants par l'intermédiaire de leurs réseaux régionaux et nationaux pour prendre part aux entretiens individuels semi-structurés et aux discussions de groupe, en veillant à assurer une représentation équilibrée en fonction des régions, des genres, des âges et du statut sérologique pour le VIH. Tous les entretiens et les groupes de discussion ont été menés virtuellement sur des plateformes de communication sécurisées. Les entretiens ont été menés en anglais, en français, en espagnol ou en russe, selon le cas. Trois entretiens ont également été menés par des consultants du NSWP en thaï, en hindi et en népalais, en ayant recours à des interprètes communautaires.

Les données ont été recueillies par des experts communautaires engagés par les réseaux mondiaux des populations clés en tant que consultants. Les réponses des participants ont été répertoriées, enregistrées au format électronique et, dans la mesure du possible, les réponses des participants ont été transcrites textuellement en assurant la sécurité et la confidentialité des données personnelles. Les réponses ont ensuite été compilées et codées en utilisant une approche d'analyse thématique inductive fondée sur un cadre analytique élaboré par les réseaux des populations clés. Des synthèses des données de chacune des études sur les populations clés ont été préparées par un chercheur principal de chaque réseau, intégrées dans un projet de rapport commun, puis analysées pour créer un rapport de synthèse sur les populations clés (voir le rapport complet dans l'[annexe Web B](#) [en anglais]).

## Élaboration d'ensembles prioritaires

Dans les présentes lignes directrices actualisées, des orientations sont fournies aux responsables de programmes nationaux, aux donateurs et aux défenseurs des droits, leur indiquant comment donner la priorité à différents ensembles d'interventions sanitaires afin d'avoir le plus d'impact possible sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST, et d'assurer une couverture universelle pour faire face à d'autres problèmes de santé pour les populations clés.

Chacune des interventions énumérées et incluses dans ces lignes directrices, d'après la détermination initiale de la portée, a été classée pour chaque population clé dans l'une des catégories suivantes :

### 1. Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Cela comprend toutes les interventions recommandées pour éliminer les obstacles structurels à l'accès aux services de santé pour les populations clés.

### 2. Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

Cela comprend les interventions du secteur de la santé qui ont un impact direct démontré sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST dans les populations clés.

### 3. Essentielles pour la santé en général

Cela inclut les interventions du secteur de la santé auxquelles l'accès devrait être assuré pour les populations clés, mais qui n'ont pas d'impact direct sur l'infection à VIH, l'hépatite virale ou les IST.

### 4. Interventions de soutien

Cela comprend d'autres interventions qui appuient la prestation d'interventions du secteur de la santé, telles que la création de la demande, l'information et l'éducation.



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Plans de diffusion et de mise à jour

Les présentes lignes directrices seront mises à jour en tout ou en partie, d'après des exercices réguliers de définition de la portée des données disponibles et de l'expérience acquise dans le cadre de la mise en œuvre au niveau des pays, qui guideront et détermineront la nécessité de nouvelles orientations. Au fur et à mesure des évolutions de la base de données probantes ou des besoins des utilisateurs, on envisagera de produire des mises à jour techniques sur des sujets spécifiques.

Les lignes directrices seront diffusées au format électronique sur le site Web du département Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles de l'OMS, et seront mises à disposition en version imprimée sur demande. La diffusion sera soutenue par la publication de revues systématiques et de données probantes sélectionnées dans des revues à comité de lecture, ainsi que par des notes d'orientation, et des applications Web et mobiles.



---

# CHAPITRE 3

## Catalyseurs essentiels







## Introduction

Les épidémies de VIH, d'hépatite virale et d'IST, en particulier parmi les populations clés, continuent d'être alimentées par des lois et des politiques criminalisant le travail du sexe, la consommation ou la possession de drogues, et diverses formes d'expression de genre et de sexualité ; par la stigmatisation et la discrimination, la discrimination fondée sur le genre, la violence, le manque d'autonomisation des communautés et d'autres violations des droits humains. Ces facteurs socio-structurels limitent l'accès aux services de santé, restreignent les modes de prestation de ces services et diminuent leur efficacité.

Les « catalyseurs essentiels<sup>2</sup> », selon l'emploi de ce terme dans les présentes lignes directrices, désignent les stratégies, activités et approches qui visent à améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité, l'adoption, la couverture équitable, l'efficacité et l'efficience des services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST. Les catalyseurs agissent à différents niveaux – individuel, communautaire, institutionnel, sociétal et national, régional et mondial. Ils sont essentiels pour l'élaboration de stratégies et la mise en œuvre de programmes et de services complets de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST destinés aux populations clés dans tous les contextes épidémiques.

Le secteur de la santé a un rôle important à jouer, mais la mise en œuvre réussie des catalyseurs essentiels nécessite une collaboration entre différents secteurs, tels que la santé, la justice, le logement, l'éducation, l'aide sociale et le travail. Elle nécessite également de nombreux partenaires au sein des gouvernements, de la société civile, des institutions religieuses et du secteur privé. Une participation pleine et entière des organisations dirigées par les populations clés est cruciale.

### Considérations spécifiques aux adolescents et aux jeunes

Les obstacles et les catalyseurs essentiels décrits dans ce chapitre s'appliquent aussi bien aux adultes qu'aux adolescents des populations clés. S'agissant des adolescents des populations clés, ces facteurs peuvent être exacerbés par leur développement physique et mental rapide et leurs vulnérabilités psychosociales, familiales, sociales, éducatives et économiques complexes. En outre, les adolescents des populations clés se heurtent à des obstacles socio-structurels pour accéder à des services, notamment des obstacles politiques et juridiques liés à l'âge du consentement. Les enfants des populations clés peuvent être confrontés à la stigmatisation et à la discrimination, et, par conséquent, faire face aux mêmes difficultés d'accès aux services. Les prestataires de soins de santé peuvent être poursuivis pour avoir fourni des services à des adolescents sans le consentement des parents ou du tuteur, ce qui réduit encore l'accès aux services.

## Expérience, valeurs et préférences des populations clés en ce qui concerne les obstacles structurels et les catalyseurs essentiels

Dans le cadre des travaux de recherche qualitative menés par les réseaux mondiaux dirigés par les populations clés pour l'élaboration des présentes lignes directrices (pour un rapport détaillé, veuillez consulter l'[annexe Web B](#) [en anglais]), toutes les populations clés ont indiqué que la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination constituaient des obstacles persistants à l'accès aux services de santé et à la poursuite du traitement en cours, ainsi que des éléments contribuant de façon déterminante à perpétuer la vulnérabilité, les atteintes aux droits humains et les mauvais résultats en matière de santé. Les participants appartenant au réseau des personnes transgenres et de genre variant ont également souligné les obstacles structurels à la reconnaissance juridique de l'identité de genre.

La criminalisation de la consommation ou de la possession de drogues, du travail du sexe, des relations homosexuelles et de l'expression de genre dissuade les membres des populations clés

<sup>2</sup> Ces facteurs sont appelés « vecteurs sociétaux » dans la *Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026* (45).





d'accéder aux services par crainte de répercussions juridiques. Il a également été souligné que la criminalisation perpétue le fait que les programmes de santé menés par les populations clés et fondés sur les droits soient exclus des mécanismes de financement et des actions de santé publique des États. Les participants à l'étude qualitative ont en outre indiqué que l'utilisation par les forces de l'ordre de la possession de préservatifs et de matériel d'injection à titre de preuves de travail du sexe et de consommation ou de possession de drogues entrave davantage l'utilisation de services et de produits de prévention fondés sur des données probantes.

La stigmatisation et la discrimination, exacerbées par la criminalisation, demeurent également un obstacle majeur à l'accès aux services et à la poursuite du traitement en cours pour les populations clés. Les participants des différents groupes de populations clés ont souligné le problème omniprésent de la stigmatisation et de la discrimination liées aux prestataires, y compris les attitudes de jugement, les manquements à la confidentialité, le refus de traitement, la violence et la maltraitance – même dans des contextes dans lesquels des protections juridiques existent.

Afin d'améliorer l'accès des populations clés aux services de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite virale, et la continuité de ces services, et afin de promouvoir la santé et les droits humains pour ces populations en général, les participants ont souligné la nécessité d'une réforme juridique et politique, de ripostes menées par les communautés, d'autonomisation et de renforcement des capacités des communautés et d'initiatives de lutte contre la violence.

L'autonomisation des communautés a été mise en avant dans tous les réseaux dirigés par les populations clés participant au projet de recherche qualitative. Les participants ont évoqué l'importance des ripostes menées par les populations clés, notamment les services de proximité et d'autres services proposés par les pairs, les activités de sensibilisation et de soutien, les centres d'accueil, le renforcement des capacités et la mobilisation des ressources pour assurer une programmation durable et menée par les communautés. Ces initiatives ont été considérées à la fois comme un moyen d'améliorer l'accès aux services et comme une mesure essentielle pour éliminer les obstacles structurels qui nuisent à la santé et aux droits humains des populations clés.

En outre, les participants ont souligné qu'il était important de sensibiliser le personnel de santé, les responsables de l'application des lois, les agents des ONG et la communauté en général. La formation de sensibilisation menée par les populations clés a été considérée comme une intervention efficace pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et améliorer l'acceptabilité des services de santé. Les participants ont également recommandé des interventions de lutte contre la violence en tant qu'interventions créant un environnement favorable.

Les participants ont estimé que, étant donné que la violence peut être courante (en grande partie en raison des effets de la criminalisation qui nécessitent des solutions systémiques), les interventions de prévention de la violence doivent être intégrées de façon continue à une approche globale du bien-être qui considère que la santé est bien plus qu'un « simple ensemble d'interventions ». Dans ce contexte, ils ont souligné la nécessité pour les services de réfléchir davantage à ce qui pourrait inciter les personnes à penser à leur santé et à agir en conséquence.

Enfin, tous les réseaux dirigés par les populations clés ont mis en avant le rôle crucial que joue le financement dans les initiatives menées par les communautés, indiquant la nécessité constante d'accorder la priorité au financement des programmes menés par les populations clés, compte tenu du grave manque de financement pour les initiatives menées par les communautés et les populations clés, et soulignant qu'il est primordial d'atteindre les objectifs de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, à savoir : 80 % de la prestation de services pour les programmes de prévention de l'infection à VIH destinés aux populations clés assurée par les populations clés ; 30 % des services de dépistage et de traitement fournis par des organisations dirigées par les communautés ; et 60 % des programmes soutenant la réalisation des vecteurs sociétaux fournis par des organisations dirigées par des communautés.



## Interventions essentielles pour l'impact : catalyseurs essentiels

Ce chapitre décrit une série d'obstacles structurels qui compromettent l'accès aux services de santé pour les populations clés, puis identifie les catalyseurs essentiels pour surmonter ces obstacles. Ce chapitre présente un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques fondées sur les recommandations formulées dans les lignes directrices unifiées de l'OMS pour les populations clés de 2014/2016 (3) en actualisant les références, si nécessaire. Bien que ces obstacles et ces catalyseurs soient interdépendants, nous tentons d'aborder chacun indépendamment.

### Obstacles et catalyseurs juridiques et politiques

Les membres des populations clés ont droit à la pleine protection de leurs droits humains, comme indiqué dans les instruments internationaux relatifs aux droits humains. Les droits humains comprennent, sans toutefois s'y limiter, les droits à l'égalité jouissance des droits et à la non-discrimination ; à la sécurité de la personne et à la vie privée ; à la reconnaissance et à l'égalité devant la loi ; à un procès équitable conformément à la loi ; au meilleur état de santé mentale et physique ; à l'éducation ; à l'emploi et à des conditions d'emploi justes et favorables ; à la liberté de circulation ; à la liberté de réunion pacifique et d'association ; de ne pas être arrêté ou détenu arbitrairement, et de ne pas être soumis à des traitements cruels et inhumains ; à la protection contre la violence. Les États ont l'obligation de veiller à ce que toutes les personnes jouissent des droits susmentionnés sans discrimination fondée sur la race, la nationalité, le sexe, l'âge, la religion, la sexualité, l'identité de genre, l'état de santé, le handicap, l'état matrimonial ou tout autre critère (57-60).

La plupart des pays ont des lois, des règlements ou des politiques qui constituent des obstacles à l'efficacité des services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST et d'autres services de santé pour les populations clés, notamment la criminalisation du travail du sexe, de la consommation et de la possession de drogues, de l'identité de genre ou de son expression, et des relations sexuelles entre personnes du même sexe. Un certain nombre de pays criminalisent l'identité de genre *de facto*, en criminalisant le travestissement ou l'imitation du sexe opposé. Pour les personnes transgenres et de genre variant, l'absence de reconnaissance juridique de l'identité de genre est un obstacle majeur à l'accès aux services de santé, et à la continuité de ces services, outre la pleine jouissance d'autres droits, tels que les droits à la liberté de circulation, au logement, à l'éducation et à l'emploi. Cela accentue l'isolement des personnes transgenres et accroît leurs vulnérabilités. Dans de nombreux milieux, les adolescents de moins de 18 ans sont considérés légalement comme mineurs et, par conséquent, doivent avoir le consentement d'un adulte légalement responsable pour recevoir des soins médicaux. D'autres obstacles sont liés à des politiques et pratiques restrictives ou punitives, telles que la criminalisation de la possession d'aiguilles ou de seringues, qui restreint la capacité à mettre en œuvre des PAS, ainsi que l'utilisation de la possession de préservatifs comme preuve de travail du sexe et comme motif d'arrestation (61). D'autres pratiques néfastes incluent les examens anaux forcés, qui sont utilisés pour confirmer ou punir des relations homosexuelles consenties supposées entre hommes ou femmes transgenres (62).

Ces obstacles juridiques ont des effets néfastes mesurables sur la santé des membres des populations clés, démontrés par la modélisation et par d'autres travaux de recherche (63-74). Par exemple, une revue systématique a constaté des associations entre l'exposition aux arrestations et l'infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables (64) ; dans les pays d'Afrique subsaharienne, la probabilité de vivre avec le VIH était 7,2 fois plus élevée pour les travailleurs du sexe dans les pays qui criminalisent le travail du sexe par rapport aux pays qui légalisent partiellement le travail du sexe (68) ; l'application de mesures répressives à l'égard des travailleurs du sexe était associée à un risque accru d'infection par le VIH ou d'autres IST (odds ratio de 1,87) ; et les travailleurs du sexe exposés à des mesures répressives avaient trois fois plus de risques d'être agressés physiquement ou sexuellement (75). Il a également été démontré à plusieurs reprises que la criminalisation des clients des travailleurs du sexe a une incidence négative sur la sécurité et la santé des travailleurs du sexe, notamment en réduisant l'accès aux préservatifs et leur utilisation, et en augmentant les taux de violence (68, 76). Des études démontrent l'effet négatif de la criminalisation



des pratiques homosexuelles sur la prévalence de l'infection à VIH et l'accès aux services de prévention, de diagnostic et de traitement (77, 78).

Pour les personnes transgenres et de genre variant, la reconnaissance juridique du genre et du nom préférés peut être importante pour réduire la stigmatisation, la discrimination et l'ignorance au sujet de la variance de genre. Cette reconnaissance par les services de santé peut contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de lutte contre le VIH, ainsi que de leur utilisation et de leur prestation (79). En outre, elle peut améliorer la santé et le bien-être des personnes transgenres et de genre variant (80). Toutefois, la reconnaissance juridique doit s'accompagner de mesures de formation, de sensibilisation, d'éducation et d'application.

Il est possible de recourir à des réformes juridiques, telles que : la dépénalisation de la consommation ou de la possession de drogues, du travail du sexe et des relations homosexuelles ; la reconnaissance juridique du statut de personne transgenre ou de genre variant ; l'abaissement de l'âge du consentement pour l'accès aux services de santé ; et l'introduction d'exceptions à une politique standard sur l'âge du consentement (comme les mineurs matures) ; ces mesures sont des catalyseurs essentiels qui peuvent transformer un environnement hostile pour les populations clés en un environnement favorable. Sans mesures de protection et de dépénalisation de la consommation ou de la possession de drogues, et de diverses formes d'identité de genre, de sexualité et de travail du sexe, les obstacles aux services de santé essentiels persisteront ; de nombreuses personnes appartenant aux populations clés peuvent craindre que le recours à des soins de santé ne les expose à des conséquences juridiques négatives. Une attention particulière doit être accordée à ces réformes juridiques dans le cadre de toute révision des politiques ou des programmes concernant les populations clés.

Les lois et les politiques qui criminalisent et punissent les populations clés constituent également des obstacles à l'obtention de services juridiques. Des politiques et des procédures sont nécessaires pour veiller à ce que les personnes appartenant aux populations clés puissent signaler les violations des droits telles que la discrimination, la violence et les autres infractions fondées sur le genre, les problèmes de maintien de l'ordre, les violations du consentement éclairé, les violations du secret médical et le refus de services de soins de santé. Les options de signalement, outre le recours à la police, encourageront le signalement des violations des droits humains. Par exemple, les personnes appartenant aux populations clés peuvent recevoir une formation en assistance juridique, et les organisations dirigées par des populations clés et d'autres organisations qui travaillent avec les populations clés peuvent jouer le rôle d'intermédiaire tiers pour le signalement des plaintes (61, 81).

Les responsables de l'application des lois ont l'obligation légale de veiller à ce que les populations clés bénéficient d'une protection égale en vertu de la loi, et à ce que les droits humains des populations clés ne soient pas violés. Les agents des services de répression doivent recevoir une formation continue sur les moyens de favoriser – ou du moins de ne pas entraver – l'accès des populations clés aux services de santé essentiels, notamment : s'abstenir de surveiller ou d'arrêter les personnes qui accèdent à des traitements d'entretien par agonistes opioïdes, à des PAS et à des centres de traitement de l'usage de drogues ; éviter la confiscation des médicaments utilisés pour le traitement de l'usage de drogues et ne pas utiliser la possession d'aiguilles stériles ou de préservatifs pour justifier une arrestation. Les systèmes visant à promouvoir de bonnes pratiques de maintien de l'ordre et à fournir des moyens sûrs de signalement des violations des droits humains contribueront à garantir que les forces de l'ordre protègent à la fois la santé publique et les droits humains de toutes les personnes (61).

Les recommandations générales relatives aux interventions visant à créer un environnement favorable en éliminant les obstacles juridiques et politiques sont énumérées ci-dessous. Pour obtenir des informations plus détaillées, veuillez consulter le [chapitre consacré aux interventions recommandées](#).



## Déclarations générales de bonnes pratiques et d'orientation : suppression des lois, politiques et pratiques punitives

### Déclaration de bonnes pratiques existante (adaptée)<sup>3</sup>

Les pays doivent œuvrer à la décriminalisation de comportements tels que la consommation/l'injection de drogues, la possession de drogues, le travail du sexe, les relations homosexuelles et les identités de genre non conformes aux catégories établies, ainsi qu'à l'élimination de l'application injuste de lois et règlements pénalisant les personnes qui consomment/s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres et de genre variant (3, 45, 79, 82-85).

### Déclaration d'orientation existante

Les lois, politiques judiciaires et pratiques y associées doivent être examinées et, si nécessaire, révisées par les décideurs et dirigeants publics, avec un véritable engagement des parties intéressées des populations clés, afin de permettre et de soutenir un accès accru aux services destinés aux populations clés (3, 79, 83, 84).

## Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation renvoie à la catégorisation ou à la désignation d'une différence de façon péjorative ou stéréotypée. La stigmatisation peut mener à la discrimination ; à savoir, toute action injuste à l'égard d'une personne ou d'un groupe fondée sur un statut ou des attributs réels ou perçus, une affection médicale, un statut socioéconomique, un emploi, la consommation de drogues, le genre, la race, l'identité sexuelle, l'âge ou d'autres différences ou caractéristiques perçues, qui a pour but ou pour effet de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice – dans des conditions d'égalité avec les autres – de tous les droits humains et de toutes les libertés fondamentales (61).

Les membres des populations clés sont souvent particulièrement visés par la stigmatisation, la discrimination et les attitudes négatives liées à leur comportement, leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur pratique du travail du sexe – et ils le sont doublement s'ils vivent également avec le VIH ou sont atteints d'hépatite virale ou d'IST. De nombreuses populations clés sont également confrontées à des formes de discrimination croisée liées à leur âge, leur sexe, leur race ou leur origine ethnique, leur état de santé physique ou mentale, leur handicap, leur nationalité, leur statut migratoire ou d'asile, ou leur casier judiciaire. Ceci représente le fondement de la discrimination, qui est courante dans de nombreux établissements de santé et services de maintien de l'ordre. Elle peut sembler tacitement approuvée par l'absence de lois et de politiques nationales qui protègent les populations clés contre la discrimination, et par la mise en œuvre de politiques punitives et restrictives.

Dans le secteur de la santé, la stigmatisation et la discrimination peuvent prendre de nombreuses formes au niveau individuel et systémique. L'absence de programmes de formation et d'éducation visant à informer les agents de santé concernant les besoins, les problèmes de santé et les stratégies et interventions fondées sur les droits pour les populations clés contribue à la marginalisation. Cette lacune laisse les prestataires mal équipés pour répondre aux besoins en matière de santé et perpétue des pratiques stigmatisantes et discriminatoires, allant même jusqu'au refus de services. Les agents de santé peuvent avoir des préjugés à l'égard de certaines personnes, mais ils peuvent aussi eux-mêmes faire l'expérience de la discrimination lorsqu'ils travaillent avec les populations clés (86).

<sup>3</sup> Dans les *Lignes directrices unifiées relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins de l'infection à VIH pour les populations clés* de 2014, cette déclaration de bonnes pratiques était formulée ainsi : « Les pays doivent œuvrer à la décriminalisation de comportements tels que la consommation/l'injection de drogues, le travail du sexe, les relations homosexuelles et l'identité sexuelle non conforme au sexe ainsi qu'à l'élimination de l'application injuste de lois et règlements pénalisant les personnes qui consomment/s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transsexuels. »



Les effets de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des populations clés peuvent se manifester par des dépistages tardifs et des cas non diagnostiqués, une faible continuité des programmes de traitement et de mauvais résultats thérapeutiques, la dissimulation de l'état de santé et, en général, un faible recours aux services de santé (61, 87-102).

Il existe de nombreuses interventions conçues pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé, dont certains essais contrôlés randomisés et études d'observation démontrent les effets positifs (92, 103-114). Cependant, étant donné la nature hétérogène des interventions et des résultats mesurés, il est souvent impossible de procéder à des méta-analyses, et les revues systématiques n'indiquent pas clairement quelles interventions sont les plus efficaces pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé (86, 115-117). Il convient plutôt d'envisager une série d'interventions qui peuvent porter sur différents aspects de la stigmatisation et de la discrimination, comme indiqué ci-dessous (61, 115).

Approche de l'intervention	Description
<b>Fondée sur l'information</b>	Fournir des informations sur la santé et la stigmatisation liée à la santé
<b>Renforcement des compétences</b>	Mener des activités de sensibilisation ou d'autres activités de renforcement des compétences à l'intention des agents de santé, des responsables de l'application des lois et d'autres intervenants
<b>Conseils et soutien</b>	Services de soutien destinés aux membres des groupes de population clés
<b>Contact avec les populations clés</b>	Faciliter les interactions entre les membres des populations clés et les agents de santé, les responsables de l'application des lois et d'autres intervenants
<b>Soutien structurel</b>	Mettre en place des politiques et des codes de conduite de lutte contre la stigmatisation et la discrimination avec un suivi, une supervision et des possibilités pour les membres des populations clés de signaler la discrimination, y compris des mécanismes de recours et de responsabilisation
<b>Soutien biomédical</b>	Assurer la CSU et la prestation de soins de manière professionnelle et non discriminatoire, notamment les services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST pour les populations clés

Les interventions visant à créer un environnement favorable en éliminant les obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination sont énumérées ci-dessous :



## Déclarations générales de bonnes pratiques et d'orientation : stigmatisation et discrimination

<b>Déclaration de bonnes pratiques existante</b>	Les pays doivent œuvrer à la mise en œuvre et à l'application de lois antidiscriminatoires et protectrices, fondées sur les normes des droits humains, pour mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence contre les personnes issues des populations clés (3).
<b>Déclaration de bonnes pratiques existante</b>	Les décideurs, les parlementaires et les autres dirigeants de la santé publique doivent travailler en collaboration avec les organisations de la société civile à surveiller la stigmatisation, à lutter contre la discrimination à l'égard des populations clés et à changer les normes punitives légales et sociales (3, 79, 81, 83-85, 118, 119).
<b>Déclaration d'orientation existante</b>	Les services de santé doivent être disponibles, accessibles et acceptables pour les membres des populations clés conformément aux principes d'éthique médicale, de refus de la stigmatisation, de non-discrimination et du droit à la santé (3, 79, 81, 83-85, 118-120).

## Autonomisation des communautés

Souvent, les populations clés ont une maîtrise limitée ou inexistante des facteurs de risque associés à l'infection à VIH, aux IST et à l'hépatite virale, qui sont liés à l'environnement juridique, politique, social et programmatique, et à leur contexte de vie. Ces contraintes peuvent empêcher ces personnes de maîtriser leur santé et leur bien-être, et augmenter les risques de contracter le VIH, une hépatite virale et des IST. Cette absence de maîtrise est exacerbée si les personnes n'ont pas connaissance des services de santé disponibles, de leurs droits légaux et humains, en particulier de leur droit à la santé, et des actions à entreprendre en cas de violation de ces droits. Peu de jeunes des populations clés reçoivent des informations et une éducation appropriées concernant leur vie sexuelle. Au lieu de cela, ils reçoivent des messages négatifs, critiques, contradictoires ou confus sur le genre, la consommation de drogues, les grossesses non désirées et les IST, y compris l'infection à VIH (121).

L'autonomisation est le processus par lequel les personnes ayant peu de pouvoir unissent leurs forces pour accroître leur maîtrise des événements déterminants pour leur vie et leur santé. L'autonomisation des communautés permet aux communautés de populations clés d'accroître leur maîtrise de leur santé en limitant les contraintes structurelles en matière de santé, de droits humains et de bien-être, en apportant des changements sociaux, économiques et comportementaux, et en améliorant l'accès aux services de santé. L'autonomisation des communautés peut prendre de nombreuses formes, telles que : la promotion des groupes dirigés par les populations clés et des programmes et de la prestation de services menés par les populations clés ; la participation significative des membres des populations clés à la conception et à la mise en œuvre des services ; l'éducation par les pairs ou l'accompagnement ; la délégation de tâches à des pairs des populations clés ; l'auto-prise en charge ; la mise en œuvre de programmes de sensibilisation aux notions juridiques et aux services associés ; et la mise en place d'un espace civil dans lequel les populations clés peuvent agir sans crainte de représailles.

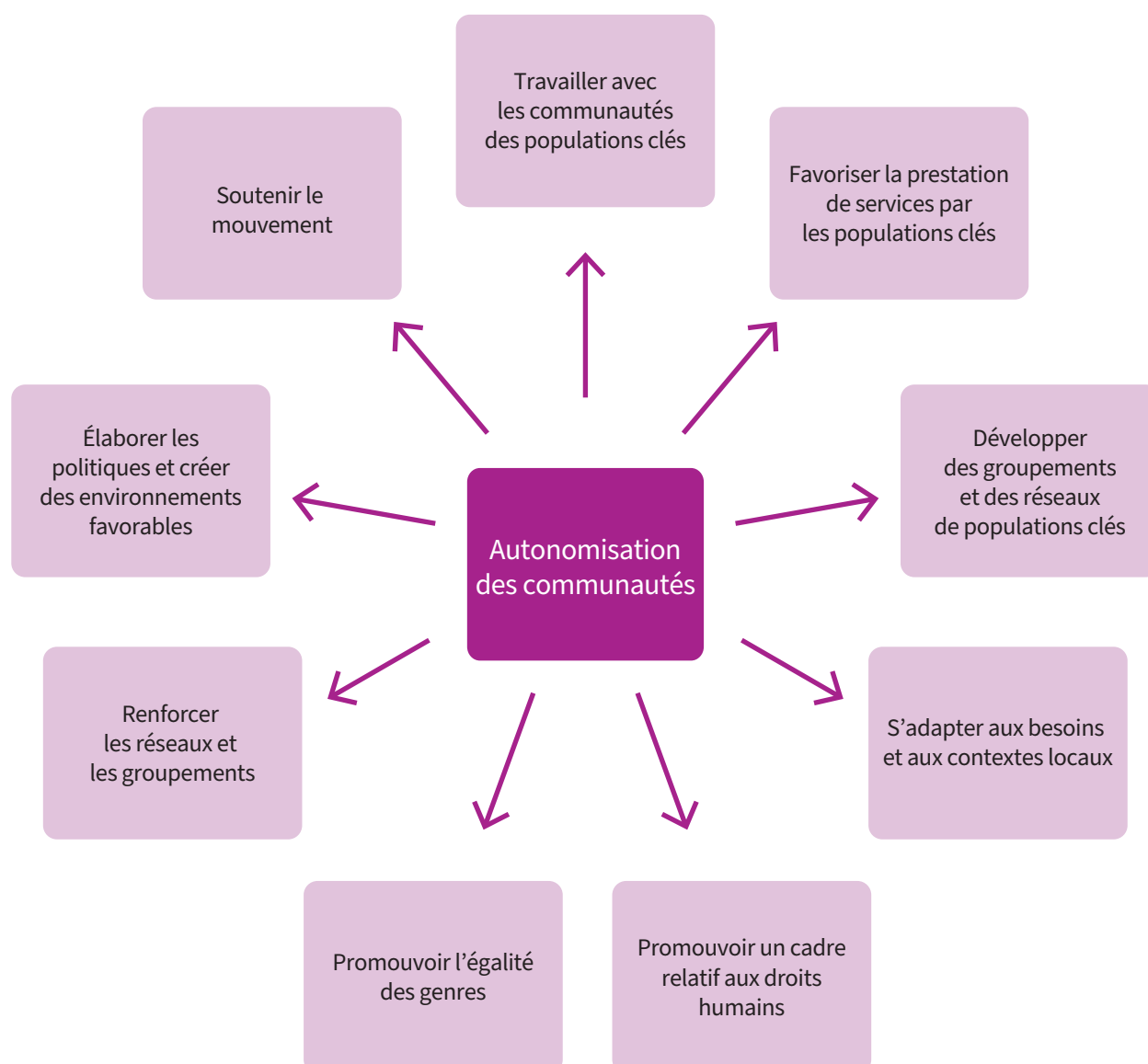
Des données probantes, principalement concernant les travailleurs du sexe, démontrent que l'autonomisation des communautés a un impact mesurable sur la santé des populations clés (122-134), notamment la réduction de l'incidence des IST (127), de l'incidence de l'infection à VIH (128, 134), des rapports sexuels à haut risque (131), ainsi que l'utilisation accrue de la planification familiale (132).

La [Figure 3](#) présente un cadre visant à favoriser les services aux populations clés inclus dans les outils de mise en œuvre élaborés par les réseaux des populations clés (135-138).





Figure 3. Cadre pour l'autonomisation des communautés



Il est important de promouvoir et de soutenir les services, les structures et les travaux de recherche dirigés par des organisations de personnes issues des populations clés. Les organisations, groupements et réseaux dirigés par les populations clés peuvent jouer un rôle central dans la formation du personnel des services de santé, des forces de maintien de l'ordre et des organismes de services sociaux, tout en facilitant l'interaction avec les communautés des populations clés et en assurant l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et la gestion des services. Les communautés des populations clés peuvent renforcer les échanges et créer des alliances avec d'autres groupes négligés et à risque, tels que les réseaux de jeunes, les personnes handicapées, les adolescentes et les jeunes femmes. Elles ont des atouts particuliers pour la prestation et la direction de services communautaires et de proximité.

Une participation significative renvoie non seulement à l'implication dans la prise de décision, mais aussi à la contribution à la prestation de services, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation. Le suivi mené par les communautés, un mécanisme de responsabilisation mené par les populations clés et d'autres communautés touchées, qui implique un suivi par des pairs formés et des mécanismes structurés de signalement, est particulièrement important (139).

L'OMS a formulé plusieurs recommandations pertinentes concernant les rôles des pairs des populations clés dans la prestation de services, qui figurent dans le [chapitre consacré à la prestation de services](#).





La participation significative des populations clés à la définition des programmes est essentielle pour assurer la pertinence et l'acceptabilité des services pour le public visé. Elle est également importante pour établir des relations de confiance entre la communauté et les prestataires de services, qui peuvent être habitués à établir les paramètres selon lesquels les services sont fournis, et à imposer la manière dont les relations ou les partenariats doivent être gérés, une norme qui doit évoluer pour permettre l'autonomisation des communautés et l'accès aux services.

Une participation significative implique que les populations clés : 1) choisissent de participer ou non ; 2) choisissent la manière dont elles sont représentées, ainsi que les représentants ; 3) choisissent leur mode de participation au processus ; et 4) disposent d'une voix égale concernant la gestion des partenariats.

Les interventions visant à créer un environnement favorable en améliorant l'autonomisation des communautés sont énumérées ci-dessous.

### Déclarations générales de bonnes pratiques et d'orientation : autonomisation des communautés<sup>4</sup>

<b>Déclaration d'orientation existante</b>	Les groupes et organisations de populations clés doivent devenir des partenaires essentiels et des leaders en matière de conception, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des services de santé (3).
<b>Déclaration de bonnes pratiques existante</b>	Les programmes doivent mettre en œuvre un ensemble d'interventions visant à améliorer l'autonomisation des communautés au sein des populations clés (3, 79, 84, 85).

## Violence

La violence à l'égard des membres des populations clés est courante ; elle peut prendre diverses formes – physique, sexuelle ou psychologique – et peut être exercée par différentes personnes, y compris des partenaires intimes, des clients, des membres de la famille, des étrangers, des prestataires de services, des responsables de l'application des lois et d'autres personnes occupant des positions de pouvoir (140-147). La violence peut être alimentée par le déséquilibre dans les dynamiques de pouvoir liées au genre et par les préjugés et la discrimination à l'égard des personnes perçues comme s'écartant des normes et identités conventionnelles en matière de genre et de sexualité. D'autres caractéristiques telles que l'âge, le handicap ou la race peuvent accroître la vulnérabilité à la violence. En outre, de nombreux facteurs structurels ont une incidence sur la vulnérabilité à la violence, notamment des lois discriminatoires ou sévères, ainsi que des pratiques de répression et des normes culturelles et sociales qui légitiment la stigmatisation et la discrimination.

Il a été démontré que le fait de subir des actes de violence a un impact négatif sur la santé des populations clés, notamment l'augmentation des effets néfastes liés à la drogue (142, 148-152), la diminution du recours aux services de santé sexuelle et reproductive (141), l'utilisation irrégulière du préservatif (141, 147, 149, 153), la dépression et d'autres problèmes de santé mentale (143, 154) et l'augmentation du risque d'infection par le VHC (155, 156), en plus d'avoir un impact direct sur l'acquisition de l'infection à VIH et des IST (157). Une étude de modélisation a estimé que la réduction de la violence sexuelle à l'égard des travailleurs du sexe pourrait réduire les nouvelles infections à VIH de 25 % parmi les travailleurs du sexe et leurs clients (158). Les femmes, en particulier les jeunes femmes des populations clés, y compris les consommatrices de drogues, les travailleuses du sexe,

<sup>4</sup> Il convient de noter que dans les lignes directrices de l'OMS intitulées *Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : recommandations pour une approche de santé publique*, l'OMS a recommandé un ensemble d'interventions visant à autonomiser les travailleuses du sexe. Il s'agissait d'une recommandation forte, avec une qualité très faible des données probantes. En 2014, toutes les recommandations de l'OMS relatives aux populations clés ont été unifiées, et une nouvelle déclaration de bonnes pratiques a été élaborée pour étendre cette recommandation à tous les groupes de population clés, comme indiqué dans le tableau ci-dessus.



les détenues et les femmes transgenres, subissent des taux particulièrement élevés de violence physique, sexuelle et psychologique (159).

Le secteur de la santé a un rôle important à jouer dans la lutte contre la violence en fournissant des services de santé complets, notamment : pour la santé sexuelle et reproductive ; en orientant les patients vers d'autres services d'appui ; en procédant à la collecte de données probantes, issues notamment de travaux de recherches ; en favorisant des politiques de prévention dans d'autres secteurs ; et en plaidant pour que la violence soit reconnue comme un problème de santé publique et pour que des ressources y soient allouées (160).

Les victimes de violence sexuelle doivent avoir accès en temps opportun à des services de prise en charge après un viol, y compris la contraception d'urgence, l'avortement sécurisé, la prophylaxie post-exposition pour le VIH et d'autres IST, la vaccination contre l'hépatite B, un soutien et des soins psychosociaux, ainsi que l'orientation vers des services juridiques (161). La prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés doivent inclure, directement ou par le biais d'un solide système d'orientation et de liaison, des soins cliniques et psychosociaux et un soutien aux rescapés de violences, conformément aux lignes directrices de l'OMS pour la lutte contre les violences sexuelles (161-162). Les personnes rescapées peuvent avoir besoin d'être traitées pour des lésions corporelles, et de recevoir des soins de santé mentale à plus long terme. Les services de santé peuvent également collecter des preuves médico-légales, ce qui peut faciliter l'accès à la justice des personnes rescapées. Les services de soutien comprennent également des lignes d'assistance téléphonique, dont les services sont assurés par des pairs formés et d'autres conseillers, qui offrent un soutien psychosocial, ainsi que des interventions de riposte aux crises, s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires qui orientent les personnes rescapées vers divers services et espaces sûrs, sans restrictions fondées sur la poursuite de la consommation de drogues (84).

Les efforts visant à lutter contre la violence à l'égard des membres des populations clés doivent impliquer d'autres secteurs en plus du secteur de la santé. Ensemble, ils doivent créer un environnement favorable pour promouvoir le bien-être et la sécurité physiques, sexuels et émotionnels. Les catalyseurs essentiels comprennent des mécanismes de documentation et de suivi de la violence, de formation des membres des populations clés et d'autres parties prenantes pour comprendre les droits humains, et de promotion de la responsabilisation des agents des services d'application des lois pour prévenir et combattre la violence et les atteintes aux droits humains (162, 164). Des données probantes démontrent l'efficacité des programmes participatifs qui impliquent de multiples parties prenantes ainsi que des interventions de mobilisation communautaire (165). Les pratiques d'application de la loi peuvent accroître le risque de violence auquel sont exposées les populations clés. En effet, les responsables de l'application des lois peuvent eux-mêmes être les auteurs d'actes de violence. Le travail mené avec ces agents peut comprendre des activités de formation sur les droits humains des populations clés, ainsi que la promotion de la responsabilisation pour des pratiques d'application de la loi fondées sur les droits (162). Les efforts de prévention de la violence peuvent être soutenus par le plaidoyer en faveur de réformes législatives et politiques qui protègent les droits et la sécurité des populations clés ; en faisant mieux connaître les mécanismes de signalement et les mesures disciplinaires ; en organisant des ateliers de sensibilisation à l'intention des personnes jouant un rôle central (par exemple, les responsables gouvernementaux, les responsables de l'application des lois, le personnel pénitentiaire, les médias, les agents de santé et les chefs religieux) ; par la création d'espaces sûrs ; et en créant des mécanismes d'alerte précoce et de riposte rapide avec la participation des membres des communautés des populations clés, des agents de santé et des responsables de l'application des lois. L'intégration de représentants des communautés dans ces efforts contribue également à créer des canaux de communication entre les populations clés, les autorités civiles et les responsables de l'application des lois (162).

Il est également important de suivre et de consigner les incidents de violence, à la fois en tant que données probantes pour le plaidoyer et pour éclairer la conception des programmes. Disposer d'éléments à l'appui des niveaux de violence auxquels sont confrontées les populations clés est souvent la première étape de la sensibilisation.



Les interventions visant à créer un environnement favorable en luttant contre la violence à l'égard des populations clés sont énumérées ci-dessous.

Déclarations générales de bonnes pratiques : violence	
Déclaration de bonnes pratiques existante	Il convient de prévenir et de lutter contre la violence visant les personnes issues des populations clés en partenariat avec les organisations dirigées par les populations clés. Toutes les violences visant les personnes issues des populations clés doivent être suivies et signalées, et des mécanismes de recours établis pour garantir que justice soit rendue (3, 79, 84, 85, 162).

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



---

# CHAPITRE 4

Ensemble d'interventions  
recommandées







## Introduction

Les présentes lignes directrices regroupent les recommandations de l'OMS relatives à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés. La majorité de ces recommandations sont présentées en détail dans d'autres lignes directrices de l'OMS ; un grand nombre de ces recommandations ont été présentées pour la première fois dans les lignes directrices unifiées pour les populations clés de 2014/2016 (3). Par souci de simplicité, dans la plupart des cas, le contexte, les données probantes et le processus décisionnel associés à chaque recommandation ne sont pas inclus dans les présentes lignes directrices, mais le document source comprenant les informations correspondantes est indiqué en référence. Certaines recommandations ont été formulées ou actualisées en 2021/2022 dans le cadre du processus d'élaboration de ces lignes directrices ; celles-ci sont indiquées par une étoile et des informations sur les données probantes et le processus décisionnel sont fournies dans le [chapitre consacré aux informations supplémentaires](#).

Les interventions énumérées ont été classées dans les catégories suivantes :

### 1. Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Cela comprend toutes les interventions recommandées pour réduire les obstacles structurels à l'accès aux services de santé pour les populations clés.

### 2. Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

Cela comprend les interventions du secteur de la santé qui ont un impact direct démontré sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST dans les populations clés.

### 3. Essentielles pour la santé en général

Cela inclut les interventions du secteur de la santé auxquelles l'accès devrait être assuré pour les populations clés, mais qui n'ont pas d'impact direct sur l'infection à VIH, l'hépatite virale ou les IST.

### 4. Interventions de soutien

Cela comprend d'autres interventions qui appuient la prestation d'interventions du secteur de la santé, telles que la création de la demande, l'information et l'éducation.

Les tableaux ci-dessous incluent des recommandations qui ont été formulées à l'aide de la méthodologie GRADE (voir la section consacrée aux méthodes pour plus de détails), des déclarations de bonnes pratiques et des résumés et des liens vers des documents pertinents. Les recommandations GRADE indiquent la force de la recommandation et la fiabilité des données probantes telles qu'elles ont été convenues par les groupes d'élaboration des lignes directrices concernés.

Le [chapitre 5](#) présente des ensembles d'interventions recommandées pour chaque groupe de population clé.



## Ensemble d'interventions recommandées

Ces interventions ne sont pas classées par ordre de priorité.

Veuillez également noter que cet ensemble associe des recommandations existantes et nouvelles, des déclarations de bonnes pratiques et déclarations d'orientation. Ces éléments peuvent être classés dans les catégories suivantes :

- ★ **Nouvelle recommandation GRADE** – recommandation qui a été formulée dans le cadre du processus d'élaboration des présentes lignes directrices, en utilisant la méthodologie GRADE décrite dans la section consacrée aux méthodes ;
- Recommandation GRADE existante** – recommandation qui a été élaborée dans le cadre de lignes directrices de l'OMS déjà publiées ;
- ★ **Nouvelle déclaration de bonnes pratiques** – déclaration de bonnes pratiques formulée par le groupe d'élaboration des lignes directrices dans le cadre du processus d'élaboration des présentes lignes directrices, tel que décrit dans la section consacrée aux méthodes ;
- Déclaration de bonnes pratiques existante** – déclaration de bonnes pratiques qui a été élaborée dans le cadre de lignes directrices de l'OMS déjà publiées ;
- Déclarations d'orientation existante** – déclarations générales qui synthétisent des groupes de recommandations et d'approches existantes ;
- Position de l'OMS** – issue des notes de synthèse du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS sur la vaccination ;
- Adaptée** – pour certaines recommandations et déclarations de bonnes pratiques, des modifications mineures ont été apportées à la formulation, n'introduisant pas de changements importants.

## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

### Déclarations générales de bonnes pratiques : suppression des lois, politiques et pratiques punitives

<b>Déclaration d'orientation existante</b>	Les lois, politiques judiciaires et pratiques doivent être examinées et, si nécessaire, révisées par les décideurs et dirigeants publics, avec un véritable engagement des parties intéressées des populations clés, afin de permettre et de soutenir un accès accru aux services destinés aux populations clés (3, 79, 83, 84).
<b>Déclaration de bonnes pratiques existante (adaptée)<sup>5</sup></b>	Les pays doivent œuvrer à la décriminalisation de comportements tels que la consommation/l'injection de drogues, le travail du sexe, les relations homosexuelles et les identités de genre non conformes aux catégories établies, ainsi qu'à l'élimination de l'application injuste de lois et règlements pénalisant les personnes qui consomment/s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres et de genre variant (3, 79, 82-85).

<sup>5</sup> Dans les *Lignes directrices unifiées relatives à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins de l'infection à VIH pour les populations clés* de 2014, cette déclaration de bonnes pratiques était formulée ainsi : « Les pays doivent œuvrer à la décriminalisation de comportements tels que la consommation/l'injection de drogues, le travail du sexe, les relations homosexuelles et l'identité sexuelle non conforme au sexe ainsi qu'à l'élimination de l'application injuste de lois et règlements pénalisant les personnes qui consomment/s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transsexuels. »



## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

### Autres déclarations de bonnes pratiques : suppression des lois, politiques et pratiques punitives

**Déclaration de bonnes pratiques existante (adaptée)<sup>6</sup>** Dans les cas où la criminalisation reste en vigueur, les pays doivent travailler à l'élaboration de solutions non privatives de liberté en remplacement de l'incarcération des consommateurs de drogues, des personnes transgenres et de genre variant, des travailleurs du sexe et des personnes ayant des pratiques sexuelles avec des partenaires de même sexe (3, 82, 85).

**Déclaration de bonnes pratiques existante (adaptée)<sup>7</sup>** Les pays doivent interdire le traitement obligatoire<sup>8</sup> pour les populations clés (3, 82, 83, 85, 166).

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les pays doivent travailler à l'élaboration de politiques et de lois qui décriminalisent l'utilisation d'aiguilles et de seringues stériles (et qui autorisent les PAS) et qui légalisent le traitement d'entretien par agonistes opioïdes pour les personnes dépendantes aux opioïdes (3).

**Déclaration de bonnes pratiques existante** La pratique de la police qui vise à utiliser la possession de préservatifs comme preuve qu'une personne s'adonne au travail du sexe et comme motif d'arrestation devrait être éliminée (3, 84).

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les pays doivent travailler à la reconnaissance légale des personnes transgenres et de genre variant (3, 79).

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques actuelles sur le consentement et à envisager leur révision en vue de la réduction des obstacles liés à l'âge concernant l'accès aux services de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite virale, et du renforcement de la capacité des prestataires à agir dans le meilleur intérêt des adolescents (3, 120).

### Déclarations générales de bonnes pratiques et d'orientation : stigmatisation et discrimination

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les pays doivent œuvrer à la mise en œuvre et à l'application de lois antidiscriminatoires et protectrices, fondées sur les normes des droits humains, pour mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence contre les personnes issues des populations clés (3).

<sup>6</sup> Dans les *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés* de 2016, cette déclaration de bonnes pratiques était formulée ainsi : « Les pays devraient travailler au développement d'alternatives communautaires à l'incarcération des consommateurs de drogues, [des] travailleurs(se)s de sexe et [des] personnes ayant des pratiques sexuelles avec des partenaires de même sexe. »

<sup>7</sup> Dans les *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés* de 2016, cette déclaration de bonnes pratiques était formulée ainsi : « Les pays devraient bannir le traitement obligatoire des consommateurs de drogues (par injection). »

<sup>8</sup> Le traitement obligatoire, ou sans consentement, comprend le traitement de l'usage de drogues, la thérapie dite de conversion et la réadaptation des travailleurs du sexe, qui vont à l'encontre des droits humains et du principe de consentement de l'éthique médicale, du droit de ne pas être arrêté arbitrairement, de l'accès à des soins de santé de qualité, du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements cruels, inhumains ou dégradants.





## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les décideurs, les parlementaires et les autres dirigeants de la santé publique doivent travailler en collaboration avec les organisations de la société civile, notamment les organisations dirigées par les populations clés, à surveiller la stigmatisation, à lutter contre la discrimination à l'égard des populations clés et à changer les normes punitives légales et sociales (3, 79, 81, 83-85, 118, 119).

**Déclaration d'orientation existante** Les services de santé doivent être disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés conformément aux principes d'éthique médicale, de refus de la stigmatisation, de non-discrimination et du droit à la santé (3, 79, 81, 83-85, 118-120).

### Autres déclarations de bonnes pratiques : stigmatisation et discrimination

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les agents de santé doivent recevoir une formation périodique appropriée visant à s'assurer qu'ils ont les compétences et la compréhension nécessaires pour fournir des services aux adultes et adolescents des populations clés sur la base du droit de chaque personne à la santé, à la confidentialité et à la non-discrimination (3).

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les services doivent offrir des espaces sûrs, afin d'accroître la protection contre tout effet de la stigmatisation et de la discrimination, dans lesquels les adolescents peuvent exprimer leurs préoccupations en toute liberté et dans lesquels les prestataires de services font preuve de patience, de compréhension, d'acceptation et d'absence de jugement, et connaissent les choix et services disponibles pour les adolescents (120).

### Déclaration générale d'orientation : autonomisation des communautés

**Déclaration d'orientation existante** Les groupes et organisations de populations clés doivent devenir des partenaires essentiels et des leaders en matière de conception, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des services de santé (3).

### Autres déclarations de bonnes pratiques : autonomisation des communautés

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Les programmes doivent mettre en œuvre un ensemble d'interventions visant à améliorer l'autonomisation des communautés au sein des populations clés (3, 79, 84, 85).

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Des programmes doivent être mis en place pour qu'une sensibilisation et des services juridiques soient proposés aux populations clés, et par celles-ci, afin qu'elles connaissent leurs droits et les lois applicables, et qu'elles reçoivent un soutien du système judiciaire lorsqu'elles se sentent lésées (3, 79, 84, 85).

### Déclaration générale de bonnes pratiques : lutte contre la violence

**Déclaration de bonnes pratiques existante** Il convient de prévenir et de lutter contre la violence visant les personnes issues des populations clés en partenariat avec les organisations dirigées par les populations clés. Toutes les violences visant les personnes issues des populations clés doivent être suivies et signalées, et des mécanismes de recours établis pour garantir que justice soit rendue (3, 79, 84, 85, 162).



## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

### Autres déclarations de bonnes pratiques : lutte contre la violence

<b>Déclaration de bonnes pratiques existante</b>	Des services de santé et d'autres services de soutien doivent être fournis à tous les membres des populations clés victimes de violence. Plus particulièrement, les victimes de violence sexuelle doivent avoir accès en temps opportun à des services complets de prise en charge après un viol, conformément aux lignes directrices de l'OMS (3, 162).
<b>Déclaration de bonnes pratiques existante</b>	Les responsables de l'application de la loi et les fournisseurs de soins sociaux et de santé doivent être formés pour reconnaître et protéger les droits humains des populations clés et doivent être tenus responsables s'ils violent ces droits, y compris la perpétration d'actes de violence (3, 79, 84, 85, 162).

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention des IST, de l'infection à VIH et de l'hépatite virale

#### Réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses)

<b>Recommandation GRADE existante</b>	Tous les membres des populations clés qui consomment des drogues par injection doivent avoir accès à du matériel d'injection stérile par le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ( <i>recommandation forte, fiabilité faible des données probantes</i> ) (3, 83, 167).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Il est suggéré que les PAS fournissent également des seringues à faible volume nominal inutilisable, ainsi que des informations sur leur avantage en matière de prévention par rapport aux seringues classiques ( <i>cette recommandation est conditionnée par l'acceptabilité et de la disponibilité des ressources au niveau local</i> ) (168).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	<p>Tous les membres des populations clés dépendants aux opioïdes doivent se voir proposer un traitement d'entretien par agonistes opioïdes<sup>9</sup> conformément aux orientations de l'OMS (<i>recommandation forte, fiabilité faible des données probantes</i>) (3, 83, 169), y compris les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés (170).</p> <p>Des considérations importantes relatives aux traitements d'entretien par agonistes opioïdes, y compris les doses recommandées, l'utilisation durant la grossesse et les interactions médicamenteuses figurent dans les documents suivants (en anglais) :</p> <p><a href="#">Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence</a></p> <p><a href="#">Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy</a></p>

<sup>9</sup> Méthadone ou buprénorphine.



## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention des IST, de l'infection à VIH et de l'hépatite virale (suite)

#### Réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses) (suite)

**Recommandation  
GRADE existante** Les personnes susceptibles d'être témoin d'une surdose d'opioïdes doivent avoir accès à la naloxone et doivent recevoir des instructions sur son utilisation pour la prise en charge en urgence d'une surdose présumée d'opioïdes (*recommandation forte, fiabilité très faible des données probantes*) (27).

Des informations plus détaillées concernant la distribution communautaire de la naloxone pour la prise en charge des surdoses figurent dans les lignes directrices de l'OMS intitulées [Community management of opioid overdose](#) (en anglais).

#### Préservatifs et lubrifiant

**Recommandation  
GRADE existante** L'utilisation systématique et correcte de préservatifs externes et internes avec une quantité suffisante de lubrifiants compatibles avec les préservatifs est recommandée afin de prévenir une transmission sexuelle du VIH, de l'hépatite virale et des IST lors de rapports sexuels anaux ou vaginaux<sup>10</sup> (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*) (3).

#### Prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour le VIH

**Recommandation  
GRADE existante** La PrEP par voie orale (contenant du fumarate de ténofovir disoproxil) doit être offerte comme choix de prévention supplémentaire pour les personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH dans le cadre de stratégies de prévention combinée du VIH (*recommandation forte, fiabilité élevée des données probantes*) (171).

**Recommandation  
GRADE existante** L'anneau vaginal de dapivirine peut être proposé comme choix de prévention supplémentaire pour les femmes cisgenres exposées à un risque important d'infection par le VIH dans le cadre de stratégies de prévention combinée (*recommandation conditionnelle, fiabilité modérée des données probantes*) (171).



#### Nouvelle recommandation GRADE

Le cabotégavir à longue durée d'action peut être proposé comme choix de prévention supplémentaire pour les personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH dans le cadre de stratégies de prévention combinée (*recommandation conditionnelle, fiabilité modérée des données probantes*) (172).

Pour obtenir des orientations détaillées sur la PrEP, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).

Pour obtenir des orientations sur la mise en œuvre, veuillez consulter le document intitulé *Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: Update to WHO implementation guidance* (en anglais).

<sup>10</sup> Le VHC et le VHB peuvent tous deux être transmis par voie sexuelle, bien que la transmission sexuelle du VHC soit rare, car elle nécessite un contact sanguin.



## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention des IST, de l'infection à VIH et de l'hépatite virale (suite)

#### Prophylaxie post-exposition (PPE) pour le VIH et les IST

<b>Déclaration d'orientation existante</b>	La PPE doit être disponible pour toutes les personnes éligibles des populations clés qui souhaitent en bénéficier, après une éventuelle exposition au VIH (3).
<b>Déclaration d'orientation existante</b>	Pour les femmes qui ont été violées, un ensemble d'interventions associant la PPE, la contraception d'urgence et un traitement présomptif des IST est recommandé (173).

Pour obtenir des orientations détaillées sur les schémas thérapeutiques de PPE pour le VIH, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).

Pour obtenir des orientations détaillées sur la PPE pour les adultes qui ont été victimes d'abus sexuels, veuillez consulter les lignes directrices de l'OMS intitulées [Responding to intimate partner violence and sexual violence against women](#) (en anglais).

Pour obtenir des orientations détaillées sur la PPE pour les enfants et les adolescents qui ont été victimes d'abus sexuels, veuillez consulter les lignes directrices de l'OMS intitulées [Responding to children and adolescents who have been sexually abused](#) (en anglais).

#### Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB

<b>Recommandation GRADE existante (adaptée)<sup>11</sup></b>	Un dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (antigène de surface du virus de l'hépatite B, ou AgHBs)* doit être proposé au moins une fois au cours de la grossesse et le plus tôt possible, idéalement lors de la première consultation de soins prénatals ( <i>syphilis : recommandation forte, données probantes de qualité moyenne ; AgHBs* : recommandation forte, données probantes de faible qualité</i> ) (174, 175).
--	---

\* En particulier dans les contextes où la séroprévalence de l'AgHBs est  $\geq 2\%$  dans l'ensemble de la population.

Échéances recommandées pour refaire le test de dépistage du VIH au cours de la grossesse et en post-partum dans les populations clés : début de grossesse (première consultation de soins prénatals) ; fin de grossesse (consultation de soins prénatals au troisième trimestre) ; un dépistage supplémentaire en post-partum (14 semaines, six mois ou neuf mois après l'accouchement) (175).

Voir également le dépistage des IST ci-dessous ; le dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée est recommandé pour toutes les populations clés, y compris durant la grossesse.

<b>Déclaration d'orientation existante</b>	Les doubles tests de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis peuvent servir de premier test dans les stratégies et algorithmes de dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals (176). Un test de détection de l'AgHBs doit être envisagé en complément lorsque les doubles tests sont effectués.
--	---

<sup>11</sup> Les recommandations relatives à la prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB ont été modifiées pour employer une formulation plus inclusive.



## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention des IST, de l'infection à VIH et de l'hépatite virale (suite)

#### Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB (suite)

<b>Déclaration de bonnes pratiques existante (adaptée)<sup>12</sup></b>	Le TARV doit être instauré de toute urgence chez toutes les personnes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, même si elles sont identifiées tard au cours de la grossesse ou après l'accouchement, car le moyen le plus efficace de prévenir la transmission verticale du VIH est de réduire la charge virale maternelle (171).
<b>Recommandation GRADE existante (adaptée)<sup>13</sup></b>	En cas de syphilis précoce au cours de la grossesse, les lignes directrices de l'OMS sur les IST recommandent une seule injection intramusculaire de 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline G plutôt qu'une injection intramusculaire de 1,2 million d'unités de procaine benzylpénicilline une fois par jour pendant 10 jours ( <i>recommandation conditionnelle, fiabilité très faible des données probantes</i> ) (177).
<b>Recommandation GRADE existante (adaptée)<sup>14</sup></b>	L'OMS recommande que les personnes dont le test de dépistage de l'infection par le VHB est positif (porteuses de l'AghBs) et qui présentent une concentration d'ADN du VHB $\geq 5,3 \log_{10}$ UI/ml ( $\geq 200\,000$ UI/ml) pendant la grossesse reçoivent une prophylaxie par le ténofovir à partir de la 28 <sup>e</sup> semaine de grossesse jusqu'à la naissance au moins, afin de prévenir la transmission verticale du VHB. Cela s'ajoute à la vaccination contre l'hépatite B en trois doses chez tous les nourrissons, dont une dose de naissance administrée en temps opportun ( <i>recommandation conditionnelle, fiabilité modérée des données probantes</i> ) (178).
<b>Recommandation GRADE existante (adaptée)<sup>15</sup></b>	Dans les contextes où les tests prénatals de détection de l'ADN du VHB ne sont pas disponibles, l'OMS recommande de recourir au test de détection de l'antigène e de l'hépatite B (AghBe) comme autre moyen de déterminer l'admissibilité à la prophylaxie par le ténofovir pour prévenir la transmission verticale du VHB ( <i>recommandation conditionnelle, fiabilité modérée des données probantes</i> ) (178).
	Veuillez consulter également le document : <a href="#">WHO technical brief: preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP</a> (en anglais).

#### Vaccination contre l'hépatite B

<b>Position de l'OMS existante</b>	L'OMS recommande la vaccination anti-hépatite B des personnes exposées à un risque élevé d'infection par le VHB <sup>16</sup> .  Pour de plus amples détails, veuillez consulter <a href="#">Vaccins anti-hépatite B : note de synthèse de l'OMS – juillet 2017</a> .
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Il est suggéré de proposer aux consommateurs de drogues injectables le schéma vaccinal accéléré contre l'hépatite B <sup>17</sup> ( <i>recommandation conditionnelle, fiabilité très faible des données probantes</i> ) (168).

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Les recommandations relatives à la prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB ont été modifiées pour employer une formulation plus inclusive.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Y compris les populations clés, les personnes atteintes d'une maladie hépatique chronique, y compris celles atteintes d'hépatite C, les personnes infectées par le VIH et les contacts sexuels des porteurs d'une infection chronique par le VHB, ainsi que les agents de santé et d'autres personnes susceptibles d'être exposées à du sang, à des produits sanguins ou à d'autres liquides biologiques potentiellement infectieux.

<sup>17</sup> Bien que cette recommandation ne s'applique qu'aux consommateurs de drogues injectables, cette approche pourrait être appropriée pour toutes les populations clés recevant la vaccination contre le VHB.



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention des IST, de l'infection à VIH et de l'hépatite virale (suite)

#### Mesures liées au chemsex



#### Nouvelle déclaration de bonnes pratiques

La mise en place de mesures liées au chemsex\*, en particulier pour les populations clés et leurs partenaires sexuels, nécessite une approche globale, sans jugement et centrée sur la personne. Cela peut inclure des services intégrés de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, d'accès à des aiguilles et des seringues stériles, et de traitement d'entretien par agonistes opioïdes, en lien avec d'autres interventions de prévention, de diagnostic et de traitement fondées sur des données probantes.

\* Chemsex, aux fins des présentes lignes directrices, désigne le fait que des personnes se livrent à une activité sexuelle, en prenant principalement des stimulants, généralement avec plusieurs participants et sur une longue durée.

Le [chapitre 9](#) fournit des informations plus détaillées concernant les données probantes, la prise de décision, les considérations relatives à la mise en œuvre et les lacunes en matière de recherche en lien avec cette nouvelle recommandation.

#### Diagnostic

#### Services de dépistage du VIH

##### Déclaration d'orientation existante

Dans les contextes à forte et à faible charges de morbidité due au VIH, il faut offrir des services de dépistage du VIH à toutes les populations clés et à leurs partenaires dans tous les services, car ils permettent d'identifier de façon efficace et pertinente les personnes vivant avec le VIH (175).

##### Déclaration d'orientation existante

Il est recommandé de donner à toutes les personnes issues des populations clés la possibilité de refaire le test au moins une fois par an. En fonction des comportements à risque individuels, un renouvellement plus fréquent du dépistage volontaire peut être proposé (175).

La modélisation mathématique réalisée chez les populations clés au Viet Nam montre que le renouvellement du dépistage est rentable pour ces populations. Le dépistage semestriel pour les populations clés peut être envisagé dans des contextes similaires, et devrait donner la priorité aux personnes à très haut risque (179).

##### Recommandation GRADE existante

Il est recommandé d'offrir aux populations clés des services communautaires de dépistage du VIH connectés aux services de prévention, de traitement et de soins, en plus d'offrir de manière systématique des services de dépistage du VIH dans les établissements de santé dans tous les contextes (*recommandation forte, fiabilité faible des données probantes*) (175).

##### Recommandation GRADE existante

Les prestataires non professionnels formés peuvent, au moyen de tests de diagnostic rapide, assurer indépendamment des services de dépistage du VIH sûrs et efficaces (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*) (175).





## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Diagnostic (suite)

#### Services de dépistage du VIH (suite)

##### Recommandation GRADE existante

Un autodépistage du VIH doit être proposé dans le cadre des services de dépistage du VIH (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*) (175).

*Veillez noter que l'autodépistage désigne un processus par lequel une personne effectue un test sur elle-même en privé ou sous l'observation d'un professionnel si elle le souhaite. Ce processus doit être volontaire et ne peut être forcé ou contraint par quiconque. Il est important de noter que les personnes qui ont procédé à un autodépistage ne doivent pas être forcées à divulguer les résultats du test à qui que ce soit, et ne doivent le faire que si elles le souhaitent.*

##### Recommandation GRADE existante

Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux peuvent servir de stratégie de dépistage du VIH dans les populations clés, dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de prévention (*recommandation conditionnelle, fiabilité très faible des données probantes*) (175).

##### Recommandation GRADE existante

Dans le cadre d'un ensemble complet de services de soins et de dépistage offerts sur une base volontaire, il faut offrir un service de notification par le prestataire à toutes les personnes vivant avec le VIH (y compris les populations clés) (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*) (175).

*Veillez noter que, pour les travailleurs du sexe en particulier, les risques associés à la divulgation d'un diagnostic d'infection à VIH à des clients ou à des partenaires réguliers doivent être soigneusement examinés, et cette divulgation doit toujours être volontaire. Les personnes victimes de violence exercée par le partenaire intime, ou d'autres formes de violence, ont besoin d'une évaluation, de soutien, de documentation, du traitement de toute blessure et d'une orientation vers les services appropriés (162).*

##### Déclaration d'orientation existante

L'utilisation des doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis peut être envisagée chez les populations clés, et peut accroître l'accès aux services de dépistage du VIH et de la syphilis (181).

Des tests complémentaires pour confirmer le diagnostic de syphilis ou l'offre de traitement sont effectués en fonction du contexte épidémiologique local, des traitements précédents, des ressources disponibles et de la capacité à réaliser des tests de confirmation, ainsi que des protocoles nationaux.

La modélisation mathématique effectuée chez les populations clés au Viet Nam montre que l'utilisation du double TDR VIH/syphilis permet de réaliser des économies par rapport aux tests de dépistage distincts du VIH et de la syphilis en prenant en compte la couverture actuelle (179).

Pour obtenir des orientations détaillées sur le dépistage du VIH, veuillez consulter les [Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH](#).



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Diagnostic (suite)

#### Dépistage des IST

<b>Déclaration d'orientation existante</b>	Le dépistage et le diagnostic des IST pour les populations clés sont un élément essentiel de la riposte globale au VIH et aux IST (3).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres et de genre variant, il est suggéré de proposer un dépistage périodique par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) à la recherche des infections urétrales et rectales asymptomatiques à <i>N. gonorrhoeae</i> et à <i>C. trachomatis</i> , plutôt que de ne pas proposer ce type de dépistage ( <i>recommandation conditionnelle, fiabilité faible des données probantes</i> ) (79).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres et de genre variant, il est fortement recommandé de proposer un dépistage sérologique périodique de la syphilis asymptomatique, plutôt que de ne pas proposer ce type de dépistage ( <i>recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes</i> ) (79).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	L'OMS suggère de proposer aux travailleurs du sexe un dépistage périodique des infections sexuellement transmissibles* asymptomatiques ( <i>recommandation conditionnelle, fiabilité faible des données probantes</i> ) (84). * Chlamydie, gonorrhée et syphilis
<b>Recommandation GRADE existante</b>	L'autoprélèvement d'échantillons pour la détection de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et <i>Chlamydia trachomatis</i> doit être proposé en tant qu'approche supplémentaire pour fournir des services de dépistage des IST ( <i>recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes</i> ) (182).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Pour les personnes présentant les symptômes suivants : 1) écoulement urétral par le pénis ou 2) écoulement anorectal et signalement de rapports sexuels anaux passifs, il est recommandé que la prise en charge soit fondée sur les résultats de tests moléculaires de qualité garantie. Cependant, dans les contextes dans lesquels les capacités de laboratoire ou les tests moléculaires sont limités ou inexistant, l'OMS recommande un traitement syndromique qui permet la mise en place du traitement le jour même de la consultation ( <i>recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes</i> ) (183).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Pour les personnes qui présentent des ulcérations génitales (y compris des ulcérations anorectales), l'OMS recommande un traitement établi d'après des tests moléculaires de qualité garantie de l'ulcération. Cependant, dans les contextes dans lesquels les capacités de laboratoire ou les tests moléculaires sont limités ou inexistant, l'OMS recommande un traitement syndromique qui permet la mise en place du traitement le jour même de la consultation ( <i>recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes</i> ) (183).
	Pour obtenir des orientations détaillées sur le dépistage et le diagnostic de différentes IST, veuillez consulter les documents suivants (en anglais) : <a href="#">Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections</a> <a href="#">WHO guidelines for the treatment of <i>Neisseria gonorrhoeae</i></a> <a href="#">WHO guidelines for the treatment of <i>Treponema pallidum</i> (syphilis)</a> <a href="#">WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women</a> <a href="#">WHO guidelines for the treatment of <i>Chlamydia trachomatis</i></a> <a href="#">WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus</a>



## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Diagnostic (suite)

#### Dépistage de l'hépatite C

##### Recommandation GRADE existante

Dans tous les contextes (et qu'il s'agisse d'un dépistage réalisé dans un établissement de santé, par des services communautaires, ou d'un autodépistage), il est recommandé que le dépistage sérologique de détection des anticorps anti-VHC soit proposé aux personnes suivantes, en lien avec les services de prévention, de confirmation du diagnostic, de prise en charge et de traitement (184) :

- les adultes et les adolescents des populations les plus touchées par l'infection par le VHC (c.-à-d. qui font partie d'une population où la séroprévalence du VHC est élevée ou qui ont des antécédents d'exposition et/ou de comportements à haut risque pour l'infection par le VHC)<sup>18</sup> ;
- les adultes, les adolescents et les enfants en cas de suspicion clinique d'hépatite C chronique (c.-à-d. symptômes, signes, marqueurs biologiques).

(recommandation forte, fiabilité faible des données probantes)

Pour obtenir des orientations détaillées sur le dépistage du VHC : modalités de dépistage, comment confirmer l'infection virémique par le VHC et quels tests utiliser, veuillez consulter le document intitulé [WHO guidelines on hepatitis B and C testing](#) (en anglais).



##### Nouvelle recommandation GRADE

Les personnes exposées à des risques continus et ayant des antécédents de clairance spontanée ou induite par le traitement de l'infection par le VHC peuvent se voir proposer un dépistage de la présence d'une virémie du VHC tous les trois à six mois (recommandation conditionnelle, fiabilité très faible des données probantes).

Remarques :

- Le dépistage doit être volontaire et ne doit pas être utilisé pour stigmatiser davantage les populations exposées à des risques continus.
- Le dépistage doit être proposé parallèlement à des services de prévention primaire fondés sur des données probantes et qui réduisent les risques de transmission, et en association à un accès au traitement et à l'établissement de liens appropriés en la matière.
- Pour détecter la présence d'une infection virémique, il est possible d'utiliser des tests de dépistage des acides nucléiques (TAN) quantitatifs ou qualitatifs pour la détection de l'ARN du VHC, ou un test de détection de l'antigène de capsid du VHC.

Le [chapitre 9](#) fournit des informations plus détaillées concernant les données probantes, la prise de décision, les considérations relatives à la mise en œuvre et les lacunes en matière de recherche en lien avec cette nouvelle recommandation.

##### Recommandation GRADE existante

L'autodépistage du VHC doit être proposé comme une approche complémentaire aux services de dépistage du VHC (recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes) (185).

<sup>18</sup> Comprend les personnes qui font partie d'une population où la séroprévalence est plus élevée (p. ex. certaines populations mobiles ou migrantes provenant de pays d'endémie élevée ou intermédiaire et certaines populations autochtones) ou qui ont des antécédents d'exposition ou de comportements à haut risque pour l'infection par le VHC (p. ex. consommateurs de drogues injectables, personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleurs du sexe, personnes infectées par le VIH, enfants de mères atteintes d'une infection chronique par le VHC, en particulier en cas de co-infection à VIH).



## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Diagnostic (suite)

#### Dépistage de l'hépatite B

##### Recommandation GRADE existante

Dans tous les contextes (et qu'il s'agisse d'un dépistage réalisé dans un établissement de santé ou par des services communautaires), il est recommandé que le dépistage sérologique de détection de l'AgHBs soit proposé aux personnes suivantes, en lien avec les services de prévention, de prise en charge et de traitement (184) :

- les adultes et les adolescents des populations les plus touchées par l'infection par le VHB (c.-à-d. qui font partie d'une population où la séroprévalence du VHB est élevée ou qui ont des antécédents d'exposition et/ou de comportements à haut risque pour l'infection par le VHB) ;
- les adultes, les adolescents et les enfants en cas de suspicion clinique d'hépatite virale chronique (c.-à-d. symptômes, signes, marqueurs biologiques) ;
- toutes les femmes enceintes (au moins une fois et le plus tôt possible, idéalement lors de la première consultation de soins prénatals) ;
- les partenaires sexuels, les enfants et les autres membres de la famille, et les contacts proches au sein du foyer des personnes infectées par le VHB.

(recommandation forte, fiabilité faible des données probantes)

Pour obtenir des orientations détaillées sur le dépistage et le diagnostic du VHB, veuillez consulter le document intitulé [WHO guidelines on hepatitis B and C testing](#) (en anglais).

### Traitement

#### Traitement de l'infection à VIH

##### Recommandation GRADE existante

Le TARV doit être instauré chez tous les adultes vivant avec le VIH, quel que soit le stade clinique de l'OMS et quel que soit le nombre de cellules CD4 (recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes) (171).

Pour obtenir des orientations détaillées sur le traitement de l'infection à VIH, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).

Pour plus de détails sur la prestation de services différenciée pour le TARV, veuillez consulter également le [chapitre](#) consacré à la prestation de services.



##### Nouvelle déclaration d'orientation

Un TARV permettant la suppression de la charge virale prévient la transmission du VIH aux partenaires sexuels : il n'y a pas de transmission lorsque la charge virale est indétectable ou supprimée (inférieure ou égale à 1000 copies/ml) (186–188).



## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Traitement (suite)

#### Tuberculose associée à une infection à VIH

<b>Recommandation GRADE existante</b>	Les personnes vivant avec le VIH doivent faire l'objet d'un dépistage systématique de la tuberculose-maladie à chacune de leurs visites dans un centre de santé ( <i>recommandation forte, fiabilité très faible des données probantes</i> ) (189).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Le TARV doit être instauré le plus tôt possible au cours des deux semaines suivant le début du traitement antituberculeux, quel que soit le nombre de cellules CD4, chez les personnes vivant avec le VIH* ( <i>recommandation forte, fiabilité faible à modérée des données probantes pour les adultes et les adolescents, fiabilité très faible des données probantes pour les enfants</i> ).  * Sauf en présence de signes et symptômes de méningite.
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Le TARV est recommandé pour tous les patients vivant avec le VIH et atteints d'une tuberculose pharmacorésistante nécessitant des antituberculeux de deuxième intention, quel que soit le nombre de cellules CD4, le plus tôt possible (dans les huit premières semaines) après le début du traitement antituberculeux ( <i>recommandation forte, fiabilité très faible des données probantes</i> ).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH et pour lesquels une tuberculose active est peu probable doivent recevoir un traitement préventif de la tuberculose dans le cadre d'un ensemble complet de soins de l'infection à VIH. Un traitement doit aussi être administré aux patients recevant un TARV, aux femmes enceintes et aux personnes qui ont reçu auparavant un traitement antituberculeux, indépendamment de leur degré d'immunosuppression et même si aucun test de dépistage d'une infection tuberculeuse n'est disponible ( <i>recommandation forte, fiabilité élevée des données probantes</i> ) (192).
<b>Recommandation GRADE existante</b>	Une prophylaxie au cotrimoxazole systématique doit être administrée à toutes les personnes vivant avec le VIH et atteintes de tuberculose active, quel que soit leur nombre de cellules CD4 ( <i>recommandation forte, fiabilité élevée des données probantes</i> ) (190).

Pour obtenir des orientations détaillées sur la tuberculose et le VIH, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).

Les lignes directrices de l'OMS sur la tuberculose peuvent être consultées [ici](#).





## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Traitement (suite)

#### Traitement des IST

Les IST touchent de manière disproportionnée les populations clés et doivent être diagnostiquées et traitées en temps opportun conformément aux lignes directrices de l'OMS.

Pour obtenir des orientations détaillées sur le traitement de différentes IST, veuillez consulter les documents suivants (en anglais) :

[Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections](#)

[WHO guidelines for the treatment of \*Neisseria gonorrhoeae\*](#)

[WHO guidelines for the treatment of \*Treponema pallidum\* \(syphilis\)](#)

[WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women](#)

[WHO guidelines for the treatment of \*Chlamydia trachomatis\*](#)

[WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus](#)

#### Traitement de l'infection par le VHC

##### Recommandation GRADE existante

L'OMS recommande de proposer un traitement à toutes les personnes âgées de 12 ans ou plus chez lesquelles une infection par le VHC a été diagnostiquée, quel qu'en soit le stade (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*) (193).

##### Recommandation GRADE existante

L'OMS recommande un traitement par antiviraux à action directe (AAD) pangénotypiques pour l'ensemble des adultes, adolescents et enfants à partir de l'âge de trois ans atteints d'hépatite C chronique, quel que soit le stade de la maladie.

Adultes (18 ans et plus) : (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*).

Adolescents (de 12 à 17 ans) : (*recommandation forte, fiabilité modérée à faible des données probantes*).

Pour obtenir des orientations détaillées sur le traitement de l'infection par le VHC, veuillez consulter les documents suivants (en anglais) :

[Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection](#)

[Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics](#)



## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Traitement (suite)

#### Traitement de l'infection par le VHC



#### Nouvelle recommandation GRADE

Un traitement contre le VHC par ADD pangénotypiques doit être proposé sans délai aux personnes ayant contracté récemment l'infection par le VHC et exposées à des risques continus (*recommandation forte, fiabilité très faible des données probantes*).

Remarques :

- Les personnes ayant contracté récemment l'infection doivent avoir la possibilité de faire un choix éclairé entre l'instauration immédiate du traitement et le report du début du traitement.
- Le traitement de l'infection contractée récemment doit être proposé parallèlement à d'autres interventions fondées sur des données probantes visant à réduire le risque d'infection par le VHC et à des services de prévention primaire.

Le [chapitre 9](#) fournit des informations plus détaillées concernant les données probantes, la prise de décision, les considérations relatives à la mise en œuvre et les lacunes en matière de recherche en lien avec cette nouvelle recommandation.

#### Traitement de l'infection par le VHB

#### Recommandation GRADE existante

Prioritairement, tous les adultes, adolescents et enfants atteints d'hépatite B chronique et présentant des signes cliniques de cirrhose compensée ou décompensée (ou de cirrhose d'après le score APRI > 2 chez les adultes) doivent être traités, indépendamment du taux d'ALAT, du statut AgHBe, ou du taux d'ADN du VHB (194) (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*).

#### Recommandation GRADE existante

Le traitement est recommandé pour les adultes atteints d'hépatite B chronique, ne présentant pas de signes cliniques de cirrhose (ou d'après le score APRI ≤ 2 chez les adultes), mais âgés de plus de 30 ans (spécifiquement), et présentant des taux d'ALAT anormaux persistants et des signes de répllication de niveau élevé du VHB (ADN du VHB > 20 000 UI/ml), indépendamment du statut AgHBe (194) (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*).

#### Recommandation GRADE existante

Lorsque l'ADN du VHB n'est pas disponible : le traitement peut être considéré uniquement sur la base de taux d'ALAT anormaux persistants, indépendamment du statut AgHBe (194) (*recommandation conditionnelle, fiabilité faible des données probantes*).

Pour obtenir des orientations détaillées sur le traitement de l'infection par le VHB, veuillez consulter les [Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique](#).



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

### Santé de la région anale



#### Nouvelle déclaration d'orientation

L'OMS n'a pas formulé de recommandations spécifiques sur la santé de la région anale ou le cancer anal, mais les personnes infectées par le VIH présentent au moins 20 fois plus de risques de recevoir un diagnostic de cancer anal que les personnes non infectées (195). Comme le cancer du col de l'utérus, le cancer anal est associé au papillomavirus humain (HPV) et le HPV est évitable par la vaccination pour tous<sup>19</sup>.

Le dépistage cytologique peut être effectué pour le cancer anal et ses stades précurseurs, connus sous le nom de lésions malpighiennes intraépithéliales anales de haut grade, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et de genre variant et d'autres personnes plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels anaux.

### Soins associés à la conception et à la grossesse

#### Déclaration d'orientation existante (adaptée)<sup>20</sup>

Il est important que tous les membres des groupes de populations clés bénéficient du même soutien et du même accès aux services liés aux soins associés à la conception et à la grossesse que les personnes enceintes qui ne sont pas membres des groupes de populations clés, comme indiqué dans les lignes directrices de l'OMS (3).

L'OMS dispose de nombreuses lignes directrices concernant la conception et la grossesse. Veuillez consulter la [page Web de l'OMS consacrée à la santé maternelle](#).

Pour des recommandations spécifiques relatives à la grossesse et au VIH, veuillez consulter les [Lignes directrices unifiées relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de reproduction des femmes vivant avec le VIH](#).

### Contraception

L'OMS n'a pas formulé de recommandation générale relative à la contraception pour les populations clés, mais publie des critères de recevabilité médicale en matière de méthodes contraceptives, qui fournissent des orientations en ce qui concerne l'utilisation sans risque de diverses méthodes contraceptives au regard de certaines pathologies et caractéristiques (197).

#### Déclaration d'orientation existante

Toutes les méthodes contraceptives hormonales et les dispositifs intra-utérins (DIU) entrent à présent dans la catégorie 1 des critères de recevabilité médicale en matière de méthodes contraceptives pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH. Ainsi, les femmes présentant un risque élevé de contracter le VIH peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception sans restriction.

<sup>19</sup> L'atteinte d'une couverture vaccinale élevée contre le HPV chez les filles (> 80 %) réduit le risque d'infection par le HPV chez les garçons. La vaccination des populations cibles secondaires, notamment des femmes et des filles de ≥ 15 ans et des sujets de sexe masculin, n'est recommandée que si elle est réalisable, financièrement abordable et d'un bon rapport coût/efficacité et si elle ne détourne pas les ressources nécessaires à la vaccination de la population cible principale ou à des programmes efficaces de dépistage du cancer du col utérin (196).

<sup>20</sup> Cette déclaration d'orientation a été modifiée pour employer une formulation plus inclusive.



## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

### Contraception (suite)

Pour obtenir des orientations détaillées sur la contraception, veuillez consulter les documents suivants :

[Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives](#)

[Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives](#)

[Contraceptifs appropriés pour les femmes à risque élevé d'infection par le VIH](#)

Pour plus de détails sur l'intégration des services liés au VIH, à la planification familiale et aux IST, veuillez consulter également le [chapitre consacré à la prestation de services](#).

### Soins d'affirmation de genre<sup>21</sup>

#### Déclaration d'orientation existante

Les personnes transgenres et de genre variant qui s'auto-administrent des hormones d'affirmation de genre doivent avoir accès à des informations fondées sur des données probantes, à des produits de qualité et à du matériel d'injection stérile (182).

Les principes de l'égalité des genres et des droits humains dans la fourniture d'hormones d'affirmation de genre de qualité sont essentiels pour élargir l'accès à cette intervention importante et réduire la discrimination fondée sur l'identité de genre (182).

### Santé mentale

#### Déclaration d'orientation existante

Le dépistage systématique et la prise en charge des problèmes de santé mentale (en particulier la dépression et le stress psychosocial) doivent être proposés aux membres des populations clés, conformément aux principes de consentement, de confidentialité et de qualité fondée sur des données probantes (3).

L'OMS n'a pas formulé de recommandations générales relatives à la prévention ou au traitement des problèmes de santé mentale pour les populations clés. Au lieu de cela, des questions et des recommandations spécifiques en matière de santé mentale ainsi qu'un guide pratique sur la prise en charge des problèmes de santé mentale dans les structures de soins non spécialisés sont fournis par le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) :

[Centre de ressources mhGAP](#) (en anglais)

[Guide d'intervention mhGAP](#)

<sup>21</sup> Les lignes directrices de l'OMS sur les services de santé destinés aux personnes transgenres et de genre variant sont en cours d'élaboration au moment de la rédaction du présent rapport. Elles devraient être disponibles en 2023.



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

### Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus

#### Position de l'OMS existante

L'OMS préconise que tous les pays procèdent à l'introduction de la vaccination anti-HPV à l'échelle nationale.

Pour la prévention du cancer du col, l'OMS recommande que la vaccination anti-HPV cible principalement les filles de 9 à 14 ans, avant le début de l'activité sexuelle. Les stratégies de vaccination devront se fixer pour premier objectif de parvenir à une forte couverture dans cette population prioritaire (196).

#### Recommandation GRADE existante

L'autoprélèvement pour le dépistage du HPV doit être proposé comme approche supplémentaire au prélèvement dans les services de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les personnes âgées de 30 à 60 ans (*recommandation forte, fiabilité modérée des données probantes*) (182).

#### Déclaration d'orientation existante

Toutes les personnes ayant un appareil reproducteur féminin sont exposées au risque de cancer du col de l'utérus. Les recommandations pour la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus figurent dans le document intitulé *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention* (en anglais), qui comprend 16 recommandations et déclarations de bonnes pratiques nouvelles et actualisées pour les femmes vivant avec le VIH (198, 199).

Pour obtenir des orientations détaillées sur la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, veuillez consulter les documents suivants (en anglais) :

[WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention](#)

[New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV](#)

### Avortement sécurisé

#### Déclaration d'orientation existante

Les lois et services relatifs à l'avortement doivent protéger la santé et les droits humains de toutes les femmes, y compris de celles des populations clés (3).

#### Recommandation GRADE existante

L'OMS recommande la dépénalisation complète de l'avortement ; déconseille les lois et autres réglementations qui restreignent l'avortement quant au motif ; recommande que l'avortement soit disponible à la demande de la femme, de la fille ou de toute autre personne enceinte ; et déconseille les lois et autres réglementations interdisant l'avortement en fonction des limites d'âge gestationnel (*recommandations fortes*) (200).

Pour obtenir des orientations détaillées sur l'avortement sécurisé, veuillez consulter les [Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement](#).





## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

### Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives

#### Recommandation GRADE existante (adaptée)<sup>22</sup>

Toutes les personnes issues des populations clés ayant une consommation dangereuse et nocive de l'alcool ou d'autres substances psychoactives doivent avoir accès à des interventions fondées sur des données probantes, y compris de brèves interventions psychosociales comprenant une évaluation, une rétroaction et des conseils spécifiques (*recommandation conditionnelle, fiabilité très faible des données probantes*) (3, 201, 202).

Pour plus de détails sur les interventions recommandées et fondées sur des données probantes pour le dépistage et le traitement de la consommation dangereuse et nocive de drogues et d'alcool, veuillez consulter les ressources suivantes :

[Centre de ressources mhGAP](#) (en anglais)

[Guide d'intervention mhGAP](#)

[The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test \(ASSIST\)](#) (en anglais)

[Normes internationales pour le traitement des troubles liés à la consommation de drogues](#)

### Prévention, dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose

#### Recommandation GRADE existante

Un dépistage systématique de la tuberculose-maladie doit être effectué dans les prisons et les établissements pénitentiaires (*recommandation forte, fiabilité très faible des données probantes*) (189).

#### Recommandation GRADE existante

Le dépistage systématique de la tuberculose-maladie peut être réalisé dans les sous-populations présentant des facteurs de risque structurels de tuberculose. Cela comprend les communautés urbaines pauvres, les sans-abri, les communautés vivant dans des zones éloignées ou isolées, les populations autochtones, les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et d'autres groupes vulnérables ou marginalisés ayant un accès limité aux soins de santé (*recommandation conditionnelle, fiabilité très faible des données probantes*) (189).

#### Recommandation GRADE existante

Des tests de recherche et traitements systématiques de l'infection tuberculeuse peuvent être envisagés pour les personnes incarcérées, les agents de santé, les immigrants originaires de pays où la charge de la tuberculose est élevée, les sans-abri et les consommateurs de drogues (*recommandation conditionnelle, certitude faible à très faible quant aux estimations de l'effet*) (192).

<sup>22</sup> Initialement, cette recommandation était formulée ainsi : « Toutes les personnes faisant partie des populations clés et qui utilisent l'alcool ou d'autres substances de manière nocive doivent avoir accès à des interventions fondées sur des bases factuelles, y compris de brèves interventions psychosociales comprenant une évaluation, un retour et des conseils spécifiques. »



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

### Prévention, dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose

#### Recommandation GRADE existante

Dans les milieux où la prévalence de la tuberculose dans la population générale est supérieure ou égale à 100/100 000 habitants, un dépistage systématique de la tuberculose peut être effectué chez les personnes présentant un facteur de risque de tuberculose\* qui viennent pour des soins de santé ou sont déjà prises en charge (*recommandation conditionnelle, fiabilité très faible des données probantes*) (189).

\* Les troubles liés à l'usage de substances et à la consommation d'alcool sont considérés comme des facteurs de risque.

Des orientations supplémentaires sur la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont disponibles dans les documents suivants :

[WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment](#) (en anglais)

[Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la tuberculose : module 2 : dépistage : dépistage systématique de la tuberculose](#)

[WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 3: diagnosis: rapid diagnostics for tuberculosis detection](#) (en anglais)

[Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la tuberculose : module 4 : traitement : traitement de la tuberculose pharmacorésistante](#)

## Interventions de soutien

Les interventions comportementales, l'offre de conseils, la création de la demande, l'information et l'éducation sont autant d'éléments qui peuvent appuyer les interventions énumérées ci-dessus. Lors de l'élaboration des présentes lignes directrices, nous n'avons pas trouvé de données probantes à l'appui de l'efficacité des interventions comportementales de conseil visant à modifier les comportements à risque (voir ci-dessous).

Bien que nous n'ayons pas examiné de données probantes relatives à d'autres types d'interventions comportementales ou de soutien, et qu'il existe peu d'orientations de l'OMS sur ces interventions, elles peuvent être utiles en fonction du contexte et de la population. Il s'agit notamment des interventions suivantes :

- information et éducation visant à aider les populations clés à comprendre leur santé, les risques pour la santé, les services disponibles et leurs droits légaux ;
- interventions visant à accroître la demande (création de la demande) de services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST fondés sur des données probantes ;
- accompagnement de soutien qui ne vise pas à modifier les comportements ;
- services de conseil pour les problèmes de santé mentale.

En général, les obstacles structurels décrits dans le [chapitre](#) précédent rendent difficiles le changement des comportements et l'amélioration du recours aux services et de la continuité de ceux-ci pour les populations clés, et il convient de les éliminer en priorité.



## Interventions de soutien

### Interventions comportementales



#### Nouvelle déclaration de bonnes pratiques

Lors de la planification et de la mise en œuvre d'une riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST, les décideurs et les prestataires doivent avoir à l'esprit qu'il n'a pas été démontré que les interventions comportementales de conseil qui visent à modifier les comportements afin de réduire les risques associés à ces infections pour les populations clés avaient un effet sur l'incidence de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST ou sur les comportements à risque tels qu'une mauvaise utilisation du préservatif et le partage de seringues. Le conseil et le partage d'informations, qui ne visent pas à changer les comportements, peuvent être un élément central de l'action auprès des populations clés et, lorsqu'ils sont proposés, cela doit être fait sans porter de jugement, parallèlement à d'autres interventions de prévention et avec la participation des pairs.

Remarques :

- Il est essentiel d'éliminer les obstacles structurels et sociaux pour créer des environnements qui permettent des interventions de conseil qui offrent un soutien et qui ont un impact important.
- Les interventions de conseil qui encouragent l'abstinence de la consommation de drogues, la réadaptation ou l'arrêt du travail du sexe ou de la consommation de drogues, et un prétendu remède contre l'homosexualité ou l'incongruence de genre (par exemple, la thérapie dite de conversion)\* ne sont pas recommandés et créent des obstacles à l'accès aux services pour les populations clés.

\* Le traitement obligatoire, ou sans consentement, de la dépendance aux drogues, la thérapie dite de conversion et la réadaptation des travailleurs du sexe vont à l'encontre des droits humains et du principe de consentement de l'éthique médicale, du droit de ne pas être arrêté arbitrairement, de l'accès à des soins de santé de qualité, du droit de ne pas être soumis à la torture ni à des traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Le [chapitre 9](#) fournit des informations plus détaillées concernant les données probantes, la prise de décision, les considérations relatives à la mise en œuvre et les lacunes en matière de recherche en lien avec cette nouvelle déclaration de bonnes pratiques.



---

# CHAPITRE 5

Ensembles d'interventions  
par population clé







## Introduction

Ce chapitre présente les interventions recommandées ci-dessus en les regroupant en différents ensembles spécifiques à chaque population clé. Il convient de noter qu'il existe de nombreux recoupements entre les populations clés, par exemple, les travailleurs du sexe qui consomment des drogues injectables, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vendent des services sexuels ; pour ces personnes, des interventions complémentaires à celles présentées ci-dessous peuvent être nécessaires. Des soins centrés sur la personne consistent à évaluer les besoins de chaque personne en matière de santé et à fournir des interventions fondées sur des données probantes de manière intégrée et accessible. Les tableaux ci-dessous présentant les différents ensembles d'interventions sont fournis à titre indicatif uniquement.

## Travailleurs du sexe

### Contexte

Les travailleurs du sexe comprennent des femmes, des hommes, des personnes transgenres et de genre variant qui sont adultes (âgés de 18 ans et plus) et qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement. Le travail du sexe consiste en un rapport sexuel consenti entre adultes ; il peut prendre de nombreuses formes et varie entre les pays et les communautés, et au sein de ceux-ci. Le travail du sexe varie également en fonction de son degré de « formalité » ou d'organisation (3, 84). Il est de plus en plus fréquent que les travailleurs du sexe entrent et restent en contact avec leurs clients en ligne.

Selon la définition de la Convention relative aux droits de l'enfant, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui se livrent à des actes sexuels en échange d'argent, de biens ou de faveurs sont « exploités sexuellement » et ne sont pas définis comme des travailleurs du sexe (203, 204). (Voir le [chapitre 7](#) consacré aux jeunes populations clés.)

Dans de nombreux endroits, les travailleurs du sexe sont très vulnérables au VIH et aux IST en raison de multiples facteurs, notamment le grand nombre de partenaires sexuels, les conditions de travail dangereuses, les obstacles à la négociation d'une utilisation systématique du préservatif et des déterminants sociaux croisés d'une mauvaise santé. Ils incluent notamment l'absence de protection sociale et de logement, l'insécurité alimentaire, des possibilités d'éducation restreintes et le handicap. En outre, les travailleurs du sexe ont souvent une maîtrise réduite de ces facteurs en raison d'obstacles structurels qui augmentent leurs risques de rapports sexuels non protégés et réduisent l'accès aux services de santé (voir le [chapitre consacré aux catalyseurs essentiels](#)). En particulier, les travailleurs du sexe peuvent être harcelés par les responsables de l'application des lois, ce qui inclut la pratique de certains agents qui confisquent des préservatifs et des téléphones portables et les utilisent à titre de preuve du travail du sexe ; ils peuvent être victimes de violence de la part de responsables de l'application des lois, de clients et de partenaires intimes ; et ils peuvent faire l'objet de stigmatisation et de discrimination dans le secteur de la santé et dans d'autres milieux. En conséquence, les travailleurs du sexe sont touchés de manière disproportionnée par le VIH et les IST. Pour obtenir les données les plus récentes sur l'infection à VIH, la syphilis et les travailleurs du sexe, veuillez consulter l'Atlas des populations clés ([Key Population Atlas](#)) de l'ONUSIDA.

L'ensemble d'interventions recommandé pour les travailleurs du sexe comprend des interventions créant un environnement favorable, qui doivent être mises en œuvre en priorité, y compris la dépénalisation du travail du sexe (c'est-à-dire l'élimination de toutes les infractions pour lesquelles les travailleurs du sexe, les clients et des tiers sont sanctionnés). L'élimination de ces obstacles permettrait non seulement d'assurer le respect des droits humains des travailleurs du sexe, mais aurait également un impact sur l'infection à VIH, les IST et l'hépatite virale dans tous les contextes où le travail du sexe est criminalisé et où les travailleurs du sexe sont victimes de stigmatisation, de discrimination et de violence (68, 75). D'autres interventions essentielles sont les interventions sanitaires liées à la prévention, au dépistage et au traitement de l'infection à VIH et des IST.

La majorité des participants aux travaux de recherche qualitative sur les valeurs et les préférences des populations clés (pour avoir accès au rapport détaillé, veuillez consulter l'[annexe Web B](#) [en anglais]) étaient opposés au traitement présomptif périodique (TPP) des IST, invoquant des préoccupations à la fois en matière de santé et d'éthique. Les participants ont relevé un éventail de risques sanitaires potentiels associés à l'utilisation prolongée d'antibiotiques, notamment des risques de résistance

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

aux antibiotiques, de lésions rénales, de dépression et d'impacts sur la santé vaginale. De plus, des participants ont exprimé des préoccupations concernant les implications éthiques du TPP et son rôle dans la perpétuation de la stigmatisation et de la vulnérabilité. D'autres ont témoigné du rôle du TPP dans le renforcement des stéréotypes selon lesquels les travailleurs du sexe sont des vecteurs de maladies. Plutôt que de proposer aux travailleurs du sexe un TPP pour les IST, les participants ont souligné la nécessité d'accroître l'accès au dépistage des IST et aux méthodes de prévention fondées sur des données probantes. Pour ces raisons, la recommandation de fournir un TPP pour les IST aux travailleurs du sexe ne figure pas dans les présentes lignes directrices. Si des travailleurs du sexe souhaitent avoir recours au TPP pour prévenir l'acquisition d'IST, cela doit toujours être à leur demande, en comprenant pleinement les complications potentielles, uniquement dans les contextes où le diagnostic étiologique n'est pas possible, et en consultation avec les prestataires de soins de santé.

L'OMS recommande en priorité d'élargir l'accès au diagnostic étiologique des IST pour les travailleurs du sexe, ainsi que de proposer aux travailleurs du sexe un dépistage périodique des IST asymptomatiques. Il est particulièrement important de proposer aux travailleurs du sexe un dépistage périodique volontaire de l'infection à VIH et des autres principales IST curables, telles que la syphilis, la gonorrhée et la chlamydie, en raison des graves conséquences des IST, y compris l'infertilité. En cas de grossesse, les IST non traitées peuvent également entraîner des issues de grossesse défavorables, telles que la prématurité, le décès néonatal, l'insuffisance pondérale à la naissance et des anomalies congénitales. L'OMS a formulé des recommandations spécifiques pour le traitement des principales IST, le traitement suppressif de l'herpès génital et la prise en charge des syndromes lorsque l'étiologie ne peut pas être étudiée pour déterminer le traitement le plus approprié (183).

Alors que les données probantes à l'appui d'une prévalence accrue du VHC et du VHB chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont claires (12), il existe des préoccupations nouvelles et émergentes concernant l'hépatite virale chez les femmes et les personnes transgenres et de genre variant qui se livrent au travail du sexe, et peu de données sont disponibles pour comprendre la prévalence mondiale du VHB et du VHC au sein de ces populations. Pour les femmes et les personnes transgenres et de genre variant qui se livrent au travail du sexe et qui vivent avec le VIH, il peut y avoir un risque accru d'infection par le VHC et le VHB (205), bien que les données probantes à l'appui soient limitées, et d'autres études de faible ampleur ont démontré un risque accru de mono-infections (18). Cependant, la prévalence du VHC est élevée chez les consommateurs de drogues injectables (206) et chez les personnes incarcérées (207), et il existe des recoupements importants entre les femmes et les personnes transgenres et de genre variant qui se livrent au travail du sexe et ces autres populations clés, ce qui indique la nécessité d'assurer l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement de l'hépatite virale pour ces groupes. Pour cette raison, la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite virale sont inclus dans l'ensemble des interventions sanitaires essentielles pour tous les travailleurs du sexe.

D'autres questions de santé concernent particulièrement les travailleurs du sexe, notamment : les questions liées à la santé sexuelle et reproductive (avortement sécurisé, contraception, soins associés à la conception et soins prénatals) ; les questions liées à la prévention du cancer du col de l'utérus et du cancer anal ; et les questions liées au dépistage et au traitement des problèmes de santé mentale, et de la consommation dangereuse ou nocive d'alcool et de substances psychoactives. En particulier, les résultats des travaux de recherche qualitative menés par quatre réseaux mondiaux de populations clés ont démontré que la prise en charge des problèmes de santé mentale était une priorité pour les populations clés. Bien que des données mondiales sur la tuberculose chez les travailleurs du sexe ne soient pas disponibles, il est possible que les travailleurs du sexe qui vivent et travaillent dans des espaces restreints soient exposés à un risque accru de contracter la tuberculose. Il s'agit d'interventions essentielles pour la santé en général au-delà de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale, et l'accès à celles-ci doit être garanti pour les populations clés.

L'ensemble d'interventions essentielles pour les travailleurs du sexe ne comprend pas celles qui sont spécifiquement liées à la prévention de l'infection à VIH et de l'hépatite virale pour les consommateurs de drogues injectables (à savoir, les PAS, le traitement d'entretien par agonistes opioïdes et la naloxone pour la prise en charge des surdoses), ou aux soins d'affirmation de genre pour les personnes transgenres et de genre variant. Toutefois, pour les travailleurs du sexe qui consomment des drogues injectables ou qui sont des personnes transgenres et de genre variant, il s'agit d'interventions pertinentes qui doivent être mises à disposition, comme indiqué dans les ensembles d'interventions spécifiques pour ces populations clés.



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

# Ensemble d'interventions recommandé pour les travailleurs du sexe

Ces interventions ne sont pas classées par ordre de priorité.

## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Suppression des lois, des politiques et des pratiques punitives

Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Autonomisation des communautés

Lutte contre la violence

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST

Préservatifs et lubrifiant

Prophylaxie pré-exposition pour le VIH

Prophylaxie post-exposition pour le VIH et les IST

Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB

Vaccination contre l'hépatite B

Mesures liées au chemsex

### Diagnostic

Dépistage du VIH

Dépistage des IST

Dépistage des hépatites B et C

### Traitement

Traitement de l'infection à VIH

Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée à une infection à VIH

Traitement des IST

Traitement de l'infection par le VHB et le VHC

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

Santé de la région anale

Soins associés à la conception et à la grossesse

Contraception

Santé mentale

Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus

Avortement sécurisé

Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives



# Consommateurs de drogues injectables

## Contexte

Les consommateurs de drogues injectables sont les personnes qui s'injectent des substances psychoactives à des fins non médicales. Ces drogues comprennent, sans toutefois s'y limiter, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne et les hypnotiques, y compris les nouvelles substances psychoactives<sup>23</sup>. L'injection peut se faire par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou par d'autres voies d'injection. Les personnes qui s'injectent elles-mêmes des médicaments à des fins médicales – pratique désignée par la formulation « injection à des fins thérapeutiques » – ne sont pas incluses dans cette définition. Bien que les présentes lignes directrices se concentrent sur les consommateurs de drogues injectables en raison des risques spécifiques de transmission du VIH et du VHC associés au partage de matériel d'injection potentiellement contaminé par du sang, ces orientations sont également en grande partie pertinentes en ce qui concerne les personnes qui consomment des substances par d'autres voies d'administration, par exemple en les reniflant, en les fumant ou en les ingérant (3).

Dans de nombreux pays, la consommation ou la possession de drogues est criminalisée et, dans presque tous les pays, elle est considérée comme immorale et les personnes qui consomment des drogues sont victimes d'une stigmatisation et d'une discrimination importantes (voir le [chapitre consacré aux catalyseurs essentiels](#)). Au moment de la rédaction des présentes lignes directrices, on constate une couverture extrêmement faible de l'ensemble fondé sur des données probantes associant des PAS et le traitement d'entretien par agonistes opioïdes (208). En conséquence directe, les consommateurs de drogues injectables sont touchés de manière disproportionnée par le VIH et l'hépatite virale. Pour obtenir les données les plus récentes relatives à l'infection à VIH, à l'hépatite virale et aux consommateurs de drogues injectables, veuillez consulter l'Atlas des populations clés ([Key Population Atlas](#)) de l'ONUSIDA, le Rapport mondial sur les drogues ([World Drug Report](#), en anglais) et le rapport [Global state of harm reduction](#) (en anglais).

Pour pouvoir avoir un impact sur l'infection à VIH et l'hépatite virale, il convient d'éliminer les obstacles structurels auxquels sont confrontés les consommateurs de drogues injectables, notamment en dépénalisant la consommation et la possession de drogues pour usage personnel, en mettant un terme à la détention forcée dans des centres de traitement obligatoire de l'usage de drogues, en luttant contre la violence, la stigmatisation et la discrimination, et en contribuant à l'autonomisation des communautés de consommateurs de drogues. Les consommateurs de drogues, en particulier, se heurtent à des obstacles supplémentaires pour accéder aux services de santé lorsque l'arrêt de la consommation de drogues est une condition d'admissibilité. Les femmes qui consomment des drogues injectables peuvent être plus stigmatisées que leurs homologues masculins, et elles sont nombreuses à vendre des services sexuels pour payer leurs drogues et celles de leur partenaire. La crainte de perdre la garde de leurs enfants peut dissuader les mères consommatrices de drogues injectables d'accéder à des services de santé reproductive et à d'autres services de santé (209). Elles peuvent être victimes de plus de harcèlement et de violence de la part des forces de police que les hommes qui consomment des drogues injectables. L'impact de ces obstacles sur l'acquisition de l'infection à VIH et de l'hépatite virale est clair (64, 73, 210), et pour cette raison, les interventions créant un environnement favorable énumérées dans le tableau ci-dessous sont considérées comme essentielles pour l'impact sur les consommateurs de drogues injectables.

La réduction des risques est l'un des éléments clés d'un cadre (ou d'une action) de promotion de la santé publique dont l'efficacité élevée a été démontrée pour réduire et atténuer les effets nocifs de la consommation de drogues injectables pour les individus et les communautés. L'OMS définit la réduction des risques comme un ensemble complet d'interventions fondées sur des données probantes, conformément aux principes de la santé publique et des droits humains, incluant les PAS,

<sup>23</sup> L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) utilise le terme « nouvelles substances psychoactives » (new psychoactive substances, NPS), qui sont définies comme « des substances faisant l'objet d'abus, dans une forme pure ou une préparation, qui ne sont pas régies par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 ou la Convention sur les substances psychotropes de 1971, mais qui peuvent constituer une menace pour la santé publique » (2). (traduction libre)

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

le traitement d'entretien par agonistes opioïdes et la naloxone pour la prise en charge des surdoses. La réduction des risques fait également référence aux politiques et aux stratégies qui visent à prévenir les principaux dommages pour la santé publique et individuelle, y compris l'infection à VIH, l'hépatite virale et les surdoses, sans nécessairement arrêter la consommation de drogues.

La prévalence et l'incidence élevées de l'infection à VIH et des hépatites virales B et C chez les consommateurs de drogues injectables nécessitent que les pays donnent la priorité aux interventions de prévention (en particulier les PAS, le traitement d'entretien par agonistes opioïdes et la naloxone pour la prise en charge des surdoses), de dépistage et de traitement de l'infection à VIH et de l'hépatite virale.

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est une intervention de prévention de l'infection à VIH fondée sur des données probantes. Bien qu'il existe des données probantes solides indiquant que la PrEP fournit une protection élevée contre la transmission sexuelle du VIH, les données probantes sont plus limitées s'agissant de la prévention de la transmission du VIH par voie parentérale. Les services de PrEP pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels peuvent avoir des effets bénéfiques à la fois pour la prévention de la transmission sexuelle et probablement pour la prévention de l'acquisition de l'infection à VIH par des pratiques d'injection à risque. Les services de PrEP ne doivent pas se substituer aux PAS. Les PAS ont l'impact le plus important pour la prévention de la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang, y compris l'infection par le VHC associée à la consommation de drogues injectables.

Des travaux de recherche complémentaires sont nécessaires sur les valeurs et les préférences des consommateurs de drogues injectables s'agissant de la PrEP dans le cadre d'approches globales de prévention de l'infection à VIH, ainsi que concernant les meilleures modalités de prestation de services de PrEP à cette population afin d'améliorer l'adoption et l'utilisation effective (y compris au moyen de modèles de prestation communautaires complets et intégrés).

Bien que l'on ne dispose pas d'estimations mondiales des IST chez les consommateurs de drogues injectables, cette population peut être exposée à un risque accru d'IST, en particulier les personnes qui pratiquent le chemsex ou qui prennent des stimulants. Les travaux de recherche sur les valeurs et les préférences ont indiqué une forte préférence pour les services de lutte contre les IST chez les femmes qui consomment des drogues injectables. Pour cette raison, les consommateurs de drogues injectables doivent avoir accès au dépistage, au diagnostic et au traitement des IST.

Les consommateurs de drogues injectables sont exposés à un risque accru de contracter la tuberculose, quel que soit leur statut sérologique pour le VIH, et la tuberculose est l'une des principales causes de mortalité liée au VIH chez les consommateurs de drogues injectables (211, 212). Pour cette raison, la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont inclus dans l'ensemble des interventions essentielles pour la santé en général pour les consommateurs de drogues injectables. Il existe d'autres problèmes de santé courants liés aux pratiques à risque d'injection de drogues, notamment les lésions nerveuses et veineuses, les abcès et les infections cutanées.





# Ensemble d'interventions recommandé pour les consommateurs de drogues injectables

Ces interventions ne sont pas classées par ordre de priorité.

## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Suppression des lois, des politiques et des pratiques punitives

Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Autonomisation des communautés

Lutte contre la violence

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST

Réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses)

Préservatifs et lubrifiant

Prophylaxie pré-exposition pour le VIH<sup>24</sup>

Prophylaxie post-exposition pour le VIH et les IST

Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB

Vaccination contre l'hépatite B

### Mesures liées au chemsex

#### Diagnostic

Dépistage du VIH

Dépistage des IST

Dépistage des hépatites B et C

#### Traitement

Traitement de l'infection à VIH

Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée à une infection à VIH

Traitement des IST

Traitement de l'infection par le VHB et le VHC

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

Soins associés à la conception et à la grossesse

Contraception

Santé mentale

Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus

Avortement sécurisé

Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives

Prévention, dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose

<sup>24</sup> Veuillez noter que les résultats des travaux de recherche qualitative ont indiqué que les consommateurs de drogues injectables accordent la priorité à l'accès à la réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses) par rapport à la PrEP.



# Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

## Contexte

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont tous les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les termes « **hommes** » et « **rapports sexuels** » peuvent être interprétés différemment dans diverses cultures et sociétés et par les personnes concernées. Par conséquent, ce terme englobe une grande variété de milieux et de contextes dans lesquels des relations sexuelles entre des hommes ont lieu, indépendamment des multiples motivations liées à ces relations sexuelles, des identités sexuelles et de genre autodéterminées et des diverses identifications à une communauté ou un groupe social en particulier.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont touchés de manière disproportionnée par le VIH, l'hépatite C (12), l'hépatite B (213) et les IST (28, 31, 214). Les flambées épidémiques d'hépatite A chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont courantes (215–219) et pourraient être évitées par la vaccination. Ce risque accru est en partie attribuable à une plus grande efficacité de la transmission des trois groupes de maladies par le biais de rapports sexuels anaux non protégés et du fait des caractéristiques de syndémie, comme un risque accru de contracter le VIH chez les personnes atteintes d'IST (221) ou un risque accru de contracter le VHC chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH (12).

Certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent également pratiquer le chemsex – défini comme le fait que des personnes se livrent à une activité sexuelle en prenant principalement des stimulants, généralement avec plusieurs participants et sur une longue durée – ce qui accroît les risques pour les trois groupes de maladies infectieuses lorsqu'il n'y a pas d'accès à des services de prévention, de diagnostic et de traitement, et pas de recours à ces services.

Les obstacles structurels persistants, tels que la criminalisation des rapports sexuels consentis entre des hommes, la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'égard des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, réduisent l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement, ce qui contribue à accroître le risque d'infection (veuillez consulter le [chapitre consacré aux catalyseurs essentiels](#)).

L'ensemble d'interventions essentielles pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes comprend des interventions visant à créer un environnement favorable en donnant la priorité à l'élimination des obstacles structurels, notamment en dépénalisant les relations sexuelles entre personnes de même sexe. Les interventions sanitaires essentielles pour avoir un impact sur l'infection à VIH, les IST et l'hépatite virale comprennent la prévention, comme la PrEP, le diagnostic et le traitement pour les trois groupes de maladies. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui consomment des drogues injectables doivent également avoir accès à des interventions de réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses).

Les interventions essentielles pour la santé en général, et auxquelles les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent avoir accès, comprennent le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale, ainsi que de la consommation dangereuse ou nocive d'alcool et de drogues. De plus, étant donné les taux disproportionnés de cancers anaux chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le dépistage et le traitement du cancer anal doivent être envisagés pour cette population.

Pour obtenir les données les plus récentes sur l'infection à VIH, la syphilis et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, veuillez consulter l'Atlas des populations clés ([Key Population Atlas](#)) de l'ONUSIDA.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



# Ensemble d'interventions recommandé pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Ces interventions ne sont pas classées par ordre de priorité.

## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Suppression des lois, des politiques et des pratiques punitives

Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Autonomisation des communautés

Lutte contre la violence

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST

Préservatifs et lubrifiant

Prophylaxie pré-exposition pour le VIH

Prophylaxie post-exposition pour le VIH et les IST

Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB

Vaccination contre l'hépatite B

Mesures liées au chemsex

### Diagnostic

Dépistage du VIH

Dépistage des IST

Dépistage des hépatites B et C

### Traitement

Traitement de l'infection à VIH

Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée à une infection à VIH

Traitement des IST

Traitement de l'infection par le VHB et le VHC

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

Santé de la région anale

Santé mentale

Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives



## Personnes transgenres et de genre variant

### Contexte

Le terme « personnes transgenres et de genre variant » est un terme générique désignant les personnes dont l'identité, les rôles et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été assigné à la naissance ; cela inclut les personnes transsexuelles, transgenres, de genre non conforme aux catégories établies ou concernées par une incongruence de genre. Les personnes transgenres et de genre variant peuvent s'auto-identifier comme un ou une transgenre, une femme, un homme, une femme transsexuelle ou un homme transsexuel, un transsexuel ou l'une des nombreuses autres identités de genre non conformes aux catégories établies. Ces personnes peuvent exprimer leur genre de diverses manières, qui peuvent être masculines, féminines et/ou androgynes. La grande vulnérabilité et les besoins de santé spécifiques des personnes transgenres et de genre variant nécessitent un statut distinct et indépendant dans le cadre de la riposte mondiale au VIH (3, 222).

Les personnes transgenres et de genre variant se heurtent à des obstacles structurels tels que la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination, comme toutes les populations clés, mais elles connaissent des taux très élevés de violence sexuelle et physique (223-226). Des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes transgenres et de genre variant dans les établissements de santé sont largement signalés (100). La violence, la stigmatisation et la discrimination augmentent la vulnérabilité aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives, aux troubles de l'alimentation, à la dépression, aux tentatives de suicide, à l'infection à VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles, entre autres, et compromettent l'accès des personnes transgenres et de genre variant à des services de santé, et leur recours à ces services (101, 102, 222). La dépression, par exemple, toucherait plus de la moitié de la population de personnes transgenres et de genre variant dans certains milieux (222), et il a été démontré que leur qualité de vie était significativement inférieure à celle de la population générale avant de recevoir un traitement hormonal, lorsque cela était leur souhait (227). En outre, il existe des obstacles spécifiques causés par le manque de reconnaissance juridique des autres identités et expressions de genre, qui entravent l'accès aux services de santé et à d'autres services, et qui limitent l'admissibilité aux régimes d'assurance-maladie publics et privés. En particulier, il est fréquent que des soins tenant compte des questions de genre pour les personnes transgenres et de genre variant ne soient pas disponibles, les prestataires de soins n'ayant pas reçu de formation sur les besoins spécifiques de cette population (228).

Les personnes transgenres et de genre variant sont touchées de manière disproportionnée par le VIH et les IST (30, 229). Bien que les données soient limitées, des études ont également montré une prévalence élevée des hépatites virales B et C chez les personnes transgenres et de genre variant (20). Pour obtenir les données les plus récentes sur l'infection à VIH, la syphilis et les personnes transgenres et de genre variant, veuillez consulter l'Atlas des populations clés ([Key Population Atlas](#)) de l'ONUSIDA.

Les soins d'affirmation de genre peuvent comprendre les éléments suivants : hormonothérapie ; intervention chirurgicale dans la partie supérieure du corps (par exemple, visage, torse, seins) ; et/ou intervention chirurgicale dans la partie inférieure du corps (par exemple, vaginoplastie, phalloplastie, métaïdoïoplastie, etc.). L'affirmation de genre est souvent une intervention prioritaire pour la communauté des personnes transgenres et de genre variant, mais il est fréquent que l'accès soit entravé par une faible disponibilité, un coût élevé et l'exclusion des interventions d'affirmation de genre des ensembles de services de santé nationaux. L'administration de silicone de qualité industrielle ou d'autres produits illicites par injection sous-cutanée, ainsi que l'utilisation de produits de comblement de qualité non médicale, sont des pratiques signalées comme fréquentes, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) (231, 232). Ces interventions peuvent provoquer des déformations corporelles, des lésions cutanées, des réactions allergiques, une thrombose, une embolie pulmonaire liée à la silicone et de sévères troubles auto-immuns et du tissu conjonctif, entre autres (233). De même, une utilisation très courante d'hormones dangereuses et non réglementées a été signalée chez les personnes transgenres et de genre variant (234).

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

Il est important que les hormones administrées pour l'affirmation de genre demeurent dans les niveaux physiologiques appropriés pour éviter des effets néfastes pour la santé, et les personnes transgenres et de genre variant qui s'auto-administrent des hormones doivent avoir accès à des informations fondées sur des données probantes, à des produits de qualité et à du matériel d'injection stérile (182, 235). De plus, d'autres stratégies de modification corporelle non médicales sont souvent utilisées par les jeunes et les adultes transgenres et de genre variant, notamment le « tucking », ou dissimulation des parties génitales, et le bandage de la poitrine ; peu de travaux de recherche ont décrit la prévalence ou les risques et les avantages pour la santé de ces méthodes d'affirmation de genre (235).

L'ensemble d'interventions recommandé pour les personnes transgenres et de genre variant comprend des interventions visant à créer un environnement favorable qui doivent être mises en œuvre en priorité pour éliminer les obstacles, en particulier en reconnaissant la diversité des genres dans les lois, les politiques et les pratiques.

L'ensemble des interventions sanitaires reflète les besoins complexes et variés des personnes transgenres et de genre variant. Ces personnes doivent avoir accès à toute la gamme des interventions de prévention, de dépistage et de traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour un impact maximal. Ces interventions comprennent l'accès à la prévention de la transmission verticale du VIH, du VHB et de la syphilis pour les personnes transgenres et de genre variant enceintes, ainsi que la réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses) pour les personnes transgenres et de genre variant qui pratiquent l'injection de substances, y compris l'injection d'hormones et d'autres produits, comme le gel de silicone, pour l'affirmation de genre. Les interventions pour la santé en général incluent des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive, le dépistage et le traitement de la consommation dangereuse ou nocive de drogues et d'alcool et des problèmes de santé mentale, ainsi que la prévention, l'évaluation et le traitement des cancers du col de l'utérus et de l'anus. L'accès à des soins d'affirmation de genre sûrs et fondés sur des données probantes doit être considéré comme un élément central pour la santé générale des personnes transgenres et de genre variant, ainsi qu'un point d'entrée important pour les services de santé liés à l'infection à VIH, aux IST et à l'hépatite virale, ainsi que pour les autres services de santé en général.

La Classification internationale des maladies (CIM-11) a redéfini les questions de santé liées à l'identité de genre en utilisant la notion d'incongruence de genre, et modifié le classement de l'incongruence de genre, appartenant à présent à la catégorie des affections liées à la santé sexuelle, et non plus à celle des troubles mentaux et comportementaux (236). Cela confirme le fait que les identités de genre des personnes transgenres et de genre variant ne sont pas des problèmes de santé mentale, et que leur classement dans cette catégorie peut causer une stigmatisation très importante. L'inclusion de l'incongruence de genre dans la CIM devrait garantir l'accès des personnes transgenres et de genre variant à des soins de santé d'affirmation de genre, ainsi qu'à une couverture d'assurance maladie adéquate pour ces services.





INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

# Ensemble d'interventions recommandé pour les personnes transgenres et de genre variant

Ces interventions ne sont pas classées par ordre de priorité.

## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Suppression des lois, des politiques et des pratiques punitives

Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Autonomisation des communautés

Lutte contre la violence

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST

Préservatifs et lubrifiant

Prophylaxie pré-exposition pour le VIH

Prophylaxie post-exposition pour le VIH et les IST

Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB

Vaccination contre l'hépatite B

Mesures liées au chemsex

### Diagnostic

Dépistage du VIH

Dépistage des IST

Dépistage des hépatites B et C

### Traitement

Traitement de l'infection à VIH

Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée à une infection à VIH

Traitement des IST

Traitement de l'infection par le VHB et le VHC

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

Santé de la région anale

Soins associés à la conception et à la grossesse

Contraception

Soins d'affirmation de genre

Santé mentale

Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus

Avortement sécurisé

Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives



## Personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés

### Contexte

De nombreux termes différents sont utilisés pour désigner les lieux de détention qui accueillent des personnes en attente de jugement, condamnées ou faisant l'objet d'autres mesures de sécurité. De même, des termes différents sont utilisés pour désigner les personnes détenues. Dans les présentes lignes directrices, la formulation « en prison et dans d'autres milieux fermés » désigne tous les lieux de détention d'un pays, et les termes « incarcérées » ou « détenues » renvoient à toutes les personnes détenues dans des établissements judiciaires et pénitentiaires, y compris les femmes, les hommes, les personnes transgenres et de genre variant, jeunes et adultes, au cours de l'enquête sur un crime, en attendant leur procès, après la condamnation, avant et après le prononcé de la peine. Ce terme n'inclut pas formellement les personnes détenues pour des raisons liées à l'immigration ou au statut de réfugiés, les personnes détenues sans inculpation et les personnes condamnées à suivre un traitement obligatoire et à se rendre dans des centres de réadaptation, y compris les consommateurs de drogues et les travailleurs du sexe. Toutefois, la plupart des points de ces lignes directrices peuvent également s'appliquer à ces populations (3). Les agents pénitentiaires sont également touchés par le VIH, l'hépatite virale, les IST et d'autres problèmes de santé, et il arrive qu'ils n'aient pas accès à des services de santé, en particulier s'ils vivent dans des enceintes pénitentiaires sans services de santé (237).

Les personnes détenues en prison sont touchées de manière disproportionnée par le VIH (212), les hépatites B et C (207, 238) et la tuberculose (11, 212). Cela est dû en partie aux recoupements avec d'autres populations clés, en particulier compte tenu de la criminalisation de comportements tels que la consommation de drogues, la possession de drogues et le travail du sexe, et de leur surreprésentation dans les populations carcérales. Outre ce phénomène, cela est également dû à la transmission du VIH et de l'hépatite virale en prison par des rapports sexuels non protégés, des actes de violence sexuelle, le partage de matériel d'injection, le tatouage ou encore la transmission parent-enfant. Les interventions de prévention de l'infection à VIH et de l'hépatite sont souvent indisponibles dans les prisons, bien que les risques persistent (239). Il existe un recoupement fréquent entre les personnes incarcérées et les personnes pauvres, peu instruites et issues de groupes socio-économiquement défavorisés de la population, et dans de nombreuses prisons, on constate une surreprésentation des minorités raciales. En particulier, la prévalence de la consommation de substances psychoactives et de la dépendance à ces substances dans les populations carcérales est beaucoup plus élevée que dans la communauté, en particulier chez les femmes (240-242).

Les personnes détenues en prison sont également fortement exposées à la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante, en raison de facteurs tels que la surpopulation, une mauvaise ventilation et de mauvaises pratiques de lutte contre les infections. Il est essentiel d'assurer un accès équitable aux services de lutte contre la tuberculose pour toutes les personnes détenues en prison, quel que soit leur statut sérologique pour le VIH, afin de réduire la charge accrue de la tuberculose associée à l'infection à VIH dans cette population. Plusieurs facteurs contribuent à la mauvaise santé des personnes détenues en prison : accès limité aux soins de santé, associé à des retards de diagnostic (en raison de l'insuffisance des capacités de laboratoire et des outils de diagnostic) ; traitement inadapté ; transfert fréquent des personnes détenues d'une prison à une autre, sans continuité de traitement ; mauvaise nutrition. En outre, après la sortie de prison, il y a souvent peu de soutien pour la continuité des soins de santé et des services sociaux.

Pour obtenir les données les plus récentes sur l'infection à VIH et les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés, veuillez consulter l'Atlas des populations clés ([Key Population Atlas](#)) de l'ONUSIDA.

Le droit à des services de santé équivalents pour les personnes détenues en prison (c'est-à-dire équivalents à ceux disponibles en dehors des prisons) est consacré par plusieurs documents reconnus à l'échelon international (243), et le respect de ce droit doit apparaître dans les politiques et pratiques des établissements pénitentiaires. La violence dans les prisons est courante et

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATÉGORIES  
ESSENTIELLES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

souvent clandestine en raison de la crainte de représailles lorsqu'elle est signalée, de sorte qu'elle est facilement négligée ou sous-estimée (244). Les obstacles structurels au sein des prisons, en particulier en ce qui concerne la violence – qui requiert également l'élaboration de mesures pour le signalement sans risque et la protection des victimes –, doivent être éliminés d'urgence ; cela représente des interventions essentielles et prioritaires pour avoir un impact.

Les personnes détenues en prison sont des adolescents, des adultes, des hommes, des femmes, des personnes transgenres et de genre variant, qui ont des besoins de santé urgents, divers et complexes. Pour avoir un impact sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST, l'ensemble des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement de ces maladies est essentiel et doit être proposé dans les prisons et les autres milieux fermés, avec une continuité lors des transferts au sein d'un établissement et inter-établissements, et après la sortie. Cet ensemble d'interventions doit inclure la mise à disposition de préservatifs et de lubrifiant et des interventions de réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses), étant donné que la consommation de drogues est répandue dans les prisons.

Les personnes détenues en prison ont des besoins en matière de santé de façon plus générale, et l'ensemble d'interventions comprend : le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale et de la consommation dangereuse ou nocive de drogues et d'alcool ; des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive ; et des services de prévention, de dépistage et de traitement des cancers du col de l'utérus et de l'anus. Il est important de noter que la prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose doivent être mis en œuvre dans toutes les prisons et tous les milieux fermés.

L'ONUSD recommande un ensemble de 15 interventions pour la prévention, le diagnostic et le traitement de l'infection à VIH pour les personnes détenues (245). Ces lignes directrices portent sur plusieurs catégories de maladies et présentent un ensemble d'interventions différent, bien que la quasi-totalité des 15 interventions recommandées par l'ONUSD figurent également dans les présentes lignes directrices<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Les interventions figurant dans l'ensemble d'interventions de l'ONUSD qui ne sont pas incluses ici sont les suivantes : prévention de la transmission lors de soins médicaux et dentaires et protection du personnel face aux risques professionnels.



# Ensemble d'interventions recommandé pour les personnes détenues en prison et dans d'autres milieux fermés

Ces interventions ne sont pas classées par ordre de priorité.

## Essentielles pour l'impact : interventions créant un environnement favorable

Suppression des lois, des politiques et des pratiques punitives

Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Autonomisation des communautés

Lutte contre la violence

## Essentielles pour l'impact : interventions sanitaires

### Prévention de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST

Réduction des risques (PAS, traitement d'entretien par agonistes opioïdes et naloxone pour la prise en charge des surdoses)

Préservatifs et lubrifiant

Prophylaxie pré-exposition pour le VIH

Prophylaxie post-exposition pour le VIH et les IST

Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du VHB

Vaccination contre l'hépatite B

Mesures liées au chemsex

### Diagnostic

Dépistage du VIH

Dépistage des IST

Dépistage des hépatites B et C

### Traitement

Traitement de l'infection à VIH

Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée à une infection à VIH

Traitement des IST

Traitement de l'infection par le VHB et le VHC

## Essentielles pour la santé en général : interventions sanitaires

Santé de la région anale

Soins associés à la conception et à la grossesse

Contraception

Santé mentale

Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus

Avortement sécurisé

Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances psychoactives

Prévention, dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose





---

# CHAPITRE 6

## Prestation de services





## Contexte

En vertu du principe du droit humain à la santé, les services de santé pour les populations clés (comme pour toutes les populations) doivent être :

**Disponibles** – Il doit y avoir un nombre suffisant d'établissements, de biens et de services de santé fonctionnels qui peuvent, en coordination, proposer un ensemble d'interventions tel que défini dans les présentes lignes directrices pour toutes les populations clés.

**Accessibles** – Les établissements, les biens et les services de santé doivent être accessibles à toutes les populations clés. Cela signifie qu'ils doivent être physiquement accessibles, abordables et non discriminatoires.

**Acceptables** – Les services de santé doivent respecter l'éthique médicale, être adaptés à la culture et au développement, tenir compte des questions de genre et ne pas porter de jugement. L'acceptabilité exige que les établissements, biens, services et programmes de santé soient centrés sur la personne et répondent aux besoins spécifiques des groupes de population clés, et ce, conformément aux normes internationales d'éthique médicale en matière de confidentialité et de consentement éclairé.

**De qualité** – Des services de santé de qualité doivent être fondés sur des données probantes, sûrs, efficaces, centrés sur la personne, opportuns, équitables, intégrés et efficaces.

La pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a mis en lumière les insuffisances des systèmes de santé, la plupart des pays n'étant pas préparés et connaissant des perturbations importantes des services de santé, y compris les services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST pour les populations clés. Cela est dû en partie à la réaffectation des fonds destinés aux services de santé essentiels et aux obstacles à l'accès aux services de santé, tels que les restrictions de déplacement, la capacité réduite de payer et la peur de l'infection. Les inégalités dont sont victimes les populations clés ont accru leur vulnérabilité à la COVID-19 ainsi qu'à l'infection par le VIH, à l'hépatite virale et aux IST. Dans le même temps, il existe des exemples positifs de résilience de la part de communautés de populations clés qui s'efforcent d'aider leurs pairs à continuer à accéder à des services vitaux, tels que le TARV et la réduction des risques.

Pour renforcer les systèmes de santé afin de faire face aux pandémies en cours et potentiellement à venir, l'OMS recommande plusieurs actions : investir dans les fonctions de santé publique essentielles ; établir des bases solides pour les soins de santé primaires ; accroître les investissements nationaux et mondiaux dans les fondements du système de santé ; mobiliser les communautés (y compris les communautés de populations clés) et les sociétés ; s'attaquer aux inégalités préexistantes et à l'impact disproportionné de la COVID-19 sur les populations marginalisées et vulnérables, y compris les populations clés (1).

Les recommandations des présentes lignes directrices en matière de prestation de services et d'interventions visant à créer un environnement favorable permettront non seulement d'accroître l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité des services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST pour les populations clés, mais également de renforcer les systèmes afin d'assurer la couverture sanitaire universelle et d'atténuer l'impact des urgences sanitaires.

La majorité des interventions sanitaires figurant dans les présentes lignes directrices sont pertinentes pour toutes les populations, mais les populations clés sont confrontées à des obstacles structurels particuliers pour accéder aux services de santé, comme détaillé dans le [chapitre sur les catalyseurs essentiels](#). En association avec les interventions recommandées pour créer un environnement favorable, les stratégies de prestation de services présentées dans ce chapitre, en particulier la prestation de services menée par les communautés et par les populations clés, peuvent éliminer ces obstacles, ainsi que contribuer aux soins centrés sur la personne et à la CSU, garantissant ainsi le respect du droit à la santé des populations clés.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



Bien que la situation soit différente dans chaque pays, les populations clés accèdent aux interventions sanitaires par le biais d'une gamme de services. Les services traditionnels, fournis dans les établissements de santé, qui ne ciblent pas nécessairement les populations clés, offrent une gamme d'interventions sanitaires, notamment pour la prévention, le dépistage et le traitement de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale, auxquelles les populations clés doivent avoir accès. Cependant, la stigmatisation, la discrimination et les politiques restrictives dissuadent souvent les populations clés d'accéder à ces services. Les autres services comprennent les services communautaires, dont la prestation peut être menée, ou non, par les populations clés. Les jeunes populations clés ont accès à des services adaptés aux jeunes. Souvent, ces services mènent également régulièrement des activités de proximité et peuvent aussi fournir des services mobiles de prévention, de dépistage et/ou de traitement. Certains de ces services communautaires proposent des interventions intégrées de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite virale, ainsi que d'autres interventions sanitaires et sociales, telles que la planification familiale, d'autres services de dépistage liés à la santé reproductive et au cancer, et parfois des services juridiques ; ces services sont souvent désignés par le terme de « guichets uniques ». La méthadone et la buprénorphine sont souvent fournies par des services spécialisés, qui peuvent ou non intégrer des services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale, la tuberculose et/ou les IST.

Ce chapitre présente plusieurs stratégies de prestation de services : l'intégration, la décentralisation, les services en ligne, l'auto-prise en charge, la participation des pairs et le partage des tâches.

## Services menés par les communautés, partage des tâches et participation des pairs des populations clés

Les populations clés ont un rôle central à jouer dans la direction des programmes et des services : sensibilisation des groupes ; prestation de services de prévention, de dépistage et de traitement ; et aide apportée à leurs pairs pour accéder aux services de traitement et assurer leur suivi. Les travaux de recherche qualitative menés par quatre réseaux de populations clés (pour avoir accès au rapport détaillé, veuillez consulter l'[annexe Web B](#) [en anglais]) ont indiqué que les services menés par les communautés étaient unanimement approuvés et préférés par les participants. Les populations clés ont décrit les services menés par les communautés comme étant essentiels à la promotion de la santé et des droits humains des groupes marginalisés, en particulier pour contrebalancer la stigmatisation subie par certains dans les environnements de soins de santé traditionnels. Par conséquent, les participants de tous les réseaux de populations ont plaidé en faveur du renforcement des interventions menées par les communautés, ainsi que des ressources permettant de soutenir les services menés par les communautés.

L'ONUSIDA définit les organisations, groupes et réseaux dirigés par les communautés comme ceux étant dirigés par et pour les groupes qu'ils desservent. Ce sont des entités autonomes et autodéterminées au sein desquelles la majorité des membres de la gouvernance, des dirigeants, du personnel, des porte-parole, des membres et des bénévoles reflètent et représentent les expériences, les perspectives et les voix des groupes représentés, et qui disposent de mécanismes de responsabilité transparents à leur égard (246).

L'ONUSIDA définit également les ripostes menées par les communautés comme les actions et stratégies mises en œuvre par ces groupes pour améliorer la santé et les droits humains des groupes représentés. Ces ripostes sont étayées et mises en œuvre par et pour les communautés elles-mêmes et les organisations, groupes et réseaux qui les représentent. Les ripostes menées par les communautés sont déterminées par les besoins et les aspirations des groupes représentés, et y répondent, et elles comprennent diverses activités, telles que des actions de sensibilisation, des campagnes et la responsabilisation des décideurs ; le suivi des politiques, des pratiques et de la prestation de services ; la recherche participative ; l'éducation et le partage d'informations ; le renforcement des capacités ; et le financement d'organisations, de groupes et de réseaux dirigés par les communautés. Les organisations dirigées par les communautés et les interventions menées par les communautés doivent être distinguées des organisations et interventions communautaires. Le terme « communautaire » fait référence au contexte dans lequel une riposte a lieu, peu importe l'organisation ou le groupe qui





la met en œuvre, tandis que la formulation « dirigée/menée par les communautés » fait référence à l'organisation ou au groupe qui mène et met en œuvre la riposte (246).

Les services menés par les communautés faisant intervenir des pairs comme prestataires ont un impact positif sur l'infection à VIH, les IST et l'hépatite virale, car ils améliorent l'accès aux services, ainsi que leur disponibilité et leur acceptabilité (247-252). Les pairs jouent un rôle important pour l'établissement d'un lien avec les autres populations clés grâce aux services de proximité (253), à la fourniture d'informations, à la fourniture de produits (comme les préservatifs, les lubrifiants, les aiguilles et les seringues, la PrEP, la PPE et la naloxone) et à la prestation de services, y compris de dépistage et de traitement.

Outre les pairs des populations clés, d'autres prestataires de soins non spécialisés et des non-professionnels peuvent assurer la prestation d'interventions sanitaires, y compris du personnel infirmier et des agents de proximité, ce qui peut réduire la charge de travail des médecins et accroître l'accès et l'équité.

Les présentes lignes directrices comprennent une nouvelle recommandation GRADE concernant spécifiquement les pairs des populations clés.

## Accompagnement par les pairs



### NOUVELLE RECOMMANDATION

**Un accompagnement par les pairs est recommandé afin d'aider les personnes issues des populations clés à commencer un traitement contre l'infection à VIH, l'hépatite virale ou les IST, et à poursuivre les soins** (*recommandation conditionnelle, fiabilité modérée des données probantes*).

Remarques :

- Le rôle d'un pair accompagnateur est d'aider les membres des populations clés à accéder aux services de santé, à s'orienter parmi ces services et à poursuivre les soins.
- Les pairs accompagnateurs doivent recevoir une rémunération, une reconnaissance, une formation et d'autres formes de soutien adéquates pour jouer leur rôle.
- Les pairs accompagnateurs sont souvent très appréciés par leurs pairs.

Le [chapitre 9](#) fournit des informations plus détaillées concernant les données probantes, la prise de décision, les considérations relatives à la mise en œuvre et les lacunes en matière de recherche en lien avec cette nouvelle recommandation.

Les lignes directrices pertinentes de l'OMS comprennent les orientations concernant le partage des tâches et l'accompagnement par les pairs dans différents sous-domaines :

- Traitement de l'infection à VIH. Veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#) (en anglais).
- Dépistage du VIH. Veuillez consulter les [Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH](#).
- Dépistage de l'hépatite. Veuillez consulter le document intitulé [Guidelines on hepatitis B and C testing](#) (en anglais).
- Pour des recommandations générales relatives au partage des tâches, veuillez consulter le document intitulé [Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines](#) (en anglais).
- Pour obtenir des orientations sur le partage des tâches dans le cadre des services de planification familiale, veuillez consulter le document intitulé [Le partage des tâches pour améliorer l'accès à la planification familiale/à la contraception](#).
- [Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics](#) (en anglais).



## Intégration

L'intégration est la gestion et la prestation des services de santé afin que les personnes reçoivent un continuum de services de prévention, de dépistage et de traitement, en fonction de leurs besoins, au fil du temps et à différents niveaux du système de santé. Cela est particulièrement pertinent pour les personnes, comme certains membres des populations clés, qui ont des besoins de santé complexes et qui sont touchées par des problèmes de santé. Les systèmes de santé organisés autour des besoins des personnes et des communautés fonctionnent plus efficacement, coûtent moins cher, améliorent les connaissances en matière de santé, augmentent la participation des patients et sont mieux préparés à riposter aux crises sanitaires (254). L'intégration des services de santé comprend le développement de systèmes et de réseaux d'orientation, et l'autonomisation des patients et des communautés leur permettant de participer à leurs propres soins, ainsi que la prestation de plusieurs interventions sur un même site.

Le [Tableau 1](#) présente une classification des types d'intégration des services de santé, et la manière dont ces types d'intégration peuvent être appliqués aux recommandations et à la mise en œuvre des ensembles d'interventions prioritaires décrits dans les présentes lignes directrices (255).

Tableau 1. Types d'intégration des services de santé

Type d'intégration des services de santé	Définition	Application aux présentes lignes directrices
Organisations	Les organisations et les départements au sein des organisations établissent une planification et un budget commun	Les programmes nationaux de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite virale et d'autres programmes de santé pertinents examinent les présentes lignes directrices et les utilisent en appui à l'élaboration de stratégies, de plans, de budgets, de lignes directrices et de protocoles intégrés pour les populations clés.
Services	Différents services cliniques intégrés à l'échelon des organisations, par le biais d'une orientation ou d'une liaison coordonnée	Les responsables des services cliniques à différents niveaux et pour différents services cliniques examinent les présentes lignes directrices et travaillent en coopération pour assurer l'accès des membres des populations clés à l'ensemble complet d'interventions sanitaires dans l'ensemble des services de santé, grâce à un système d'orientation ou de liaison.
Sites	Prestation de plusieurs interventions sur un même site	Les gestionnaires de sites de soins de santé primaires, communautaires ou autres, qui desservent les populations clés, reçoivent un soutien pour fournir plusieurs interventions appropriées et fondées sur des données probantes, conformément à l'ensemble d'interventions recommandé par l'OMS.

L'OMS recommande l'intégration des services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST, ainsi que leur intégration à d'autres services cliniques pertinents, tels que les services liés à la tuberculose, à la santé de la mère et de l'enfant, à la santé mentale, à la santé sexuelle et reproductive et au traitement de l'usage de drogues.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE POPULATION CLÉS

ÉLABORATION DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES





Les lignes directrices suivantes de l'OMS relatives à l'intégration sont particulièrement pertinentes pour les populations clés. Toutefois, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des stratégies d'intégration, et les programmes doivent s'efforcer d'intégrer les services en fonction des besoins de leurs usagers.

- Pour obtenir des orientations sur l'intégration des services de prise en charge de l'infection à VIH et de la tuberculose, des services liés à la santé sexuelle et reproductive et au VIH, des services liés au TARV et au traitement d'entretien par agonistes opioïdes, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).
- Pour obtenir des orientations sur l'intégration des services liés à l'hépatite C, veuillez consulter le document intitulé [Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics](#) (en anglais).
- [Integration of HIV testing and linkage in family planning and contraception services: implementation brief](#) (en anglais).

## Décentralisation

La décentralisation est le transfert de la responsabilité officielle et du pouvoir de prendre des décisions concernant la gestion, la prestation et/ou le financement des services de santé à des acteurs géographiquement distincts ou faisant partie d'autres organisations. En effet, cela délocalise les services en dehors des établissements de soins tertiaires, physiquement et sur le plan de la gestion, et cela signifie que les interventions sanitaires peuvent être proposées et gérées dans d'autres sites de niveau inférieur, y compris des services communautaires. Les populations clés peuvent se sentir moins à l'aise et être victimes de stigmatisation et de discrimination dans les hôpitaux tertiaires ; ainsi, la prestation de services de santé en dehors des établissements hospitaliers dans des services communautaires et ciblant les populations clés peut accroître l'acceptabilité et l'accessibilité. La décentralisation des services de santé peut également réduire les obstacles tels que les coûts de transport et les longs délais d'attente dans les hôpitaux centraux. Cependant, la décentralisation des services pour les populations clés peut ne pas toujours être appropriée ou acceptable, et les personnes peuvent préférer recevoir des services dans des établissements tertiaires dans lesquels l'anonymat est plus grand.

- Pour obtenir des orientations sur le dépistage décentralisé du VIH, veuillez consulter les [Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH](#).
- Pour obtenir des orientations sur les services décentralisés de traitement de l'infection à VIH, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).
- Pour obtenir des orientations sur les services décentralisés de dépistage et de traitement de l'infection par le VHC, veuillez consulter le document intitulé [Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics](#) (en anglais).

## Prestation de services différenciée

La prestation de services différenciée peut être définie comme une approche centrée sur l'utilisateur qui simplifie et adapte les services, de sorte qu'ils répondent mieux aux besoins des personnes touchées et qu'ils réduisent les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé (256). La prestation de services différenciée pour les populations clés examine à quel endroit, à quel moment et par qui les interventions pertinentes sont proposées, dans le but d'accroître l'accès aux services de santé, d'accroître l'équité et d'accroître l'efficacité des systèmes de santé. Par exemple, pour atteindre ces objectifs, les planificateurs des services peuvent décider de réduire la fréquence à laquelle les personnes doivent récupérer des doses de méthadone pour le traitement d'entretien par agonistes opioïdes et de soutenir la distribution communautaire.



L'OMS a formulé plusieurs recommandations relatives à la prestation de services différenciée pour le TARV, notamment la mise en place rapide du TARV, la réduction de la fréquence des visites cliniques et de la collecte du TARV et l'appui à l'observance, ainsi que des recommandations pour des services différenciés de dépistage du VIH.

- Pour obtenir des informations plus détaillées, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).

## Interventions virtuelles

Il est de plus en plus fréquent que les services conçus pour les populations clés utilisent des plateformes virtuelles pour mener des activités de sensibilisation afin de parvenir à atteindre les personnes à risque ; fournir des informations sur les services disponibles ; fournir des informations et des tests pour l'autodépistage ; prendre des rendez-vous pour le dépistage ; et mettre les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH, d'hépatite virale ou d'IST en relation avec les prestataires de services de traitement (257-259). Cette approche de la prestation de services peut être particulièrement pertinente et importante pour compléter et améliorer les infrastructures de santé existantes et la prestation de services pour la communauté des jeunes des populations clés, toujours à condition que l'on puisse répondre aux éventuelles préoccupations concernant la sensibilité des contenus et la confidentialité des données (257).

Différentes interventions sont mises en œuvre en ligne. On retrouve notamment fréquemment les catégories indiquées ci-dessous.

1. **Sensibilisation en ligne** des usagers potentiels des services au sein des populations clés par l'intermédiaire de plateformes en ligne. Cela consiste à s'efforcer d'atteindre des personnes jusqu'à présent hors d'atteinte, en utilisant des systèmes et des structures comme des sites Web et des applications de médias sociaux, qui permettent aux populations clés de communiquer, d'accéder à des informations et de créer des liens sociaux.
2. **Prise en charge des cas en ligne** pour les personnes issues des populations clés ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH, d'infection par le VHC ou d'IST, qui doivent avoir recours à des services pour évaluer le risque, et suivre le traitement requis. La prise en charge des cas par le biais de systèmes en ligne peut réduire le taux de perte de vue, fournir des rappels utiles (par exemple pour fixer un rendez-vous ou prendre un médicament) et apporter un soutien aux populations clés.
3. **Informations sanitaires ciblées** en utilisant des sites Internet et des applications de réseaux sociaux pour permettre de cibler la communication en fonction des données démographiques et des caractéristiques des utilisateurs. Par exemple, les publicités sur les médias sociaux peuvent cibler des utilisateurs de certains âges, profils politiques, emplacements géographiques, etc. La segmentation de la population peut permettre un ciblage plus précis des publics des populations clés afin de fournir des informations adaptées ou une liaison avec des services de santé.

Les avantages potentiels des services en ligne comprennent la possibilité de toucher un public plus large, la possibilité d'atteindre des personnes géographiquement isolées, le ciblage des informations en fonction des personnes, l'amélioration de l'efficacité et de la commodité pour les usagers des services.

Les services en ligne doivent compléter les services en présentiel et non s'y substituer. Il est possible que les services en ligne ne parviennent pas à atteindre toutes les populations clés, et que certains membres des populations clés préfèrent les services en présentiel, ou qu'ils aient des préoccupations au sujet de la protection de la vie privée lorsqu'ils accèdent à des services en ligne. Certains membres des populations clés, souvent les plus vulnérables, sont confrontés à des obstacles supplémentaires, tels que le coût associé à l'accès au réseau, l'analphabétisme, les barrières linguistiques et l'accès limité à des téléphones, tablettes ou ordinateurs.



Les plateformes en ligne peuvent offrir aux populations clés un espace sûr pour accéder à des informations et à des services ; toutefois, des efforts visant à protéger la sécurité des utilisateurs et à éliminer les abus en ligne doivent également être mis en œuvre et faire l'objet d'une surveillance étroite. La contribution de membres de diverses populations clés, ayant des âges variés, à l'élaboration d'applications ou d'outils et de services en ligne augmentera la probabilité que les applications soient adaptées à la culture et à l'âge, et garantira que les informations sont adaptées à l'âge (257, 260). Enfin, il est important de garantir des plateformes fiables, dont le personnel se compose d'opérateurs formés, de conseillers et de membres des populations clés, afin de fournir aux jeunes de ces populations des informations sur la santé et le bien-être adaptées au développement, ainsi que des possibilités d'orientation vers les services pertinents (257).

## Interventions en ligne



### NOUVELLE RECOMMANDATION

**La prestation en ligne de services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST destinés aux populations clés peut être proposée comme une possibilité supplémentaire, tout en assurant la protection de la sécurité et de la confidentialité des données** (*recommandation conditionnelle, fiabilité faible des données probantes*).

Remarques :

- Le choix est important, et les services en ligne doivent faire partie d'une liste d'interventions possibles, et non constituer des interventions autonomes, et ne doivent pas se substituer aux services en présentiel.
- Des efforts doivent être faits pour accroître l'accès équitable à Internet, améliorer l'alphabétisation et dispenser une formation appropriée aux membres des populations clés lorsque cela est nécessaire.
- Il convient de tenir compte des préférences des différents groupes de population clés, étant donné le manque actuel de données publiées en ce qui concerne les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables.

Le [chapitre 9](#) fournit des informations plus détaillées concernant les données probantes, la prise de décision, les considérations relatives à la mise en œuvre et les lacunes en matière de recherche en lien avec cette nouvelle recommandation.

## Auto-prise en charge

L'OMS utilise la définition de travail suivante de l'auto-prise en charge : l'auto-prise en charge désigne la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un agent de santé (182). La portée de l'auto-prise en charge, conformément à cette définition, comprend la promotion de la santé ; la prévention et la maîtrise des maladies ; l'automédication ; l'autodépistage ; la prestation de soins aux personnes dépendantes ; le recours à des soins hospitaliers, spécialisés ou primaires, au besoin ; et la réadaptation et les soins palliatifs. Elle comprend divers modes et approches d'auto-prise en charge. Bien qu'il s'agisse d'une définition large qui englobe de nombreuses activités, il est important que la politique sanitaire reconnaisse l'importance de l'auto-prise en charge, en particulier en ce qui concerne les recoupements avec les systèmes de santé et les professionnels de santé.

Pour les populations clés, qui peuvent ressentir un manque de maîtrise de leur santé en raison d'obstacles structurels persistants, s'engager dans l'auto-prise en charge peut contribuer à l'autonomisation, et accroître l'accessibilité et la disponibilité des interventions sanitaires.



Les approches pertinentes recommandées qui peuvent être auto-administrées ou gérées comprennent :

- la contraception d'urgence ;
- l'avortement et la contraception post-avortement ;
- l'autoprélèvement pour le dépistage de l'infection à HPV, de la chlamydie et de la gonorrhée ;
- l'auto-prise en charge après les agressions sexuelles et les actes de violence ;
- les tests de grossesse ;
- l'autodépistage du VIH et du VHC.

Pour obtenir des informations plus détaillées sur l'auto-prise en charge, veuillez consulter le document intitulé [WHO guideline on self-care interventions for health and well-being](#) (en anglais).

Pour obtenir des informations plus détaillées sur l'autodépistage du VIH, veuillez consulter le document intitulé [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach](#) (en anglais).

Pour obtenir des informations plus détaillées sur l'autodépistage du VHC, veuillez consulter les [Recommandations et orientations concernant l'autodépistage du virus de l'hépatite C](#).

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES





---

# CHAPITRE 7

Considérations relatives aux programmes et aux services pour les jeunes groupes de population clés





« Les obstacles qui entravent notre accès à des services de santé de haute qualité nous touchent aussi particulièrement. Nous connaissons les solutions, mais nous avons besoin d'espaces pour contribuer à réduire ces obstacles. »

Fahe Kerubo, Y+ Global

Ce chapitre synthétise et actualise les informations issues de quatre notes techniques de l'OMS sur le VIH relatives aux jeunes groupes de population clés publiées en 2015<sup>26</sup> (261-264). L'OMS n'a pas publié de note technique sur le VIH et les jeunes détenus dans des établissements pour mineurs et en prison, mais de nombreuses considérations concernant les jeunes qui vendent des services sexuels, les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes personnes transgenres et de genre variant et les jeunes consommateurs de drogues injectables s'appliqueront également à cette population. Ce chapitre vise à fournir des éléments à l'appui des discussions sur les meilleures façons de fournir des services de santé, des programmes et un soutien aux jeunes populations clés. Bien que l'accent soit mis sur la santé pour les jeunes populations clés, ces considérations seront pertinentes pour d'autres programmes : bien-être, justice, protection, éducation et protection sociale (261-264).

## Contexte

À l'échelle mondiale, l'attention se porte de plus en plus sur l'importance de la prise en compte des besoins de santé spécifiques des jeunes (âgés de 10 à 24 ans). L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes marquées par des changements physiologiques importants, et au cours desquelles les jeunes établissent des identités et des préférences sexuelles et explorent de nouvelles expériences de vie (265). Des facteurs structurels et les vulnérabilités associées à la jeunesse (rapports de force déséquilibrés ; évolution de l'identité et des capacités ; accès restreint aux services de santé sexuelle et reproductive ; interventions de prévention efficaces ; et, parfois, aliénation à l'égard du système scolaire, de la famille et des amis) réduisent l'accès des jeunes aux services de prévention, de réduction des risques et de santé reproductive, et les exposent à un risque plus élevé d'infection à VIH, d'IST et d'hépatite virale (261-264, 266-268).

Les données épidémiologiques sur la situation mondiale du VIH, des IST et de l'hépatite virale chez les jeunes restent limitées, avec des lacunes importantes pour les jeunes populations clés (265, 269, 270). Les données disponibles indiquent une vulnérabilité au VIH (270) et aux IST et un taux d'infection disproportionnés des jeunes populations clés par rapport à leurs pairs et aux populations clés plus âgées (183, 271-276). En ce qui concerne l'infection par le VHC, les données montrent que les taux sont élevés et en hausse chez les jeunes consommateurs de drogues injectables et chez les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (277-280). La transmission du VHB survient principalement au cours de la petite enfance, de la mère à l'enfant, et de nombreux pays ont une couverture élevée du programme de vaccination contre le VHB. Néanmoins, les jeunes nés avant le début du programme de vaccination des nourrissons, ou non vaccinés, resteront vulnérables à l'infection par le VHB (19, 281). Les jeunes sont plus à risque de contracter des IST, et peuvent être biologiquement plus vulnérables aux IST, en particulier les jeunes femmes (183, 282).

La riposte mondiale au VIH, aux IST et à l'hépatite virale n'a pas atteint suffisamment de personnes parmi les jeunes populations clés (269). L'accès moindre des jeunes populations clés à la prévention, au diagnostic et au traitement est dû à une série de facteurs (282-290) :

- les idées fausses sur les risques ;
- le manque de connaissances et d'informations exactes adaptées à l'âge ;
- le manque d'éducation complète à la sexualité (ECS) ;
- la méconnaissance de services de santé disponibles et adaptés ;
- les obstacles à l'accès et au recours aux services (y compris les obstacles juridiques et politiques liés aux exigences en matière de consentement).

<sup>26</sup> Les jeunes personnes transgenres et de genre variant, les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes qui vendent des services sexuels et les jeunes consommateurs de drogues injectables.





En outre, les déterminants sociaux, tels que la richesse, la race et l'inégalité liée au genre, ainsi que l'accès à l'éducation ont une incidence importante sur les comportements et les résultats en matière de santé de cette population (269, 291).

Les services et les prestataires sont souvent mal équipés pour fournir des services aux jeunes populations clés, et le personnel manque souvent de formation, de compétences et de connaissances pour proposer des services acceptables et appropriés pour ces populations (292-294). En outre, l'insuffisance des investissements et de la disponibilité, ou de l'utilisation de données ventilées par âge et par sexe pour la recherche primaire, le suivi et l'évaluation, constitue un obstacle à la définition de programmes pour les jeunes populations clés (295-298).

Les États ont l'obligation légale de respecter, de protéger et de satisfaire le droit des enfants à la vie, à la santé et au développement. Les sociétés partagent le devoir éthique de garantir ce droit à tous les jeunes. Il est essentiel d'éliminer les obstacles structurels sous-jacents pour les jeunes populations clés.

L'un des obstacles structurels supplémentaires auxquels sont confrontées les jeunes populations clés et qui est distinct de ceux que rencontrent leurs homologues adultes est l'exigence du consentement des parents, personnes chargées des soins ou tuteurs (261-264) pour accéder aux services, y compris les services de réduction des risques. Pour les jeunes qui ne souhaitent pas divulguer un problème à leurs responsables légaux, cela peut constituer un obstacle direct à l'accès aux soins, ce qui entraîne des possibilités manquées de prévention et de traitement. Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques relatives à l'âge du consentement et à envisager de les réviser afin de réduire les obstacles liés à l'âge qui empêchent l'accès et le recours à des interventions et à des services qui sont essentiels pour la santé et le bien-être de cette population.

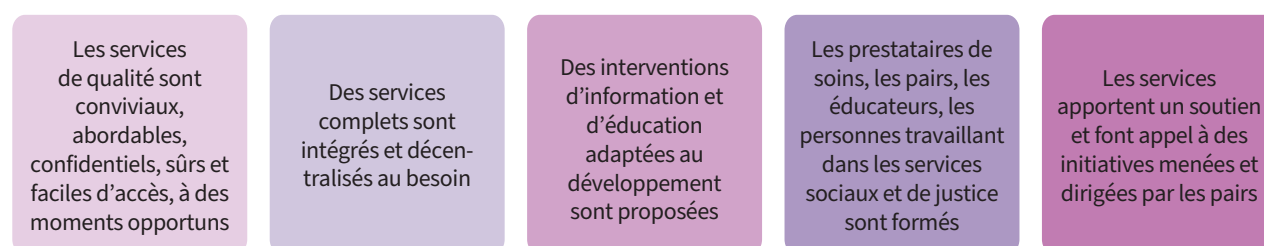
## Changements apportés à l'environnement juridique et politique

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant oblige les États à protéger les droits de toutes les personnes âgées de moins de 18 ans. Cette Convention inclut la protection contre l'exploitation et la violence sexuelles ; elle met l'accent sur quatre principes directeurs : la non-discrimination ; l'intérêt supérieur de l'enfant ; le droit à la vie, à la survie et au développement ; et le respect des opinions de l'enfant (299). L'engagement envers la Convention relative aux droits de l'enfant comprend la réduction du risque de maladies infectieuses et le renforcement des systèmes de protection afin de réduire les vulnérabilités des jeunes. Les droits des enfants sont bafoués lorsque ces jeunes de moins de 18 ans sont exclus des services efficaces de prévention de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale et des services vitaux de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien (261-264).

## Éléments d'une programmation réussie pour les jeunes populations clés

Les interventions et les stratégies de prestation de services recommandées par l'OMS pour tous les groupes de population clés s'appliquent également aux jeunes populations clés (voir les [chapitres 4 à 7](#)).

Figure 4. Résumé des principales caractéristiques des services efficaces pour les jeunes populations clés





S'appuyant sur des publications de l'OMS et des partenaires des Nations Unies, les éléments d'une programmation réussie pour les jeunes populations clés actualisent les notes d'orientation de l'OMS de 2015 (261-264). Les services doivent être conçus et fournis de manière à tenir compte des différents besoins et droits des jeunes en fonction de leur âge, de leur identité de genre, de leur orientation sexuelle, de leurs comportements spécifiques, de la complexité de leur environnement social et juridique et du contexte épidémique, tout en veillant à respecter la Convention relative aux droits de l'enfant.

## Participation effective des jeunes

La déclaration consensuelle mondiale de l'OMS pour une participation effective des adolescents et des jeunes indique qu'une participation effective des adolescents et des jeunes nécessite un partenariat fondé sur le respect mutuel entre les adolescents, les jeunes et les adultes. Le pouvoir est ainsi partagé ; les contributions respectives sont valorisées ; et les idées, les perspectives, les compétences et les atouts des jeunes sont intégrés à la conception et la mise en œuvre des programmes, des stratégies, des politiques, des mécanismes de financement et des organisations qui ont un impact sur leurs vies et leurs communautés, leurs pays et le monde (300). Pour faire participer les jeunes populations clés de manière significative et éthique à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services, il faut reconnaître les atouts, les compétences et les capacités d'évolution des jeunes populations clés, et en tirer parti, en particulier leur capacité à exprimer leurs points de vue et leurs besoins en matière de services (301).

- [Global consensus statement: meaningful adolescent and youth engagement](#). Genève, OMS, 2020 (en anglais).

## Collaboration avec des partenaires de confiance et avec les infrastructures existantes pour la conception et la prestation des services

Il est important d'établir des partenariats avec des organisations dirigées par les communautés de jeunes et de populations clés, de tirer parti de leur expérience et de leur crédibilité, et d'employer des approches appropriées, efficaces et efficientes pour la conception et la prestation de services destinés aux jeunes.

- ONUSIDA. [Young people's participation in community-based responses to HIV — from passive beneficiaries to active agents of change](#). Genève, OMS, 2019 (en anglais).

## Prestation de services de qualité, complets et adaptés aux adolescents

Il est essentiel de veiller à ce que les services de santé (y compris la vaccination), les services liés au bien-être, à la justice, à la protection, à l'éducation et à la protection sociale soient intégrés, interconnectés et pluridisciplinaires par nature, et associés à un solide système d'orientation tout au long du continuum de soins. La prestation d'une gamme complète de services assortis d'options de prestation en ligne (voir le [chapitre](#) sur la prestation de services) peut aider à proposer des services adaptés aux vulnérabilités et aux comportements qui se recoupent de différentes jeunes populations clés. Les principes de l'OMS pour des services de santé adaptés aux adolescents orientent l'établissement de tels services (302). L'OMS et l'ONUSIDA ont également publié des normes mondiales qui définissent la qualité de la prestation des services de santé destinés aux adolescents (303).

- [Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice](#). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (en anglais).
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). [Improving HIV service delivery for infants, children and adolescents: a framework for country programming](#). Genève, OMS, 2020 (en anglais).
- ONUSIDA, OMS. [Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents](#). Genève, OMS, 2016.
- [Interventions de santé numérique axées sur la jeunesse : cadre pour la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de solutions avec et pour les jeunes](#). Genève, OMS, 2021.



## Amélioration de l'accès aux services et de leur continuité

Il est essentiel de veiller à ce que les jeunes populations clés aient accès aux services et aux informations nécessaires en matière de santé, indépendamment de leur situation matrimoniale et du consentement de leurs responsables légaux. Un traitement médical sans le consentement du responsable légal est possible et doit être envisagé lorsque cela est dans l'intérêt supérieur de la personne. Afin de rendre les services accessibles, il convient de veiller à ce que l'accès aux lieux de prestation de services soit facile, abordable, confidentiel et sûr pour les jeunes populations clés, et que les services soient proposés à des moments qui conviennent aux jeunes. Les prestataires sont libres de fournir des services aux jeunes et ils ne doivent pas faire l'objet de poursuites pour cela. Les adolescents, quel que soit leur âge, doivent être autorisés à avoir accès à des services de conseil sans le consentement d'un parent ou d'un tuteur (303). Les jeunes doivent être informés de leurs droits à la confidentialité, et toute limite à cet égard doit être précisée par les personnes ayant des responsabilités de déclaration obligatoire (304).

## Information et éducation adaptées au développement

Les services destinés aux jeunes populations clés doivent comprendre des interventions d'information et d'éducation adaptées au développement, précises et inclusives. La prévention de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale, en plus d'une éducation complète à la sexualité pour les jeunes populations clés et leurs partenaires (y compris pour les adolescents et les jeunes non scolarisés), doit se concentrer sur la réduction des risques fondée sur les compétences. L'information peut être partagée par le biais de diverses plateformes, notamment en ligne, grâce à la téléphonie mobile et par des approches participatives (261-264, 305-307).

## Renforcement des capacités dans le secteur de la santé et dans d'autres domaines

Il est essentiel de disposer de capacités suffisantes en ce qui concerne les professionnels, en particulier dans les secteurs de la santé, de la protection sociale, de la justice et de l'éducation, pour travailler avec les jeunes populations clés et appliquer des approches fondées sur les droits et des pratiques reposant sur des données probantes. Le renforcement des capacités implique d'élargir les connaissances sur les besoins et les droits en matière de santé des différentes jeunes populations clés, et sur les vulnérabilités pertinentes qui se recoupent (à savoir, consommation de drogues injectables, exploitation sexuelle ou vente de services sexuels) (308, 309). Des interventions de formation sont nécessaires s'agissant de la prestation de services respectueux et sans jugement qui prennent en compte la diversité sexuelle et de genre, les relations entre les sexes et les rapports de force, les soins d'affirmation de genre et la poursuite du développement de compétences en matière de communication et de négociation – en lien avec les populations clés (310).

- [Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings](#). Genève, OMS, 2021 (en anglais).
- [Compétences de base en santé et développement de l'adolescent pour les prestataires de soins primaires](#). Genève, OMS, 2015.
- [How to plan and conduct telehealth consultations with children and adolescents and their families](#). Genève, OMS, 2021 (en anglais).
- [Guidelines to strengthen the social service workforce for child protection](#). UNICEF, 2019 (en anglais).

## Mise en œuvre de modèles menés par les pairs

Les modèles et le soutien des adolescents et des jeunes menés par les pairs sont des stratégies de mise en œuvre clés pour satisfaire à la norme mondiale de participation des adolescents (311, 312). Les jeunes attachent une grande importance aux programmes de soutien par les pairs. Les pairs accompagnateurs jouent un rôle essentiel pour faire le lien entre les informations en ligne et l'application pratique, comme l'accès à des services de dépistage et de traitement (313). Une formation, un soutien et un mentorat appropriés sont essentiels pour aider les jeunes populations clés à plaider pour le soutien de l'accès aux services au sein de leurs communautés (204, 261, 263, 264). La note technique de l'OMS intitulée *Adolescent-friendly health services for adolescents living*





with HIV (302) (en anglais) fournit des considérations relatives à la mise en œuvre pour adapter et renforcer les modèles menés par les pairs adaptés aux adolescents.

- [Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice](#). Genève, OMS, 2019 (en anglais).

## Renforcement de la protection et de l'aide sociale pour les familles

Il est essentiel d'aider les parents et les familles à s'acquitter efficacement de leurs responsabilités en matière de protection, de soins et de soutien des jeunes populations clés. Pour les adolescents âgés de 10 à 17 ans, il est important d'essayer de permettre leur retour dans leur famille lorsque cela est approprié, si cela est dans leur intérêt supérieur, ou de leur fournir d'autres solutions et cadres de vie appropriés conformément aux *Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants* (314) adoptées par les Nations Unies en 2010.

## Mise à jour des politiques nationales

Pour assurer une mise en œuvre harmonisée entre les programmes, les services fondés sur des données probantes pour les jeunes populations clés doivent être clairement définis dans les politiques nationales, par le biais des plans stratégiques nationaux (PSN). (Voir le [chapitre 9](#).)

- OMS, ONUSIDA, ONU-Femmes, FNUAP, Groupe de la Banque mondiale, UNICEF. [Accelerated Action for the Health of Adolescents \(AA-HA!\): A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans](#). OMS, 2019 (en anglais).
- [Online toolkit for adolescents and young key populations](#). UNICEF, 2021 (en anglais).
- Cet ensemble d'outils regroupe des ressources en ligne visant à aider à planifier et à renforcer les programmes de prévention de l'infection à VIH auprès des adolescents et des jeunes populations clés (personnes âgées de 10 à 24 ans).

## Suivi et évaluation

La programmation destinée aux jeunes doit tenir compte de la taille de la population, des caractéristiques démographiques et de la situation épidémiologique ; la ventilation des données doit être effectuée par sexe ou par genre et par groupe d'âge (298). Il convient de collecter et de compiler des mesures de référence, d'intégrer des systèmes de suivi et d'évaluation dans les programmes afin de renforcer la qualité et l'efficacité et de développer une culture de l'apprentissage et des pratiques fondées sur des données probantes afin de mieux étayer les politiques et programmes futurs. (Voir le [chapitre 9](#).)

- [Strengthening the adolescent component of national HIV programmes through country assessments](#). UNICEF, 2016 (en anglais).
- [Collecting and reporting of sex- and age-disaggregated data on adolescents at the sub-national level](#). UNICEF, 2016 (en anglais).

## Prise en compte des autres besoins et droits des jeunes populations clés

En veillant à ce que les besoins des jeunes populations clés soient satisfaits, il est possible d'améliorer les résultats en matière de santé et le bien-être général de ces populations. Les besoins particuliers énumérés ci-dessous doivent être pris en compte lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes et des services (261-264).

- Une protection est requise contre toutes les formes de violence et d'exploitation physiques, émotionnelles et sexuelles, qu'elles soient le fait de responsables de l'application des lois ou d'autres auteurs (315-320).
- Il est nécessaire d'avoir accès aux informations sur les dommages que peuvent causer les mariages et les grossesses précoces.
- Les jeunes personnes qui tombent enceintes doivent avoir accès à des services de santé qui tiennent compte de leurs droits et de leurs besoins. Il s'agit notamment de leur donner accès à des services de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale,



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

la contraception et l'information, ainsi qu'à des services d'avortement sécurisé adaptés aux jeunes, à des soins obstétricaux adéquats et complets et à des services de conseil (321-323).

- Des services de soutien psychosocial sont nécessaires, à savoir, la thérapie, le conseil, les groupes et les réseaux de soutien par les pairs pour lutter contre l'impact de l'autostigmatisation, de la discrimination, de l'exclusion sociale, du dévoilement de l'orientation sexuelle, des soins d'affirmation de genre, et pour prendre en charge les problèmes de santé mentale (312, 324).
- Il est essentiel de bénéficier d'un soutien pour poursuivre un cursus éducatif ou de formation professionnelle ou y accéder ; des possibilités de retour à l'école doivent également être offertes, ainsi que l'accès à des stratégies préventives contre le harcèlement, la stigmatisation et la discrimination (307, 315, 317, 325, 326).
- Des centres de vie autonome et des foyers de logement collectif sont nécessaires pour proposer des solutions d'hébergement immédiates ou à long terme (327, 328).
- La sécurité alimentaire, comprenant des évaluations nutritionnelles, est primordiale (329, 330).
- Il est nécessaire de favoriser le développement de moyens de subsistance et le renforcement économique, et de soutenir l'accès aux services sociaux et aux prestations de l'État (331).
- L'accès à des informations et à des services juridiques gratuits ou abordables est essentiel, notamment des informations sur leurs droits, les mécanismes de signalement et l'accès à des recours juridiques.
- Il est essentiel de fournir des services de conseil aux familles à la demande pour faciliter l'accès aux services, en particulier lorsque le consentement des parents ou du tuteur est requis.



---

# CHAPITRE 8

Élaboration de la riposte : processus de prise de décision, de planification et de suivi





## Introduction

La mise en œuvre des orientations présentées dans ces lignes directrices nécessite une stratégie adaptée au contexte local. La planification, la prise de décision et le suivi font partie d'un processus continu. Une fois qu'un plan est élaboré et mis en œuvre, il doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Les résultats qui en découlent fournissent des éléments à l'appui de la révision de la stratégie et de sa mise en œuvre.

## Analyse de la situation

Une solide base de données probantes doit orienter la riposte, mais un manque de données ne justifie pas d'arrêter ou de ne pas lancer une riposte visant à améliorer la santé des populations clés et à œuvrer en faveur de l'élimination des menaces pour la santé publique que constituent l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST.

En particulier lors de l'élaboration initiale de programmes et de services, il est important d'effectuer une analyse de la situation. Pour qu'une riposte locale soit appropriée, acceptable et la plus efficace possible, les risques et les besoins doivent être examinés au niveau local, et les membres locaux des populations clés doivent être consultés et doivent participer activement à cette analyse de la situation. Les membres locaux des populations clés doivent idéalement être issus des réseaux, lorsqu'ils existent, ou il peut s'agir de personnes reconnues comme des responsables communautaires qui sont à même de représenter les opinions des communautés.

Il est essentiel de comprendre la dynamique des épidémies locales ; les caractéristiques des populations touchées ; les environnements physiques, sociaux et politiques qui ont une incidence sur les risques et la vulnérabilité ; les besoins spécifiques des personnes issues des populations clés, et tout facteur susceptible de favoriser ou d'entraver les efforts visant à répondre à ces besoins ; et les systèmes de santé et les infrastructures communautaires. En disposant de ces informations, un plan fondé sur des données probantes peut être élaboré et mis en œuvre.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les personnes issues des populations clés sont confrontées à un risque élevé d'infection à VIH, d'hépatite virale et d'IST, et à une forte charge de ces maladies, et elles ont des besoins spécifiques et parfois complexes en matière de santé. Bien qu'un grand nombre de ces risques et de ces besoins soient communs aux différentes populations clés dans différents contextes, certains facteurs diffèrent entre les populations clés, et d'autres sont spécifiques à un contexte particulier.

Il est également important de prendre en compte la diversité et les différents niveaux de risque au sein de chaque population clé. Dans de nombreux contextes, il est probable que les personnes les plus à risque soient celles qui peuvent être considérées comme appartenant à plus d'une population clé ; par exemple, certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent également consommer des drogues injectables ou pratiquer le travail du sexe. Les personnes issues des populations clés peuvent également présenter d'autres caractéristiques qui pourraient accroître leurs risques ou leur vulnérabilité, ou créer des besoins supplémentaires en matière de santé ou de bien-être. Par exemple, les personnes issues des populations clés peuvent être sans-abri, pauvres, défavorisées sur le plan éducatif, handicapées, être atteintes de problèmes de santé mentale ou avoir d'autres problèmes de santé aigus ou chroniques.

La taille de la population clé et sa localisation (c'est-à-dire les lieux où les personnes vivent ou se rassemblent) peuvent varier d'un endroit à l'autre, avec certaines constantes, comme la proportion globale d'hommes adultes ayant des rapports sexuels avec des hommes (332). Afin de déterminer l'ampleur requise de la riposte, l'équilibre approprié entre les différentes interventions et leur rapport coût-efficacité, ainsi que les domaines dans lesquels les interventions devraient être ciblées, il est important d'évaluer la taille et la concentration des populations clés, entre autres facteurs (voir l'[Encadré 2](#) et la section suivante). Il est important de souligner la difficulté d'effectuer

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES





des estimations de la taille des populations clés et le manque de données fiables sur la taille des populations clés (333). Des efforts doivent être mis en œuvre pour valider les estimations de la taille des populations clés, et les limites reconnues.

### Encadré 1. Parties prenantes qui doivent participer au processus de planification

- Organisations dirigées par les communautés des populations clés et représentants des communautés des populations clés, y compris les jeunes membres des populations clés ;
- gestionnaires et agents de santé dans les domaines suivants, dans les secteurs public et privé : programmes et centres de lutte contre le VIH, prestataires de services en hépatologie, programmes et centres de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale et les IST, santé de la mère et de l'enfant, santé mentale, services de lutte contre la tuberculose, dépendance à la drogue, PAS, services liés au traitement d'entretien par agonistes opioïdes et programmes de santé en milieu carcéral ;
- société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH et l'hépatite virale, les groupes de femmes et de jeunes, les chefs religieux et les personnes handicapées ;
- spécialistes techniques dans des domaines spécifiques, tels que les services de laboratoire, la pharmacologie, la résistance aux médicaments, la gestion de la toxicité, les chaînes d'approvisionnement et la santé communautaire ;
- partenaires gouvernementaux, y compris les représentants des ministères concernés, tels que la santé, la justice et l'application de la loi, les affaires intérieures, les finances, la planification et les autorités régionales (par exemple, les autorités provinciales) ;
- organisations non gouvernementales, y compris les organismes internationaux, organisations confessionnelles, autres organisations non gouvernementales et communautaires locales, et organismes de services du secteur privé ;
- experts des finances et du budget, tels que les administrateurs du budget des programmes et les économistes de la santé ;
- établissements universitaires, y compris des experts en recherche opérationnelle, science de la mise en œuvre, éthique, formation et supervision ;
- donateurs internationaux et responsables de la mise en œuvre ;
- institutions de défense des droits humains ;
- associations professionnelles de différentes catégories de personnel de santé (tels que les médecins, le personnel infirmier et les agents de santé communautaires).

La composition, les caractéristiques et les besoins des populations clés évoluent au fil du temps, de même que divers facteurs contextuels et environnementaux. La mise à jour de l'analyse de la situation par le biais d'un suivi et d'une évaluation continus permettra d'identifier les paramètres qui évoluent, et d'affiner ou de recentrer la riposte en conséquence.

Il est presque certain qu'une analyse de la situation permettra d'identifier les lacunes dans les connaissances. Un programme de recherches complémentaires peut combler ces lacunes.

Lors de l'analyse et de l'interprétation des données, il est également important d'évaluer la qualité des données et la présence d'éventuelles sources de biais.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



## Encadré 2. Informations clés requises pour la prise de décision et la planification

Information requise	Source de l'information
Taille des populations clés	Estimation de la taille des populations
Prévalence de l'infection à VIH, des hépatites virales B et C et des IST prioritaires parmi les populations clés	Sérosurveillance
Localisation/répartition géographique des populations clés ; identification et cartographie des populations clés accessibles en ligne	Exercices de cartographie (y compris de cartographie en ligne)
Caractéristiques, comportements à risque et problèmes de santé des populations clés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêtes démographiques</li> <li>• Enquêtes comportementales</li> <li>• Enquêtes sur la santé en général</li> </ul>
Facteurs structurels importants, obstacles à la mise en œuvre d'une riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST, et besoins des populations clés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification des lois, des politiques et des pratiques actuelles</li> <li>• Consultation avec les membres des communautés, les organisations dirigées par les communautés et d'autres parties prenantes</li> <li>• Enquêtes comportementales</li> </ul>
Accessibilité, couverture, qualité, résultats et impact des interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données programmatiques</li> <li>• Registres de notification des maladies</li> <li>• Enquêtes biocomportementales intégrées</li> </ul> <p>(voir l'<a href="#">Encadré 3</a> pour une description plus détaillée du cadre national de suivi et d'évaluation des programmes)</p>

Dans les contextes dans lesquels les services destinés aux populations clés ne sont pas bien établis, et dans lesquels une grande partie des informations énumérées ci-dessus n'ont pas été compilées en amont, il peut être approprié de procéder à une évaluation rapide. Des guides d'évaluation et de riposte rapides sont disponibles pour aider à orienter les évaluations initiales et continues, en utilisant diverses méthodes pour recueillir des données et effectuer des analyses à plusieurs niveaux. Ces guides portent en grande partie sur le VIH et ont été élaborés antérieurement au cours de l'épidémie due au VIH, mais les principes et les méthodes décrits demeurent pertinents pour la collecte d'informations sur l'infection à VIH, ainsi que sur l'hépatite virale et les IST :

- [Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men](#). Genève, OMS, 2002 (en anglais).
- [The rapid assessment and response guide on injecting drug use \(IDU-RAR\)](#). Genève, OMS, 1998 (en anglais).
- [The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour \(SEX-RAR\)](#). Genève, OMS, 2002 (en anglais).
- [Rapid assessment and response: adaptation guide for work with especially vulnerable young people](#). Genève, OMS, 2004 (en anglais).
- [HIV in prisons: Situation and needs assessment toolkit](#). Vienne, ONUDC, 2010 (en anglais).



## Planification et mise en œuvre de la riposte

L'efficacité des interventions incluses dans l'ensemble des interventions sanitaires essentielles est bien établie. L'expérience dans plusieurs pays a démontré la généralisabilité de ces interventions dans divers contextes. Bien que les stratégies nationales doivent être guidées par les ensembles d'interventions sanitaires recommandés dans ces lignes directrices, les facteurs locaux ont une incidence sur l'efficacité et l'impact des interventions, ainsi que sur la manière dont une intervention est mise en œuvre pour optimiser l'accès et l'efficacité. En ayant recueilli les informations requises sur le contexte local, comme indiqué ci-dessus, les processus de planification doivent être menés à bien avec la participation des parties prenantes, en particulier des populations clés, et des décisions peuvent être prises sur la manière dont les interventions doivent être mises en œuvre.

Voici quelques-unes des décisions qui doivent être prises lors de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une riposte nationale au VIH, à l'hépatite virale et aux IST parmi les populations clés. Des liens vers des documents d'orientation sur la planification et la mise en œuvre de la riposte figurent dans l'[Encadré 3](#).

### Ciblage de la riposte

- Quelles populations clés et quels sous-groupes au sein des populations clés sont les plus à risque ?
- Quelles stratégies, lois, politiques et lignes directrices doivent être élaborées ou révisées ?

### Mise en œuvre

- Des membres des populations clés mènent-ils efficacement la riposte ?
- Quelles interventions doivent être mises en œuvre et dans quels domaines, et quelles sont les priorités pour la mise en œuvre ?
- Comment les services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale, les IST, et en matière de santé en général peuvent-ils être intégrés au niveau des organisations, des services et des sites (voir le [chapitre](#) consacré à la prestation de services) afin d'optimiser l'accessibilité et l'impact pour les populations clés ?
- Dans quels contextes et à quelle échelle les interventions doivent-elles être proposées ?
- Quels objectifs et délais doivent-ils être fixés pour la mise en œuvre et l'intensification des interventions ?
- Comment et dans quelle mesure les services doivent-ils être décentralisés et intégrés pour offrir la meilleure couverture de services aux populations clés ?
- Quels sont les modes de prestation de services les plus appropriés ?
- Quels sont les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes dans la mise en œuvre de la riposte et l'atteinte des objectifs fixés ?

### Ressources nécessaires

- Quelles ressources financières, humaines et autres, et infrastructures sont nécessaires pour mettre en œuvre la riposte ? Quelles sont les ressources actuellement disponibles, quels moyens supplémentaires seront nécessaires et comment peuvent-ils être obtenus ? Quels types d'agents de santé et d'autres intervenants (y compris les pairs des populations clés) sont nécessaires, et comment seront-ils recrutés et formés ? Comment la délégation et le partage des tâches peuvent-ils optimiser l'utilisation des ressources humaines disponibles et élargir la prestation de services ?
- Comment les économies d'échelle et les synergies entre les interventions permettront-elles de réduire les coûts et d'améliorer la prestation de services ?
- Quelles sont les ressources disponibles auprès des organisations donatrices et quelles ressources devront être mobilisées auprès de sources nationales ? Il est possible qu'un financement plus important pour le VIH soit disponible par l'intermédiaire du Fonds mondial et du PEPFAR, mais il est possible que les fonds pour les IST et l'hépatite virale doivent être intégrés dans les plans nationaux.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATÉGORIES  
ESSENTIELLES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Suivi et évaluation

- Comment la mise en œuvre de la riposte sera-t-elle suivie et évaluée ?
- Comment les systèmes d'information stratégique pour le suivi et l'évaluation doivent-ils être renforcés ?

## Risques, résultats et répercussions

- Quels sont les risques et les vulnérabilités potentiels de la riposte planifiée, et quelles stratégies atténueraient leurs répercussions ? Les risques peuvent inclure des facteurs nationaux tels que des coupes budgétaires, le vol de consommables, l'attrition des agents de santé et l'apparition d'une résistance aux médicaments. Les facteurs externes peuvent inclure la perte d'un soutien financier extérieur, l'instabilité politique et les catastrophes naturelles.

### Encadré 3. Documents d'orientation sur la planification et la mise en œuvre de la riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST pour les populations clés

- [Considérations relatives à la planification et à la budgétisation d'une plateforme d'accès de confiance pour la population clé](#). Coalition mondiale pour la prévention de l'infection à VIH, 2020.
- [Mise en place d'un suivi dirigé par la communauté dans le cadre des services liés au VIH – Principes et procédure](#). ONUSIDA, 2021.

## Suivi et évaluation de la riposte

**Le suivi et l'évaluation** constituent une part essentielle de la riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST pour les populations clés

Un système de suivi et d'évaluation est nécessaire pour évaluer les composantes structurelles et sanitaires de la riposte au VIH, à l'hépatite virale et aux IST auprès des populations clés. Il est essentiel que ces systèmes soient pratiques, pas trop compliqués, et qu'ils recueillent des informations à jour, utiles et faciles à utiliser tout en respectant les principes des droits humains mentionnés précédemment.

L'OMS et les organisations partenaires au sein du système des Nations Unies ont élaboré des cadres de suivi de la riposte au VIH dans la population générale et les populations clés. Les documents suivants présentent ces cadres :

- [Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#). Genève, OMS, 2015 (en anglais).
- [Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination](#). Genève, OMS, 2019 (en anglais).
- [Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne](#). Genève, OMS, 2017.
- [Consolidated HIV strategic information guidelines: driving impact through programme monitoring and management](#). Genève, OMS, 2020 (en anglais).
- [Stratégies et méthodes analytiques pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012](#). Genève, OMS, 2013.

Ces cadres recommandent des ensembles d'indicateurs au niveau national. Ces indicateurs évaluent des facteurs clés liés à la création d'un environnement favorable ; mesurent la disponibilité, la couverture et la qualité d'interventions spécifiques ; et examinent leurs résultats et leur impact ([Encadré 4](#)). Les indicateurs peuvent également être utilisés lors de la préparation de propositions ou pour rendre compte des progrès accomplis aux organisations donatrices.



Le processus de suivi et d'évaluation nécessite des données provenant de diverses sources, notamment des enquêtes comportementales et de sérosurveillance, des données programmatiques et administratives, un suivi mené par les communautés ainsi que des informations recueillies lors de l'examen de documents d'orientation et de la législation, et de la consultation d'experts et de parties prenantes ([Encadré 5](#)). La qualité et les limites de ces données doivent être évaluées et prises en compte lors de l'analyse et de l'interprétation.

## Planification et élaboration continues de la riposte

Il est essentiel de fixer des objectifs clairs, atteignables, mais ambitieux lors de la planification de l'intensification des interventions pour avoir un impact sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST. Les objectifs définissent concrètement ce qu'un programme ou un projet national réussi doit accomplir dans un délai déterminé. Des objectifs peuvent être fixés à la fois pour des indicateurs spécifiques à des interventions et pour des indicateurs transversaux relatifs aux résultats et à l'impact ([Encadré 4](#)).

**Indicateurs relatifs aux interventions et à l'environnement favorable** : ils reflètent la disponibilité, la couverture et la qualité d'une intervention ou d'un service, ou évaluent les changements des facteurs environnementaux, tels que la révision de la législation, dans un délai spécifié. Les objectifs sont fixés dans le but d'obtenir des réductions suffisantes du risque d'infection à VIH, d'hépatite virale et d'IST pour diminuer la transmission et assurer la prestation de services adéquats de traitement et de soins aux personnes vivant avec le VIH, atteintes d'hépatite virale ou d'une IST.

**Indicateurs relatifs aux résultats et à l'impact** : ils cherchent à évaluer l'impact des interventions sur les résultats ayant une incidence sur l'exposition au risque, comme les changements concernant les comportements à risque (par exemple, le pourcentage de personnes qui utilisent systématiquement des préservatifs), ou les effets sur l'évolution des épidémies dues au VIH, d'hépatite virale ou d'IST ; par exemple, réductions de l'incidence de l'infection à VIH, de l'hépatite virale ou des IST ([Encadré 4](#)).

À l'instar de la planification dans son ensemble, le processus d'établissement des objectifs doit être collaboratif et faire intervenir diverses parties prenantes. Les personnes qui se chargent de fixer les objectifs doivent déterminer s'ils sont réalistes et si les données peuvent être recueillies dans la pratique. Les objectifs, conformément aux stratégies des programmes, doivent être adaptés au contexte épidémique local et à ce que la stratégie peut raisonnablement accomplir avec les fonds et les ressources disponibles. La modélisation peut aider à déterminer quels seraient les effets d'objectifs de différents niveaux sur les épidémies.

**Évaluation initiale** : elle doit mesurer l'ampleur de la riposte actuelle, en évaluant la disponibilité, la couverture et la qualité des interventions actuelles, et jauger les catalyseurs et les obstacles actuels liés à l'environnement en se fondant sur des indicateurs convenus. Cette évaluation sert de référence pour le suivi des progrès. Il est également nécessaire de faire un état des lieux des ressources et des capacités techniques actuellement disponibles pour estimer les besoins supplémentaires et déterminer comment mettre à niveau l'intervention de manière appropriée. Grâce à ces informations, il est possible de fixer des objectifs réalistes et atteignables, et les délais associés.

**Estimation des coûts** : l'estimation des coûts associés à la mise en œuvre est une étape clé de la planification du déploiement. Il existe plusieurs outils et ressources d'estimation des coûts.

Spectrum, par exemple, est un ensemble de modèles et d'outils analytiques visant à étayer la prise de décisions concernant les programmes de lutte contre le VIH et les IST. Il comprend plusieurs applications logicielles, dont les modèles AIM (*AIDS Impact Model*) et Goals (coûts et impact des interventions de lutte contre le VIH). La plupart des pays disposent déjà de fichiers AIM préparés dans le cadre de leurs estimations épidémiologiques nationales, de sorte que les deux modules peuvent être appliqués rapidement. Le *Guide de démarrage rapide pour Spectrum* peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_fr.pdf).

OneHealth est un outil logiciel conçu pour renforcer l'analyse et l'établissement des coûts des systèmes de santé, et pour élaborer des scénarios de financement au niveau national. Il est spécialement conçu





pour les PRFI. Il offre aux planificateurs un cadre unique pour la planification, le calcul des coûts, l'analyse de l'impact, la budgétisation et le financement des stratégies pour l'ensemble des grandes maladies et des composantes du système de santé. OneHealth peut être téléchargé gratuitement (Avenir Health, 2021) à l'adresse : <https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>.

L'ONUSIDA a mis au point l'outil d'établissement des coûts des droits de l'homme (HRCT), un outil adaptable permettant de calculer les coûts des investissements dans des catalyseurs essentiels (tels que les programmes intégrés de sensibilisation au traitement et aux droits, les services juridiques, les programmes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et la formation des agents de santé et des responsables de l'application des lois). Celui-ci peut également être téléchargé gratuitement, de même qu'un guide de l'utilisateur (en anglais), à l'aide des liens suivants : [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The\\_Human\\_Rights\\_Costing\\_Tool\\_v\\_1\\_5\\_May-2012.xlsm](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm) et [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The\\_HRCT\\_User\\_Guide\\_FINAL\\_2012-07-09.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf).

L'OMS a chargé Avenir Health de développer l'outil SITE (*Syphilis Interventions Towards Elimination*), qui est un modèle de transmission dynamique permettant d'évaluer et de prévoir l'impact, le coût et le rapport coût-efficacité des interventions contre la syphilis (dépistage, traitement et prévention) à l'appui des programmes nationaux de lutte : <https://avenirhealth.org/software-site.php>.

#### Encadré 4. Indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la riposte

Afin de comprendre dans quelle mesure la riposte fonctionne et quels sont ses effets, ses diverses conditions clés doivent faire l'objet d'un suivi pour chaque population clé. Pour chacune de ces conditions, il existe plusieurs indicateurs utiles.

Ces indicateurs sont décrits en détail dans les orientations de l'OMS consacrées aux populations clés :

- [Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#). Genève, OMS, 2015 (en anglais).
- [Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination](#). Genève, OMS, 2019 (en anglais).

Des indicateurs d'impact spécifiques relatifs à la validation de l'élimination de l'hépatite virale chez les consommateurs de drogues injectables sont présentés dans le document intitulé :

- [Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination](#). Genève, OMS, 2021 (en anglais).

**Afin d'assurer une mise en œuvre réussie et un impact, des politiques, des lois et d'autres facteurs structurels de soutien sont nécessaires.**

Évaluation grâce à des indicateurs **structurels** (ou d'un environnement favorable) :

- vérification des lois et des politiques actuelles ;
- nombre d'organisations dirigées par les populations clés ;
- participation significative des populations clés à la formulation des politiques et des stratégies ;
- des services d'appui juridique destinés aux populations clés ont été mis en place ;
- des services de soutien sont disponibles pour les personnes issues des populations clés qui sont victimes de violence ;
- une formation de sensibilisation consacrée aux populations clés est régulièrement proposée aux responsables de l'application des lois ;
- une formation de sensibilisation consacrée aux populations clés est régulièrement proposée aux prestataires de soins de santé et de services sociaux.



#### Encadré 4. Indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la riposte (suite)

##### Les interventions doivent être accessibles aux personnes issues des populations clés.

Évaluation grâce à des indicateurs de **disponibilité** :

- nombre de sites dans lesquels chaque intervention est disponible, incluant la disponibilité d'interventions en ligne ;
- nombre et pourcentage de sites de programmes centrés sur les populations clés dans lesquels l'intervention est proposée ;
- nombre et pourcentage de sites de programmes généraux dans lesquels l'intervention est proposée et qui répondent aux normes de sensibilisation concernant les populations clés ;
- pourcentage de l'ensemble des sites dans lesquels l'intervention est actuellement proposée qui sont soit des sites de programmes généraux répondant aux normes de sensibilisation concernant les populations clés, soit des sites de programmes centrés sur les populations clés ;
- pourcentage de l'échantillon de la population clé déclarant que l'intervention est facilement accessible ;
- cartographie des populations clés en lien avec les lieux de prestation des interventions.

##### Les interventions doivent atteindre les personnes qui en ont besoin.

Évaluation grâce à des indicateurs de **couverture** :

- nombre et pourcentage de personnes issues des populations clés ayant bénéficié de l'intervention au cours d'une période donnée ;
- nombre d'articles consommables (tels que les aiguilles et les seringues ou les préservatifs) distribués par membre des populations clés au cours d'une période donnée ;
- pourcentage de l'échantillon de la population clé déclarant avoir bénéficié de l'intervention au cours d'une période donnée.

##### Les interventions doivent être correctement mises en œuvre pour être efficaces.

Évaluation grâce à des indicateurs de **qualité** :

- examen des politiques et des pratiques des programmes à l'aide de la liste de vérification pour l'évaluation de la qualité des programmes ;
- pourcentage des membres du personnel ayant reçu une formation de sensibilisation consacrée aux populations clés ;
- pourcentage des populations clés ayant indiqué avoir bénéficié d'une intervention, ainsi que d'une activité ou d'un service important en particulier (comme la fourniture de lubrifiant compatible avec les préservatifs) ;
- pourcentage d'occasions lors desquelles l'intervention a été proposée, de même que l'activité ou le service important en particulier (voir point précédent).

##### Les objectifs visés doivent être atteints.

Évaluation grâce à des indicateurs relatifs aux **résultats** et à l'**impact** :

- prévalence des comportements à risque chez les populations clés ;
- incidence de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST chez les populations clés ;
- prévalence de l'infection chez les populations clés ;
- incidence de la mortalité liée à l'infection à VIH chez les populations clés ;
- prévalence des faits de stigmatisation ou de discrimination à l'égard de personnes issues des populations clés ;
- incidence de la violence contre des personnes issues des populations clés.



## Encadré 5. Sources de données

**Enquêtes comportementales et de sérosurveillance.** Ces enquêtes auprès des populations clés peuvent fournir des données sur la prévalence et des informations sur les expériences, les risques et l'utilisation des services concernant les personnes appartenant à ces groupes. De nombreux pays réalisent déjà périodiquement des enquêtes bio-comportementales auprès des populations clés dans le cadre du suivi continu des épidémies dues au VIH et d'hépatite virale. La généralisabilité des résultats de ces enquêtes dépend du niveau de représentativité de l'échantillon par rapport à l'ensemble de la population clé ; il est important de tenir compte du biais de sélection qui peut être associé au mode de recrutement des participants. Les enquêtes comportementales sont susceptibles d'être affectées par un biais en faveur de réponses socialement désirables et par un biais de mémorisation.

**Données programmatiques ou administratives.** La plupart des programmes enregistrent systématiquement au moins quelques informations de base lors de la prestation d'un service. Cela peut inclure le nombre de personnes qui ont reçu un service, des renseignements de base sur les usagers et le nombre de fournitures utilisées ou distribuées. Pour évaluer les services fournis aux personnes issues des populations clés, il faut ventiler les données des programmes par population clé, lorsque des informations sur le statut et les comportements des populations clés peuvent être recueillies en toute sécurité, et lorsque cela est possible. Les programmes centrés sur les populations clés peuvent être en mesure de fournir des données spécifiques aux populations qu'ils desservent, mais ces informations ne sont généralement pas disponibles auprès des programmes qui fournissent des services à de nombreux groupes différents ou à la population en général.

**Examen documentaire et consultation d'experts.** L'examen de divers documents d'orientation et de la législation peut permettre de prendre acte de la présence ou de l'absence de diverses lois ou politiques susceptibles d'affecter les personnes issues des populations clés.

**Estimation de la taille des populations.** Il peut être difficile d'obtenir des estimations fiables de la taille de la population pour les populations clés. Diverses méthodes peuvent être employées ; chacune présente ses avantages et ses limites. Les méthodes courantes comprennent le recensement et le dénombrement, les enquêtes en population générale et les méthodes de capture-recapture, des multiplicateurs et d'analyse des réseaux. Il est utile de procéder à plusieurs estimations au moyen de différentes méthodologies et de trianguler les résultats. Les définitions des populations clés doivent être claires.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



# CHAPITRE 9

## Informations supplémentaires sur l'élaboration des nouvelles recommandations

### Introduction

Comme nous l'avons souligné dans les chapitres précédents, les présentes lignes directrices actualisées contiennent sept nouvelles recommandations ou déclarations de bonnes pratiques qui sont incluses dans le cadre général des interventions sanitaires et de la prestation de services.

### Méthodologie

L'OMS a élaboré sept questions PICO. Dans une enquête en ligne, les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont procédé à une classification de l'importance de chaque résultat pour les personnes concernées par l'intervention à l'aide de l'échelle de notation GRADE de 1 à 9 (de 1 à 3 : pas important ; de 4 à 6 : important ; de 7 à 9 : essentiel). Une fois que les questions PICO et les résultats prioritaires ont été définis, des chercheurs externes, avec le soutien de l'équipe de l'OMS, ont mené une revue systématique des données probantes.

Les équipes chargées de la revue systématique ont élaboré des protocoles et ont mené une revue systématique des éléments de preuve scientifiques pertinents. La spécialiste de la méthodologie indépendante désignée a évalué et examiné les protocoles, tout comme le groupe d'orientation, les réseaux des populations clés et les administrateurs techniques de l'OMS. La spécialiste de la méthodologie a conseillé l'équipe chargée de la revue systématique sur les décisions analytiques, et sur la synthèse et la classification des données probantes. Des études fournissant des informations sur la faisabilité, les valeurs et les préférences, ainsi que le rapport coût-efficacité ont également été incluses et résumées. Les éléments de preuve scientifiques à l'appui des recommandations ont été évalués à l'aide de l'approche GRADE, et l'efficacité ainsi que la fiabilité globale des données probantes pour chaque intervention ont été déterminées.

Le risque de biais pour les études incluses dans les revues systématiques a été évalué à l'aide de l'outil d'évaluation du risque de biais de Cochrane pour les essais contrôlés randomisés (ECR) (334) et de l'outil ROBINS-I pour les études non randomisées (335).

L'OMS a également mandaté quatre réseaux mondiaux de populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleurs du sexe, personnes transgenres et de genre variant, et consommateurs de drogues injectables) pour mener de nouveaux travaux de recherche qualitative sur les valeurs et les préférences au sein de leurs réseaux. Les résultats ont été intégrés à la synthèse des données probantes. La section suivante fournit des informations plus détaillées à ce sujet.

Tableau 2. Domaines pris en compte lors de l'évaluation de la force des recommandations

Domaine	Explication
<b>Effets bénéfiques et néfastes</b>	Lorsqu'une nouvelle recommandation est élaborée, les effets souhaitables (ou bénéfiques) doivent être mis en balance avec les effets non souhaitables (risques ou effets néfastes), en tenant compte de toute recommandation antérieure ou solution de remplacement. Plus l'écart ou le gradient en faveur des effets bénéfiques par rapport aux risques est grand, plus il est probable qu'une recommandation forte sera formulée.
<b>Fiabilité des données probantes</b>	Une fiabilité élevée des données probantes est susceptible de donner lieu à une recommandation forte.
<b>Valeurs et préférences</b>	Si elle a de bonnes chances d'être largement acceptée ou appréciée, il est probable que la recommandation formulée soit forte. S'il y a une grande variabilité ou de solides éléments indiquant qu'il y a peu de chances que la ligne de conduite recommandée soit acceptée, il est plus probable qu'une recommandation conditionnelle sera formulée.



Domaine	Explication
<b>Coûts et incidences financières</b>	Des coûts plus faibles (ressources financières, infrastructures, équipements ou ressources humaines) ou un meilleur rapport coût-efficacité contribuent à la formulation d'une recommandation forte.
<b>Faisabilité</b>	Si une intervention est réalisable dans un contexte dans lequel on s'attend à en obtenir l'impact le plus important, une recommandation forte est appropriée.
<b>Équité et droits humains</b>	Si elle a de bonnes chances d'accroître l'accès à une intervention pour ceux qui en ont le plus besoin, il est probable que la recommandation formulée soit forte.
<b>Acceptabilité</b>	Plus l'acceptabilité est importante pour toutes les parties prenantes, ou la plupart, plus il est probable que la recommandation formulée soit forte.

L'approche GRADE définit quatre niveaux de fiabilité des données probantes (Tableau 3). La fiabilité des données probantes est un déterminant clé de la force d'une recommandation, qui peut être qualifiée de forte ou conditionnelle.

Tableau 3. Interprétation des quatre niveaux GRADE de fiabilité des données probantes

Fiabilité des données probantes	Signification
<b>Élevée</b>	Nous sommes absolument convaincus du fait que l'effet réel est proche de l'effet estimé.
<b>Modérée</b>	Nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet. L'effet réel est probablement proche de l'effet estimé, mais il est possible qu'il soit considérablement différent.
<b>Faible</b>	Nous avons peu confiance dans l'estimation de l'effet. L'effet réel peut être considérablement différent de l'effet estimé.
<b>Très faible</b>	Nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet. Toute estimation de l'effet est très incertaine.

Les déclarations de bonnes pratiques sont parfois appropriées lorsque les données probantes à l'appui sont indirectes, et donc difficiles à recueillir et à synthétiser, mais que la fiabilité ou la confiance associée à l'impact d'une intervention est élevée, et lorsque les effets souhaitables d'une intervention l'emportent clairement sur ses effets non souhaitables. Souvent, les données ne sont pas ventilées par groupe de population clé et on ne dispose pas de données probantes spécifiques aux différentes populations clés ; les déclarations de bonnes pratiques se sont donc avérées appropriées lors de l'élaboration des présentes lignes directrices. Les déclarations de bonnes pratiques sont, par nature, des recommandations fortes (56).

Conformément au processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS (56), le groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé des recommandations en se fondant sur l'approche GRADE pour évaluer les données probantes. Le groupe d'élaboration des lignes directrices a également formulé des déclarations de bonnes pratiques. Les données probantes ont été synthétisées et intégrées à un cadre menant des données probantes à la prise de décisions, afin de fournir des éléments à l'appui des discussions lors de la réunion du groupe d'élaboration des lignes directrices. L'OMS a organisé une réunion virtuelle du groupe d'élaboration des lignes directrices, qui s'est déroulée durant six jours entre le 30 août et le 8 septembre 2021 et qui a été présidée par deux membres du groupe d'élaboration des lignes directrices. Tous les conflits d'intérêts ont été gérés. La spécialiste de la méthodologie, avec l'aide des présidentes, a contribué à la formulation des avis du groupe d'élaboration des lignes directrices sur les effets bénéfiques et néfastes potentiels de l'intervention, les valeurs et les préférences des parties prenantes, l'acceptabilité, la faisabilité, l'utilisation des ressources et les considérations relatives aux droits humains et à l'équité. Dans l'ensemble, ces avis ont contribué à déterminer la force et l'orientation de la recommandation (334). Toutes les recommandations ont été formulées par consensus. Il n'a pas été nécessaire de procéder à un vote, mais le groupe avait convenu au préalable que les deux tiers des voix seraient nécessaires pour valider une décision. Le projet de lignes directrices a été diffusé pour examen aux membres du groupe d'élaboration des lignes directrices et du groupe d'examen externe en novembre 2021.





# Données probantes et processus décisionnel pour les nouvelles recommandations

## Interventions comportementales

### Contexte et justification

Les interventions comportementales sont largement utilisées dans les programmes visant à réduire la transmission du VIH, des IST et de l'hépatite virale. Il existe diverses interventions comportementales, notamment celles qui mettent l'accent sur l'information et l'éducation et celles qui adoptent une approche de conseil, mais elles ont toutes en commun de viser à accroître les comportements de recours aux soins et/ou à réduire les comportements qui augmentent le risque d'infection à VIH, d'IST et d'hépatite virale, notamment le partage d'aiguilles et de seringues et les rapports sexuels non protégés. Les interventions comportementales de conseil peuvent être proposées par des agents de santé ou par des pairs, elles peuvent avoir lieu en une seule séance ou en plusieurs, être brèves ou longues, avoir lieu en groupe ou individuellement, et se dérouler en ligne ou en présentiel.

Les lignes directrices unifiées de l'OMS pour les populations clés (3) de 2014 et 2016 comprenaient des recommandations relatives à des interventions comportementales qui étaient fondées sur une fiabilité faible des données probantes et l'absence de comparateurs normalisés. Au cours de l'exercice de définition de la portée visant à identifier les recommandations qui devaient être actualisées, et de la consultation des communautés et des experts en 2019-2020 (voir la section sur les méthodes), ces recommandations ont été identifiées comme nécessitant une mise à jour. Pour fournir des éléments à l'appui du processus décisionnel, l'examen des données probantes s'est concentré sur les interventions comportementales incluant une composante de conseil, en particulier sur la question de savoir si la prestation d'interventions comportementales de conseil avait une incidence sur l'acquisition et la transmission de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale pour les populations clés.

### Examen des données probantes

Une revue systématique a été commandée par l'OMS pour mettre à jour les recommandations existantes, afin de répondre à la question PICO consistant à déterminer si les interventions comportementales de conseil réduisent les comportements à risque associés à la transmission ou à l'acquisition de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale. Les résultats principaux étaient l'incidence des infections par le VHB, le VHC, le VIH ou des IST, et les résultats secondaires étaient les rapports sexuels non protégés (par exemple, rapports sexuels sans préservatif, sans lubrifiant, sans PrEP), le partage d'aiguilles et de seringues, et la mortalité.

Une revue systématique des articles publiés du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 1<sup>er</sup> mars 2021 a recensé neuf essais contrôlés randomisés pertinents (voir l'[annexe Web C](#) [en anglais]). Cinq études portaient sur des populations clés adultes et deux études portaient sur des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (16-25 ans) (336) et des jeunes femmes (13-17 ans) sortant de centres de détention pour mineures (337). Dans l'ensemble, elles indiquaient que les interventions comportementales de conseil n'entraînent probablement qu'une différence limitée, ou pas de différence, s'agissant de l'incidence de l'infection à VIH (336, 338-343), de l'hépatite virale (341) ou des IST (337-340, 342-344) chez les populations clés. Cela était également vrai pour les rapports sexuels non protégés (336-342) et le partage d'aiguilles et de seringues (340, 341). On relève une fiabilité modérée quant à l'absence d'effet sur l'ensemble des résultats.

Des données probantes de fiabilité modérée issues de six essais contrôlés randomisés (ECR) portant sur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des femmes transgenres, des consommateurs de drogues injectables et des travailleuses du sexe en Chine, au Kazakhstan, au Kenya et aux États-Unis ont indiqué dans le cadre de la méta-analyse que les interventions comportementales de conseil n'avaient probablement aucun effet sur l'incidence de l'infection à VIH (rapport de risques [RR] combiné : 0,700 ; IC à 95 % : 0,409 à 1,197), avec une absence d'effet bénéfique ou néfaste important (336, 338-342). Des données probantes de fiabilité faible issues d'un ECR mené chez des travailleuses du sexe qui consomment des drogues injectables au Mexique ont indiqué une absence d'impact sur l'incidence de l'infection à VIH/des IST dans le cadre d'une méta-analyse des résultats des différents sites de l'étude (RR : 0,663 ; IC à 95 % : 0,224 à 1,960) (343).

Des données probantes de fiabilité modérée issues de six ECR portant sur des personnes incarcérées, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des femmes transgenres, des consommateurs de drogues injectables et des travailleuses du sexe en Chine, au Kazakhstan, au Kenya et aux États-Unis ont indiqué dans le cadre de la méta-analyse que la différence était probablement limitée ou inexistante en ce qui concerne l'incidence des IST (RR : 0,985 ; IC à 95 % : 0,741 à 1,308), avec une absence d'hétérogénéité statistiquement significative ( $Q = 2,120$  ;  $p = 0,832$  ;  $I^2 = 0,000$ ).

Des données probantes de fiabilité modérée issues d'un ECR mené chez des consommateurs de drogues injectables au Kazakhstan ont indiqué que la différence était probablement limitée ou inexistante en ce qui concerne l'incidence de l'infection par le VHC lorsqu'elle était calculée directement sous forme de RR non ajusté (RR : 0,447 ; IC à 95 % : 0,158 à 1,267), mais il y avait une réduction de l'incidence de l'infection par le VHC lorsqu'elle était calculée par les auteurs de l'étude sous forme d'un rapport de taux ajusté pour prendre en compte une mesure initiale des pratiques d'injection à risque au cours des 90 derniers jours (rapport de taux : 0,31 ; IC à 95 % : 0,10 à 0,90).

Des données probantes de fiabilité très faible ont été obtenues dans le cadre de sept ECR menés chez des personnes incarcérées, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues injectables et des travailleuses du sexe en Chine, au Kazakhstan, au Kenya et aux États-Unis sur l'impact des interventions comportementales de conseil sur les rapports sexuels non protégés (en utilisant diverses mesures des rapports

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



sexuels sans préservatif ; RR : 0,821 ; IC à 95 % : 0,663 à 1,018). Cette méta-analyse a fait apparaître une hétérogénéité statistiquement significative ( $Q = 22,015$  ;  $p = 0,001$  ;  $I^2 = 72,746$ ), qui n'était pas clairement explicable par des analyses de sous-groupes ou par d'autres raisons, et il n'a pas été déterminé avec certitude si les interventions comportementales de conseil réduisent les rapports sexuels non protégés.

Des données probantes de fiabilité faible issues de deux ECR portant sur des consommateurs de drogues injectables aux États-Unis et au Kazakhstan ont indiqué dans le cadre de la méta-analyse qu'il pourrait n'y avoir aucun impact sur le *partage d'aiguilles et de seringues* (RR : 0,719 ; IC à 95 % : 0,317 à 1,628), avec une absence d'hétérogénéité statistiquement significative ( $Q = 1,135$  ;  $p = 0,287$  ;  $I^2 = 11,909$ ).

## Faisabilité, coûts et rapport coût-efficacité

Une revue systématique a recensé deux études comprenant des données sur les coûts associés aux interventions comportementales de conseil destinées aux populations clés, toutes deux menées aux États-Unis. Les coûts allaient de 682 à 782 USD pour une seule séance, et de 1823 à 3890 USD par an (345, 346).

Une analyse coût-efficacité d'une intervention auprès de travailleuses du sexe le long de la frontière entre le Mexique et les États-Unis, qui comprenait plusieurs composantes, a été recensée (346). Pour un groupe hypothétique de 1000 travailleuses du sexe, recevant une intervention unique, l'analyse a indiqué un coût différentiel de 78 200 USD, 33 cas d'infection par le VIH évités et 5,7 mois d'années de vie ajustées sur la qualité de vie (QALY) gagnés, par rapport à l'absence d'intervention. Le coût supplémentaire par QALY gagné était de 183 USD. Pour les travailleuses du sexe recevant l'intervention annuellement, l'analyse a indiqué un coût différentiel de 389 000 USD, 29 cas d'infection par le VIH supplémentaires évités et 4,5 mois supplémentaires de QALY par rapport à l'intervention unique. Le coût supplémentaire par QALY était de 1075 USD.

Il existe peu de données probantes relatives aux coûts ou au rapport coût-efficacité des interventions comportementales de conseil dans différents contextes ou pour différentes modalités.

## Valeurs et préférences

Deux études menées aux États-Unis, l'une auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et l'autre auprès de femmes transgenres, toutes deux consacrées au VIH, ont révélé que les participants considéraient généralement favorablement les interventions comportementales de conseil spécifiques (347, 348).

Des travaux de recherche qualitative menés par quatre réseaux mondiaux de populations clés ont révélé que les membres des populations clés (voir le rapport complet dans l'[annexe Web B](#) [en anglais]) accordent une grande importance aux services d'éducation, d'information, de conseil et de sensibilisation menés par les pairs, car ils sont plus susceptibles de ne porter aucun jugement, et sont fournis par des personnes qui comprennent les besoins des populations clés. Ils ont indiqué une préférence pour des séries d'interventions homogènes, plutôt que des interventions ponctuelles et des interventions réalisées au moyen de divers mécanismes.

Les consommateurs de drogues injectables apprécient l'accès à l'information et à l'éducation, mais un accès adéquat à des approches de réduction des risques fondées sur des données probantes, telles que les PAS, le traitement d'entretien par agonistes opioïdes et la prise en charge des surdoses, demeure une priorité afin de mettre en pratique l'éducation sanitaire.

Les commentaires des quatre réseaux de populations clés relatifs à d'autres facteurs ayant une incidence sur l'accès aux interventions comportementales (y compris l'éducation et le conseil) portaient en grande majorité sur des problèmes structurels, notamment : attitudes négatives des communautés et des prestataires de services ; approches et messages problématiques ; stigmatisation et discrimination ; et la nécessité d'une réforme de la législation et d'efforts de sensibilisation pour changer la manière dont les populations clés sont perçues et traitées.

## Équité et acceptabilité

La prestation d'interventions comportementales de conseil peut accroître l'accès si un large éventail d'interventions différentes sont disponibles avec un contenu adapté qui met l'accent sur l'amélioration de l'accès aux services de santé et l'autonomisation des populations clés. Cependant, les travaux de recherche menés par les réseaux de populations clés ont constaté qu'un manque d'éducation formelle et d'alphabétisation constituait un obstacle à l'éducation sur la prévention de l'infection à VIH, des IST et de l'infection par le VHC. Ils ont souligné la nécessité d'une éducation plus spécifique, continue, menée par les pairs et dirigée par les communautés en matière de VIH, d'IST et de VHC. Lorsqu'elle est dispensée au moyen de divers mécanismes et formats pour tenir compte des différents niveaux d'accès, de connaissances et d'alphabétisation, et lorsqu'elle est associée à des services de conseil et à d'autres services de soutien psychosocial, elle parvient à une efficacité maximale.

Les populations clés ont indiqué que les interventions comportementales qui encouragent l'abstinence de la consommation de drogues, la réadaptation ou l'arrêt du travail du sexe ont une incidence négative sur l'équité, car elles créent des obstacles à l'utilisation des services, et qu'elles doivent être évitées. Les méthodes affirmant apporter un prétendu remède à l'homosexualité, telles que la thérapie de conversion, ou d'autres méthodes se targuant de changer l'identité de genre ou l'orientation sexuelle sont néfastes ; elles constituent des violations des droits humains et ne doivent jamais être employées (349). Des préjugés individuels peuvent être causés lorsque des conseillers ou des interventions comportementales de conseil plaident en faveur de l'abstinence de la consommation de drogues, de la réadaptation, de l'arrêt du travail du sexe ou préconisent des prétendus remèdes contre l'homosexualité, ce qui peut décourager les membres des populations clés d'accéder aux services. De plus, la réaffectation des fonds vers ces types d'interventions peut limiter la disponibilité d'interventions fondées sur des données probantes.



## Évaluation des données probantes et prise de décision

Conformément au processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, le groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné les données probantes et a conclu qu'il n'était pas possible de recommander les interventions comportementales de conseil pour réduire l'incidence de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, étant donné qu'il n'y avait pas de données probantes démontrant l'impact de l'intervention sur le résultat. Toutefois, le groupe d'élaboration des lignes directrices était fermement convaincu que le conseil et le partage d'informations peuvent déclencher le consentement éclairé et la prise de décision pour amorcer et poursuivre certaines interventions telles que la PrEP, le TARV, le traitement d'entretien par agonistes opioïdes et les PAS. Le conseil peut améliorer les relations entre les prestataires et les usagers et peut favoriser l'accès aux services. Le groupe a décidé de formuler une déclaration de bonnes pratiques pour sensibiliser les décideurs et les prestataires au fait que, bien que les interventions de conseil aient d'autres effets positifs potentiels, il existe des données probantes de fiabilité modérée indiquant qu'elles ne réduisent probablement pas l'incidence de l'infection à VIH, de l'hépatite virale ou des IST.

## Considérations relatives à la mise en œuvre

Étant donné qu'une revue systématique n'a trouvé aucun effet démontré des interventions comportementales de conseil sur l'incidence de l'infection à VIH, de l'hépatite virale ou des IST, le choix d'inclure des interventions comportementales de conseil dans les ensembles standards et minimaux d'interventions pour les populations clés doit être fait en ayant connaissance des limites potentielles concernant les résultats en matière d'incidence.

Si des interventions comportementales sont mises en œuvre, une formation continue des pairs et des agents de santé est nécessaire, et les attitudes stigmatisantes au sein du système de santé et les obstacles structurels aux soins doivent être éliminés de toute urgence.

Si elles sont mises en œuvre, les interventions comportementales doivent être élaborées et mises en œuvre en collaboration avec les groupes de population clés. Ces interventions doivent être adaptées à des groupes de population clés spécifiques et aux individus, en reconnaissant que les personnes se trouvent à différentes étapes de la vie et ont des priorités et des besoins différents. Certaines personnes peuvent être actuellement incapables de changer leurs comportements à risque, ou peuvent ne pas vouloir apporter de changements, et cela doit être accepté sans jugement. Les interventions axées sur l'arrêt de la consommation de drogues, la réadaptation, l'arrêt de la pratique du travail du sexe et les prétendus remèdes contre l'homosexualité créent des obstacles à l'utilisation des services ; elles ne sont pas recommandées et doivent être évitées.

## Lacunes en matière de recherche

Bien qu'il ne soit pas nécessaire de poursuivre les recherches pour mesurer l'impact des interventions comportementales de conseil sur l'infection à VIH, les IST et l'hépatite virale, des recherches futures pourraient nous permettre de mieux comprendre l'effet des différents aspects des interventions de conseil sur l'établissement de relations entre les usagers et les prestataires, les améliorations psychosociales et la santé mentale. Des travaux de recherche sont nécessaires dans différents contextes et pour chacun des groupes de population clés. Pour les jeunes, il a été démontré que les services de conseil menés par les pairs constituent une stratégie qui améliore l'observance du TARV, mais des recherches complémentaires sont requises concernant leur impact sur l'observance de la PrEP pour la prévention de l'infection à VIH (350).

Le profil détaillé des données probantes figure dans l'[annexe Web C](#) (en anglais).

## Chemsex

### Contexte et justification

Le chemsex, ou sexe sous drogue, est un phénomène croissant dans le cadre duquel les personnes se livrent à une activité sexuelle en prenant des stimulants tels que la méthamphétamine, la méphédrone ou le gamma-hydroxybutyrate (GHB). Le chemsex implique généralement plusieurs participants, la consommation de plusieurs drogues (y compris de drogues injectables) et se produit sur une longue durée, par exemple lors de rapports sexuels en groupe ou d'orgies (351-353). Le chemsex est également connu sous d'autres noms, tels que le slamsex (associé à la consommation de drogues injectables), Party and Play (PnP), ou la consommation sexualisée de drogues. On constate un accroissement du signalement de la pratique du chemsex dans certaines communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (352), le plus souvent dans des milieux à revenu élevé en Europe et en Amérique du Nord, bien qu'une récente revue exploratoire qualitative de la consommation sexualisée de drogues et du chemsex chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les femmes transgenres ait constaté une fréquence croissante de ces pratiques en Asie (354, 355). Le rédacteur en chef adjoint de la section *Journal Watch Infectious Diseases* du *New England Journal of Medicine* a déclaré en 2018 que le « taux nettement élevé » d'infections à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pratiquant le chemsex dans le cadre d'une étude menée à Londres (356) identifie une population hautement prioritaire (mais souvent difficile à atteindre) pour les efforts de prévention (y compris les interventions liées à la prophylaxie pré- et post-exposition, à la santé mentale, à la santé associée aux produits chimiques, à la promotion de la santé et à la réduction des risques au minimum (357).

Le chemsex peut être associé à des rapports sexuels non protégés et à des pratiques d'injection à risque, ainsi qu'à la consommation dangereuse de drogues, à la surdose, à la dépendance à la drogue et à des problèmes de santé mentale (358) ; une revue systématique a trouvé des données probantes hétérogènes indiquant une prévalence accrue de l'infection à VIH et par le VHC chez des personnes pratiquant le slamsex (consommation de drogues injectables avant ou pendant une activité sexuelle planifiée) (351).



Au cours de la définition de la portée pour l'élaboration des présentes lignes directrices, des parties prenantes clés ont demandé à l'OMS de poursuivre les recherches pour déterminer si les interventions comportementales peuvent aider à accroître l'utilisation des services chez les personnes pratiquant le chemsex, réduire les risques et avoir un impact sur l'infection à VIH, l'hépatite virale et les IST.

Une revue systématique n'a identifié aucun article correspondant aux critères d'inclusion concernant l'efficacité ou le rapport coût-efficacité. Cinq articles évaluant les valeurs et les préférences ont été identifiés par la revue (359-363) et des travaux de recherche qualitative sur les valeurs et les préférences liées à ce sujet (voir l'[annexe Web C](#) [en anglais]) ont été menés par quatre réseaux de populations clés. Dans l'ensemble, la recherche sur les valeurs et les préférences a révélé une préférence pour les services suivants :

- services spécialisés concernant le chemsex (par exemple, services de conseil spécialisés avec un seul professionnel portant à la fois sur les questions liées à la drogue et au sexe) ;
- services personnalisés, sans jugement et menés par des pairs, axés sur les principes de réduction des risques plutôt que sur l'arrêt de la consommation de drogues ;
- services intégrés de santé sexuelle et de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite virale ;
- accroissement de l'information et de l'éducation spécifiques au chemsex disponibles selon diverses modalités, comprenant des explications sur les risques potentiels.

Les travaux de recherche qualitative sur les valeurs et les préférences (voir l'[annexe Web B](#) [en anglais]) ont indiqué que les perceptions liées au chemsex et à son importance variaient à la fois entre les quatre réseaux de populations clés et au sein de ceux-ci. Bien que le chemsex soit le plus largement reconnu et pratiqué chez les hommes homosexuels, bissexuels et les autres hommes cisgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes, des participants n'appartenant pas à ces communautés ont également déclaré qu'ils consommaient des drogues pour améliorer ou prolonger les expériences sexuelles, ou les deux. Certains participants ont décrit cette activité sans utiliser le terme chemsex. Certains travailleurs du sexe ont déclaré pratiquer le chemsex en raison de la pression des clients et des nécessités financières.

Les groupes de population clés ont souligné la nécessité de promouvoir la sensibilisation et l'éducation relatives au chemsex, ainsi que de lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes qui pratiquent le chemsex. Les consommateurs de drogues injectables ont insisté sur l'importance de l'élargissement de la compréhension et de la modification du cadre du chemsex en faveur du concept de « consommation sexualisée de drogues » pour aider à réduire le jugement et plutôt encourager et soutenir les personnes pour qu'elles prennent part à des « cultures de soins », notamment des idées telles que des « trousses d'accueil » ou des « kits de sécurité », qui sont axées sur la réduction des risques et encouragent les personnes à « planifier pour assurer leur sécurité ».

L'OMS recommande diverses options de prévention de l'infection à VIH, des IST et de l'hépatite virale, qui sont pertinentes pour les personnes pratiquant le chemsex, notamment les recommandations concernant l'utilisation de préservatifs et de lubrifiant pour la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST, la prophylaxie pré-exposition et la prophylaxie post-exposition pour la prévention de l'infection à VIH, et la fourniture d'aiguilles et de seringues stériles pour la prévention de l'infection à VIH et de l'hépatite virale (3). En dépit de ces orientations, les communautés et les cliniciens sont de plus en plus préoccupés par le faible recours à ces interventions de prévention avant, pendant et après la pratique du chemsex, et par les risques continus qui en découlent. Les interventions qui visent à accroître le recours à ces interventions de prévention fondées sur des données probantes, ainsi que les liens avec les services de dépistage et de traitement et l'intégration des services, peuvent avoir un impact sur la transmission chez les personnes pratiquant le chemsex. L'orientation vers d'autres services pertinents est essentielle pour les personnes qui signalent des cas de relations sexuelles ou de consommation de drogues non consenties.

En se fondant sur les préférences connues de la communauté de la population clé, de l'expérience acquise dans le cadre de la mise en œuvre et des interventions fondées sur des données probantes déjà recommandées par l'OMS, le groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé une déclaration de bonnes pratiques. Le groupe a reconnu l'importance de la mise en avant de ce phénomène auprès des programmes de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite afin de s'assurer que les personnes qui pratiquent le chemsex sont orientées vers les services appropriés, et ce sans jugement.

## Interventions en ligne

### Contexte et justification

Il est de plus en plus fréquent que les services conçus pour les populations clés soient fournis en ligne, qu'il s'agisse de mener des activités de sensibilisation pour identifier les personnes à risque, de fournir des informations sur les services disponibles, de fournir des informations et des tests pour l'autodépistage, de prendre des rendez-vous pour le dépistage et de mettre les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH, d'hépatite virale ou d'IST en relation avec les prestataires de services. Les avantages potentiels des services en ligne comprennent la possibilité de toucher un public plus large, la possibilité d'atteindre des personnes géographiquement isolées, le ciblage des informations en fonction des personnes, l'amélioration de l'efficacité et de la commodité pour les usagers des services.

Différents types d'interventions sont mises en œuvre en ligne, dont les plus courantes sont les suivantes :

- 1) La **sensibilisation en ligne** des usagers potentiels des services au sein des populations clés par l'intermédiaire de plateformes en ligne consiste à s'efforcer d'atteindre des personnes avec lesquelles la communication n'avait pas été établie auparavant, en utilisant des systèmes et des structures comme des sites Web et des applications de médias sociaux, qui permettent aux populations clés de communiquer, d'accéder à des informations et de créer des liens sociaux.



- 2) La **prise en charge des cas en ligne** pour les personnes issues des populations clés dont le test de dépistage s'est révélé positif et qui doivent avoir recours à des services. La prise en charge des cas par le biais de systèmes en ligne peut réduire le taux de perte de vue, fournir des rappels utiles (par exemple pour fixer un rendez-vous ou prendre un médicament) et apporter un soutien aux populations clés.
- 3) Les **informations sanitaires ciblées** utilisent des sites Internet et des applications de réseaux sociaux pour permettre de cibler les messages en fonction des données démographiques et des caractéristiques des utilisateurs. Par exemple, les publicités sur Facebook peuvent cibler des utilisateurs de certains âges, profils politiques, emplacements géographiques, etc. La segmentation de la population peut permettre un ciblage plus précis des publics des populations clés afin de fournir des informations adaptées ou une liaison avec des services de santé.

## Examen des données probantes

Une revue systématique a été commandée par l'OMS pour répondre à la question de savoir si la prestation de services en ligne améliore le recours à des services de prévention et de dépistage du VIH, de l'hépatite virale et des IST, les liens avec des services de traitement et la poursuite du traitement pour les populations clés, par rapport à la norme de soins.

Compte tenu du large éventail d'interventions en ligne, l'examen des données probantes a été divisé pour étudier séparément les éléments suivants : la sensibilisation en ligne, la prise en charge de cas en ligne et les informations sanitaires ciblées. Les résultats pris en compte étaient les suivants :

- sensibilisation en ligne – nombre ou proportion de personnes touchées avec lesquelles la communication n'avait pas été établie auparavant, utilisation des services de prévention, observance de la PrEP, recours à la PPE, observance de la PPE, conseil, préservatifs, recours aux services de dépistage du VIH, de l'hépatite virale et des IST, et instauration du traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST ;
- prise en charge de cas en ligne – utilisation des services de prévention, recours aux services de dépistage du VIH, de l'hépatite virale et des IST, instauration du traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, poursuite ou achèvement du traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, charge virale (par exemple, VIH et VHC), guérison (pour les IST curables, par exemple, infection par le VHC, syphilis et gonorrhée) et mortalité ;
- informations sanitaires ciblées en ligne – utilisation des services de prévention, recours aux services de dépistage du VIH, de l'hépatite virale et des IST, instauration du traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, poursuite ou achèvement du traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, charge virale (par exemple, VIH et VHC), guérison et mortalité.

Deux ECR (364, 365) et une étude transversale en série (366), portant tous sur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ont été inclus dans une revue concernant la sensibilisation en ligne ; quatre ECR (367-370) menés auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de femmes transgenres et de personnes incarcérées, et trois études d'observation (371-373) portant sur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des femmes transgenres et des personnes incarcérées, ont été inclus dans la revue concernant la prise en charge de cas en ligne ; et deux ECR (374, 375) et une étude d'observation (376), portant tous sur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ont été inclus dans la revue consacrée aux informations sanitaires ciblées en ligne.

## Sensibilisation en ligne

Un ECR en grappes par étapes mené chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (âgés de 16 ans et plus) en Chine a révélé une utilisation autodéclarée du préservatif comparable (peu ou pas de différence) au sein des grappes qui ont reçu l'intervention de dépistage du VIH en ligne par rapport aux programmes conventionnels de dépistage du VIH, habituellement fournis par les centres locaux de lutte contre les maladies et les organisations communautaires (RR : 1,00 ; IC à 95 % : 0,86 à 1,17). Il y avait une fiabilité élevée du fait que l'absence d'effet estimée est proche de l'effet réel (364). Un autre ECR portant sur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Chine a révélé que la différence associée à la sensibilisation en ligne pourrait être limitée ou inexistante en ce qui concerne l'utilisation autodéclarée du préservatif, quel que soit le type de partenaire, avec des données probantes de fiabilité faible (RR : 0,90 ; IC à 95 % : 0,39 à 2,06) (377).

Des données probantes de fiabilité modérée issues d'une méta-analyse des deux mêmes ECR ont indiqué une augmentation probable du recours au dépistage du VIH (RR : 1,39 ; IC à 95 % : 1,21 à 1,60) (364, 377). Des données probantes de fiabilité modérée issues de l'un de ces ECR ont indiqué qu'il n'y avait probablement pas de différence concernant le dépistage de la syphilis (RR : 0,92 ; IC à 95 % : 0,70 à 1,21) (364).

Des données probantes de fiabilité modérée provenant d'une étude transversale en série menée auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis ont indiqué qu'il avait probablement été possible d'atteindre un plus grand nombre de personnes avec lesquelles la communication n'avait pas été établie auparavant (366). Lorsque seules les méthodes traditionnelles de sensibilisation étaient utilisées (d'octobre 2011 à mars 2012), le service local de santé publique était en contact avec 60 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Après avoir mis en œuvre des activités de sensibilisation par le biais de Grindr (d'octobre 2013 à mars 2014), le service a été en contact avec 816 hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes. Il n'y avait pas de dénominateur pour calculer les taux, seulement le nombre de contacts (qui peut inclure des doublons) et une confusion possible due à d'autres facteurs, créant un risque potentiel de biais.





## Prise en charge des cas en ligne

En ce qui concerne l'observance de la PrEP, des données probantes de fiabilité faible provenant d'un ECR mené chez de jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes transgenres (de 15 à 19 ans) en Thaïlande ont indiqué qu'il n'y avait peut-être aucune différence s'agissant de l'utilisation des services de PrEP lorsque l'on compare les personnes qui utilisaient une application de prise en charge des cas en ligne (parallèlement aux services standards adaptés aux jeunes) à des personnes n'utilisant pas l'application, mais recevant les mêmes services adaptés aux jeunes (RR : 1,12 ; IC à 95 % : 0,78 à 1,59) (370).

Un ECR mené chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis n'a montré aucune différence concernant le recours au dépistage répété du VIH (RR : 1,24 ; IC à 95 % : 0,78 à 1,95) (367), mais en raison de la très faible fiabilité, la confiance dans cette estimation est limitée.

Une étude de cohorte, menée aux États-Unis auprès de personnes détenues en prison vivant avec le VIH, a révélé qu'il n'y avait peut-être aucune différence en matière de liaison avec la prise en charge après la sortie de prison, lorsque l'on compare les personnes qui utilisaient un site Web adapté ou personnalisé et celles qui n'avaient accès qu'à une page Web présentant un répertoire des prestataires (RR : 1,09 ; IC à 95 % : 0,92 à 1,29) (fiabilité faible) (373). Une autre étude de cohorte, menée aux États-Unis auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de femmes transgenres, a indiqué qu'il pouvait y avoir une légère augmentation de la proportion de personnes ayant reçu des soins primaires de l'infection à VIH au cours des six derniers mois, lorsque l'on compare les personnes ayant suivi une intervention numérique d'orientation de six mois en matière de prise en charge de l'infection à VIH et les personnes qui n'en ont pas bénéficié (RR : 1,20, IC à 95 % : 1,01 à 1,42) (fiabilité faible) (372).

Un ECR présentant une fiabilité modérée, mené aux États-Unis auprès de 90 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH et prenant des stimulants, a indiqué que l'observance globale du TARV était probablement plus élevée dans le bras d'intervention que dans le bras témoin à 4 mois : 89,0 % (IC à 95 % : 83,4 à 94,6) pour le bras d'intervention contre 77,2 % (IC à 95 % : 66,7 à 87,7) pour le bras témoin, soit une différence dans l'observance du TARV de 11,8 % (IC à 95 % : 0,34 à 23,2 ; p = 0,04). Cependant, deux mois après l'intervention, les améliorations de l'observance s'étaient probablement dissipées : 85,3 % (IC à 95 % : 80,0 à 90,6) pour le bras d'intervention contre 89,0 % (IC à 95 % : 83,2 à 94,9) pour le bras témoin, soit une différence de -3,7 % (IC à 95 % : -11,4 à 4,0 ; p = 0,34) (368).

Un ECR présentant une faible fiabilité, mené aux États-Unis auprès de 110 personnes détenues en prison et vivant avec le VIH, qui devaient être bientôt libérées ou qui avaient été récemment libérées, a révélé que la différence associée à la sensibilisation en ligne pourrait être limitée ou inexistante concernant le recours aux soins de l'infection à VIH, mesuré par le fait d'avoir vu un prestataire de soins de l'infection à VIH dans la communauté au moins une fois au cours des 24 dernières semaines (RR : 0,98 ; IC à 95 % : 0,85 à 1,12) (369). Une étude de cohorte présentant une faible fiabilité, menée aux États-Unis auprès de 120 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et femmes transgenres vivant avec le VIH, a indiqué que la différence associée à la prise en charge des cas en ligne pourrait être limitée ou inexistante concernant la proportion de personnes de chaque groupe autodéclarant suivre actuellement un TARV (RR : 1,19 ; IC à 95 % : 0,97 à 1,45) (372).

L'ECR présentant une faible fiabilité, mené aux États-Unis chez des personnes détenues en prison et vivant avec le VIH, a révélé que le fait de faire partie d'un groupe d'intervention ayant bénéficié d'un entretien de motivation par ordinateur et d'un plan individuel de réduction des risques avant leur libération, ainsi que de SMS concernant l'orientation en matière de soins après leur libération, ne faisait que peu de différence, ou n'en faisait aucune, concernant la suppression de la charge virale (charge virale évaluée en laboratoire < 200 copies/ml) (RR : 0,97 ; IC à 95 % : 0,69 à 1,36) (369). Une étude de cohorte menée auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de femmes transgenres vivant avec le VIH aux États-Unis a également constaté que la différence associée à l'utilisation de la prise en charge de cas en ligne était limitée ou inexistante concernant la suppression de la charge virale (charge virale autodéclarée < 200 copies/ml) (RR : 1,05 ; IC à 95 % : 0,79 à 1,40) (372). Toutefois, une autre étude de cohorte présentant une fiabilité modérée, menée auprès de 1201 personnes détenues en prison aux États-Unis, a indiqué une augmentation probable de la proportion de participants ayant présenté une suppression de la charge virologique évaluée en laboratoire lors de l'une de leurs six premières visites de soins (RR : 1,53 ; IC à 95 % : 1,43 à 1,64) (371).

Aucune étude n'a évalué les autres résultats en matière de guérison (par exemple, VHC, syphilis ou gonorrhée) ou de mortalité.

## Informations sanitaires ciblées

Un ECR présentant une faible fiabilité, mené chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis, a révélé que la différence associée aux informations sanitaires ciblées pourrait être limitée ou inexistante concernant le dépistage du VIH (mesuré par le suivi des résultats du test de dépistage du VIH après avoir demandé un kit d'autodépistage du VIH et renvoyé le kit) (RR : 2,19 ; IC à 95 % : 1,20 à 4,01), bien que plus de participants dans le bras d'intervention aient demandé le kit que dans le bras témoin (375). Une étude transversale en série menée auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Canada, présentant une faible fiabilité d'après la méthodologie GRADE, a également indiqué une différence limitée ou inexistante concernant le nombre de personnes ayant demandé un test de dépistage de la syphilis avant, pendant ou après une campagne de promotion du dépistage de la syphilis (RR : 1,00 ; IC à 95 % : 0,94 à 1,07) (376). Un autre ECR a été mené chez de jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (âgés de 15 à 24 ans) aux États-Unis. En se fondant sur ces résultats, il n'a pas été déterminé avec certitude si les informations sanitaires ciblées en ligne améliorent le taux de dépistage du VIH ou des IST (RR : 1,46 ; IC à 95 % : 0,72 à 2,94) en raison de la taille très réduite de l'échantillon (374).



D'après les données probantes issues d'un ECR mené chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis, il n'a pas été déterminé avec certitude si les informations sanitaires ciblées améliorent le recours aux services de prévention (vaccination contre les IST), car la fiabilité des données probantes est très faible (374). Aucune étude n'a évalué les autres résultats d'intérêt : traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, poursuite ou achèvement du traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST, charge virale (par exemple, VIH et VHC), guérison (pour les IST, par exemple, syphilis et gonorrhée) ou mortalité.

### Faisabilité, coûts et rapport coût-efficacité

L'accès à Internet et aux applications de médias sociaux a connu une croissance exponentielle ces dernières années, même dans les milieux à faible revenu. De nombreux programmes gouvernementaux et communautaires utilisent déjà des services en ligne destinés aux populations clés, ce qui suggère qu'il s'agit d'une intervention réalisable dans de nombreux contextes (378).

Une seule étude a été incluse dans l'examen des coûts (379). Cette étude menée chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Canada a révélé que les publicités de la campagne en faveur du dépistage de la syphilis diffusées pendant un mois sur quatre plateformes affichaient le coût par clic le plus bas sur les plateformes de rencontre Grindr et Squirr, par rapport aux plateformes de médias sociaux plus traditionnelles comme Facebook et au réseau Gay Ad Network. Aucune étude n'a évalué le rapport coût-efficacité.

Des données probantes indirectes du guide de budgétisation *Going Online* de FHI360 (380) indiquent un large éventail de coûts pour les programmes, en fonction du champ d'action, y compris, mais sans s'y limiter : coûts nationaux ou régionaux, niveau de connectivité, intensité ou ampleur du programme, fournisseurs, voyages en personne ou besoins de formation et besoins en équipement.

### Valeurs et préférences

En ce qui concerne la sensibilisation en ligne, en Espagne, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont jugé acceptable de recevoir des messages non sollicités sur le dépistage rapide du VIH, de la syphilis ou du VHC sur les médias sociaux ou les applications de rencontre (381). Au Kenya, au Rwanda, au Soudan du Sud, en Tanzanie et en Ouganda, près de la moitié des répondants qui s'identifiaient comme appartenant à une minorité sexuelle ou de genre ont indiqué être « très susceptibles » de participer à un programme de santé sexuelle si la sensibilisation était menée en ligne en utilisant les SMS ou les courriers électroniques (382). En Chine, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se sont déclarés très intéressés et disposés à utiliser une fonction de recherche de médecins accueillant favorablement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les applications mobiles en ligne destinées aux homosexuels (383).

En ce qui concerne la prise en charge de cas en ligne, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Chine ont exprimé un intérêt pour des fonctions liées à la santé sexuelle qui pourraient être intégrées à des applications pour smartphone existantes ou développées en tant qu'applications distinctes (384). Aux États-Unis, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient fortement favorables à une application pour smartphone développée pour la prise en charge de cas en ligne (385). Les caractéristiques positives de ces applications étaient leur facilité d'utilisation (format facile à suivre, rapide et pratique), la possibilité de définir des rappels ou des alarmes pour prendre des médicaments à une certaine heure chaque jour, des outils de suivi de l'observance et de communication avec les prestataires, ce qui aidait les utilisateurs à se sentir soutenus dans leur processus de soins. Plusieurs études ont évoqué des préoccupations concernant la protection de la confidentialité dans l'environnement en ligne (368, 385, 386).

Lorsqu'ils étaient interrogés sur les informations sanitaires ciblées en ligne spécifiquement, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont exprimé différents degrés d'acceptabilité ; toutefois, la plupart n'avaient pas de problème pour interagir avec des services de santé en ligne (376).

Les travaux de recherche qualitative menés par quatre réseaux de populations clés (voir l'[annexe Web B](#) [en anglais]) ont indiqué que, dans l'ensemble, les participants des différents groupes de population clés et des différentes régions soutenaient l'utilisation de services et de plateformes en ligne pour accroître les services en personne. En parallèle, de nombreux participants ont évoqué les difficultés associées aux différents niveaux d'accès à Internet, aux compétences numériques, ainsi que les implications plus larges de la pauvreté.

Il a été souligné dans tous les groupes de population clés que les services et les plateformes en ligne ne peuvent pas remplacer les services de santé en personne. Les participants ont mis en avant l'importance du maintien de services en personne, en face à face, en tant que passerelle vers des services de santé et de soutien plus larges, ainsi que comme moyen de favoriser les liens personnels et la confiance. Les participants ont évoqué des préoccupations en matière de sécurité associées au fait de laisser une empreinte numérique.

### Équité et acceptabilité

Dans une étude qualitative fondée sur un questionnaire et menée auprès d'agents de proximité de première ligne, de responsables ou de bénévoles en matière de santé publique ayant travaillé avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Canada (387, 388), il a été souligné que les technologies en ligne ont remodelé la « communauté homosexuelle ou queer » et ont modifié les normes pour les interactions sociales et sexuelles, et que ces technologies en ligne peuvent aider à établir la communication avec les personnes difficiles à atteindre. Ils ont constaté que, généralement, la sensibilisation en ligne favorisait la communication non intrusive et anonyme (bénéfique pour les usagers), tandis qu'un retour rapide les aidait à répondre aux besoins des usagers. Ils ont également souligné certains



obstacles à la sensibilisation en ligne, tels que la qualité du service, la collaboration entre les organismes de services de sensibilisation et les entreprises qui possèdent des applications et des sites Web, les contraintes budgétaires et de capacité en personnel ou en bénévoles, ainsi que la sécurité et la sûreté des données. D'après leur propre expérience, les prestataires de services ont mentionné quatre dilemmes éthiques associés au transfert de la sensibilisation vers des plateformes en ligne : 1) gestion des limites personnelles et professionnelles avec les usagers ; 2) divulgation de renseignements personnels et identifiables aux usagers ; 3) maintien de la confidentialité et de l'anonymat des usagers ; et 4) mesures de sécurité et de stockage des données pour les informations en ligne.

Tout en soulignant que les plateformes en ligne peuvent avoir un impact important s'agissant des sous-populations plus difficiles à atteindre, telles que les travailleurs du sexe migrants ou les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les participants aux travaux de recherche sur les valeurs et les préférences menés par les réseaux des populations clés ont également mis en avant le rôle que joue l'inégalité numérique dans l'accès aux services en ligne, et leur utilisation. Différentes sources de préoccupations, notamment l'accès restreint à la technologie ou à l'électricité, les coûts élevés des données et les différents niveaux de compétences numériques, ont toutes été mentionnées en tant que facteurs ayant une incidence sur l'utilisation et l'impact des outils et des plateformes en ligne. Les personnes ayant un accès limité ou contrôlé aux appareils mobiles, en particulier les femmes et les adolescents, étaient particulièrement exposées à l'inégalité numérique (378). Ces problèmes peuvent être exacerbés par la criminalisation et les mesures d'application de la loi.

## Évaluation des données probantes et prise de décision

Dans l'ensemble, les données indiquent que la prestation de services en ligne est au moins aussi efficace que les services en personne pour ce qui est d'atteindre de nouvelles personnes, d'utiliser les services de prévention de l'infection à VIH et des IST, d'assurer la liaison avec les soins de l'infection à VIH et la poursuite de ces soins. En dépit du caractère limité ou restreint des données probantes à l'appui de l'effet pour certains résultats, et bien qu'aucun effet n'ait été observé pour d'autres résultats, les données n'ont pas indiqué de dégradation des résultats lors de l'utilisation d'une méthode de prestation de services en ligne. Ces interventions sont réalisables, acceptables et peuvent accroître l'équité. Les besoins en ressources varieront en fonction du contexte et de l'intervention, et le rapport coût-efficacité est incertain.

Pour certaines personnes qui ne sont pas en mesure d'avoir recours à des services en face à face, les services en ligne peuvent constituer le seul moyen de recevoir des informations, du soutien, une orientation et de bénéficier d'une prise en charge du cas. Mais bien que l'utilisation des services en ligne soit en augmentation, il existe encore des limites relatives à leur portée. De plus, les populations clés ont indiqué qu'elles appréciaient les services en ligne, mais qu'elles étaient fermement convaincues que ces services devaient compléter, et non remplacer, les services en présentiel. Les préjudices potentiels liés à la sécurité et à la confidentialité des données étaient particulièrement préoccupants pour les membres des populations clés qui pourraient se livrer à des activités criminalisées et stigmatisées, et qui pourraient faire l'objet de discrimination, d'arrestation ou de harcèlement en cas de violation de la confidentialité. Pour ces raisons, une recommandation conditionnelle a été formulée en faveur des services en ligne.

## Considérations relatives à la mise en œuvre

Les services en ligne complètent, mais ne remplacent pas les interactions en face à face et doivent faire partie de programmes plus larges de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite virale destinés aux populations clés. Une planification systématique de la manière dont les services en ligne peuvent compléter d'autres services et cibler certains publics devrait être menée, en s'assurant que les populations clés jouent un rôle central dans leur conception, leur mise en œuvre et leur suivi. L'élaboration du contenu doit s'appuyer sur un contenu et des informations sanitaires appropriés et précis, en conformité avec les pratiques recommandées (par exemple, issus de lignes directrices des programmes de santé ou des pratiques normatives fondées sur des données probantes) (389). Les plans de création de la demande, les ensembles de prestation de services et les approches doivent être adaptés en fonction des contextes et des priorités des pays. Les services en ligne peuvent être gérés et mis en œuvre efficacement par des pairs des populations clés.

Des efforts doivent être faits pour permettre un accès équitable à Internet, améliorer l'alphabétisation et dispenser une formation appropriée lorsque cela est nécessaire. Lorsque des obstacles à l'accès des populations clés aux services en ligne subsistent, il convient d'en tenir compte lors de la planification et de la mise en œuvre des programmes en ligne.

Il convient de garantir la sûreté et la sécurité des services en ligne par les moyens suivants : suivi des préjudices, déclaration explicite et utilisation d'informations anonymisées autant que possible ; maintien de la protection et du stockage des données, et formation de l'ensemble des membres du personnel aux mesures de protection de la sécurité des données ; réflexion sur le contexte et emploi de désignations générales qui ne conduisent pas à identifier certains groupes de population clés ; formation des membres du personnel concernant la confidentialité des usagers ; vérification des qualifications et des titres de compétences des agents de santé, au besoin ; utilisation d'une connexion Internet, d'appareils et d'applications sécurisés ; et prestation de services uniquement avec le consentement éclairé des usagers (390).

L'OMS dispose d'autres orientations et recommandations sur la santé numérique de la population générale, ainsi que d'un cadre pour la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de solutions avec et pour les jeunes (180, 389).

## Lacunes en matière de recherche

Les travaux de recherche publiés disponibles sur les services en ligne destinés aux populations clés concernent principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu élevé, et les services liés au VIH. D'autres recherches sont nécessaires sur l'accessibilité, la sécurité et l'efficacité des services en ligne pour d'autres populations clés, les diverses expériences et préférences des différentes populations clés dans des milieux à revenu



faible ou intermédiaire, ainsi que leurs effets sur les résultats liés aux IST et à l'hépatite virale. La poursuite du suivi et de l'évaluation, et la publication des résultats de la mise en œuvre aideront également à affiner les orientations futures.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur le rapport coût-efficacité des différents types de services en ligne en fonction des groupes de population clés.

## Accompagnement par les pairs

### Contexte

L'accompagnement par les pairs est lié au concept d'*accompagnement des patients*, dans le cadre duquel les patients vulnérables bénéficient d'une assistance directe pour les aider à s'orienter dans des systèmes de soins de santé complexes afin d'obtenir des services de diagnostic et de traitement en temps opportun. Au lieu d'agents de santé officiels, cet accompagnement est assuré par des membres du personnel non professionnels qui sont les pairs des participants, ce qui favorise la confiance au sein des populations (391). Bien qu'il soit recommandé de faire appel à des prestataires non professionnels, y compris les membres des populations clés, pour fournir des services de dépistage du VIH et de distribution du TARV (190), le rôle d'un pair accompagnateur est différent. Les pairs accompagnateurs des populations clés sont souvent employés dans les services communautaires, les structures de soins de santé primaires et les centres de dépistage et de traitement conçus pour servir les personnes appartenant à des groupes de population clés. Leur rôle est d'aider les personnes issues des populations clés, après un résultat positif lors du dépistage, à accéder à des services de confirmation du diagnostic, et de traitement ; soutenir le stade précoce du traitement grâce à des interventions d'entraide régulières, et accompagner les personnes issues des populations clés lors des rendez-vous ; et faciliter l'orientation vers d'autres services de santé connexes. Cette fonction est importante, car les membres des populations clés sont souvent sous-représentés dans les programmes de traitement, et peuvent être réticents à accéder au traitement en raison de leur crainte d'attitudes discriminatoires parmi les prestataires de soins de santé et les autres membres du personnel des établissements de soins de santé, et en raison de leur manque d'expérience des programmes traditionnels en établissement.

### Examen des données probantes

L'OMS a commandé une revue systématique pour répondre à la question de savoir si l'accompagnement par les pairs améliore l'instauration et la poursuite des programmes de traitement de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les personnes appartenant aux populations clés. Les résultats pris en compte étaient : le délai de diagnostic ou la liaison avec les soins, l'instauration du traitement, la poursuite et l'achèvement du traitement, la charge virale, la guérison et la mortalité.

Quatre études (deux ECR et deux études d'observation) ont été incluses dans la revue systématique conçue pour déterminer l'effet de l'accompagnement par les pairs sur le délai de diagnostic, la liaison avec les soins, la poursuite ou l'achèvement du traitement, et la charge virale ou la guérison de la maladie. Toutes ces études ont évalué les résultats relatifs au VIH, et aucune n'a évalué les résultats relatifs aux IST ou à l'hépatite virale.

Un ECR mené aux États-Unis, ayant produit des données probantes de fiabilité élevée, n'a constaté aucune différence concernant la probabilité de visites de soins liées au VIH après la libération pour les personnes incarcérées avec la participation de pairs accompagnateurs (RR : 0,95 ; IC à 95 % : 0,81 à 1,12) (391) ; un ECR mené chez des travailleuses du sexe en Tanzanie a indiqué qu'il pourrait y avoir des améliorations concernant la liaison avec les soins (RR : 1,44 ; IC à 95 % : 1,15 à 1,80), mais la fiabilité cet effet était faible (128) ; et une étude d'observation menée auprès de femmes transgenres aux États-Unis a constaté des améliorations concernant la liaison avec les soins lorsque les personnes étaient assistées par des pairs accompagnateurs (coefficient de régression : 0,38 ; IC à 95 % : 0,09 à 0,67), avec une fiabilité modérée du fait que l'effet réel était proche de cette estimation (392).

Il a été constaté que l'emploi de pairs accompagnateurs entraînait de légères améliorations de l'utilisation actuelle du TARV dans le cadre d'un ECR mené en Tanzanie (RR : 1,28 ; IC à 95 % : 1,05 à 1,55) (128) et d'une étude d'observation en République dominicaine (RR : 1,11 ; IC à 95 % : 1,03 à 1,19) (393), toutes deux ayant produit des données probantes de fiabilité faible. L'ECR mené chez des personnes incarcérées n'a fait apparaître aucune différence concernant l'utilisation du TARV en lien avec l'accompagnement par les pairs (RR : 0,97 ; IC à 95 % : 0,87 à 1,08) et il y avait une fiabilité modérée du fait que l'effet réel était proche de cette estimation (391).

Un ECR a constaté des améliorations de la charge virale indétectable avec l'accompagnement par les pairs (RR : 1,38 ; IC à 95 % : 1,03 à 1,85) avec une fiabilité élevée indiquant que cette estimation est très proche de l'effet réel (391), mais les autres études n'ont fait apparaître aucune différence (128, 392, 393), présentant toutes une fiabilité modérée. Aucune étude n'a évalué les résultats de l'instauration du traitement, de la guérison ou de la mortalité.

### Faisabilité, coûts et rapport coût-efficacité

Des pairs accompagnateurs sont employés dans le cadre de services communautaires et en établissement dans plusieurs contextes différents, et il est possible d'introduire cette fonction dans les programmes nouveaux ou existants.

Une revue systématique n'a identifié aucune étude sur les coûts ou le rapport coût-efficacité des pairs accompagnateurs des populations clés dans les programmes de lutte contre le VIH, les IST ou l'hépatite virale. Les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont estimé que lorsque les pairs accompagnateurs travaillent pour soutenir des programmes existants, les coûts associés à leur emploi peuvent être considérés comme modérés et sont liés au salaire, à la formation, au transport et aux outils tels que les téléphones mobiles.



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

## Valeurs et préférences

Des travaux de recherche qualitative menés par les réseaux des populations clés ont été menés pour évaluer les valeurs et les préférences associées à l'accompagnement par les pairs dans tous les groupes de population clés, à l'exception des personnes détenues en prison (pour accéder au rapport détaillé, veuillez consulter l'[annexe Web B](#) [en anglais]). Bien que le terme « pairs accompagnateurs » n'ait pas été universellement reconnu par tous les participants, la pratique de l'assistance apportée par des pairs pour l'accès aux services de santé, l'information, l'éducation et l'orientation a été grandement appréciée par les participants des quatre groupes de population clés. Les participants se sont montrés en faveur du concept de pairs accompagnateurs, et ont salué leur capacité à « faire le lien entre deux mondes différents ». Dans certains contextes, les pairs accompagnateurs ont été décrits comme l'un des seuls outils disponibles pour parvenir à atteindre les communautés. Les pairs accompagnateurs ont été considérés comme des acteurs favorisant le bon déroulement de l'ensemble de la cascade du dépistage et du traitement – y compris la liaison avec le traitement, sa poursuite et sa reprise.

## Équité et acceptabilité

Les pairs accompagnateurs des populations clés améliorent la liaison avec les soins et la poursuite des programmes de traitement pour des populations qui, sans cela, seraient peut-être exclues en raison d'obstacles structurels, notamment la stigmatisation, le faible niveau d'alphabétisation et la pauvreté. À cet égard, les pairs accompagnateurs jouent un rôle important dans l'amélioration de l'équité en aidant les personnes touchées par des inégalités en matière d'accès aux soins de santé à participer à des programmes de dépistage et de traitement.

Une revue systématique a identifié deux études portant sur l'acceptabilité liée aux pairs des populations clés, qui ont constaté que les agents de santé surchargés accueillaient favorablement l'aide des pairs accompagnateurs et suggéraient des tâches appropriées pour eux. Toutefois, des préoccupations ont été exprimées au sujet d'usagers devenant trop dépendants des pairs accompagnateurs (ils ne sont pas en mesure de s'autogérer), et il y a eu certaines réactions négatives et discriminatoires de communautés à l'égard de groupes d'entraide destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (394). Au Mexique, les membres du personnel d'une organisation communautaire ont estimé que les pairs accompagnateurs pouvaient lutter contre la stigmatisation et apporter un soutien social. Toutefois, ils ont fait état de préoccupations concernant l'ingérence de la police auprès des pairs accompagnateurs et de la question de savoir si cela exposait les pairs et les usagers à un risque de harcèlement et d'arrestation (395).

## Évaluation des données probantes et prise de décision

Les effets bénéfiques associés au recours aux services de pairs accompagnateurs comprennent, comme indiqué ci-dessus, la perspective qu'ils améliorent la liaison avec les soins et la poursuite du traitement. Les membres des populations clés accordent une grande importance aux services fournis par leurs pairs, et l'autonomisation de la communauté est une intervention fondée sur des données probantes (122, 127). Il a été noté que le soutien des pairs accompagnateurs n'est pas toujours souhaité par tous les membres des populations clés, en particulier lorsque les personnes ne souhaitent pas divulguer leur état de santé à un pair.

L'accompagnement par les pairs accroît l'équité, et il s'agit d'une intervention réalisable. Les coûts varient considérablement selon le contexte, et le rapport coût-efficacité est indéterminé.

Les données probantes incluses dans la revue systématique ne concernaient que les programmes de lutte contre le VIH, bien que les programmes de lutte contre les IST et l'hépatite virale emploient également des pairs accompagnateurs. Il a été décidé qu'il y avait des données probantes indirectes appropriées pour formuler une recommandation qui s'applique aux trois catégories de maladies. En se fondant sur la fiabilité modérée des données probantes à l'appui de l'accompagnement par les pairs, de la valeur attachée aux pairs accompagnateurs par les populations clés et de l'effet bénéfique probable sur l'équité, le groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé une recommandation conditionnelle en faveur de l'accompagnement par les pairs.

## Considérations relatives à la mise en œuvre

Des pairs accompagnateurs des populations clés sont de plus en plus souvent employés dans les services de santé, de même que des pairs des populations clés qui assument différentes fonctions (y compris la planification, la cartographie, la gestion, l'éducation, l'appui à l'observance, la sensibilisation, le dépistage, la distribution de médicaments, la prise en charge des surdoses, les préservatifs et les aiguilles/seringues, etc.). Tous les pairs qui travaillent au sein des services de lutte contre le VIH, les IST et l'hépatite virale doivent être reconnus comme faisant partie du personnel de santé, être rémunérés équitablement et recevoir une formation et un perfectionnement continus pour s'acquitter de leurs fonctions. Les pairs accompagnateurs peuvent être exposés à des risques supplémentaires, tels que l'arrestation et des violences, car ils peuvent être identifiés par la police ou par d'autres personnes comme des membres des populations clés ; par conséquent, des efforts doivent être déployés pour protéger les pairs accompagnateurs, en particulier les jeunes pairs des populations clés, contre tout risque supplémentaire.

D'après les participants aux travaux de recherche sur les valeurs et les préférences des populations clés, les principales caractéristiques pour un accompagnement efficace par les pairs comprennent : la passion pour la communauté et le domaine de la santé, la communication, la compassion, les capacités d'écoute aux fins de soutien, l'expérience directe, la fiabilité, l'empathie et le dévouement. Les participants ont également souligné l'importance du fait que l'âge, le genre et l'origine culturelle et linguistique des pairs accompagnateurs soient appropriés.





Bien que l'accompagnement par les pairs soit apprécié par les populations clés en général, tous les membres des populations clés n'en ont pas besoin, et certains ne souhaitent pas en bénéficier. Les préoccupations au sujet de la confidentialité peuvent signifier que certaines personnes préfèrent ne pas divulguer le fait d'être atteint d'une maladie infectieuse à un pair ; par conséquent, elles ne seront pas enclines à avoir recours aux services d'un pair accompagnateur, ce qui souligne l'importance d'un choix éclairé lors de la mise en œuvre de cette intervention.

## Lacunes en matière de recherche

Bien qu'il existe de nombreux travaux de recherche sur l'efficacité des pairs en tant que membres du personnel de soutien au traitement et accompagnateurs des patients, on trouve beaucoup moins de travaux sur ce sujet consacrés spécifiquement aux populations clés. Des études complémentaires sont nécessaires pour comprendre l'efficacité de différentes approches pour divers groupes de population clés de tous âges, ainsi que pour les IST et l'hépatite virale. Dans l'ensemble, des travaux plus approfondis sont requis concernant les approches qui fonctionnent pour améliorer les résultats thérapeutiques chez les populations clés.

## Recommandations relatives au VHC : introduction

Des produits de diagnostic et un traitement efficaces et abordables de l'infection par le VHC sont disponibles et recommandés par l'OMS (184, 185, 193, 396), mais, pour atteindre les cibles d'élimination, il sera nécessaire de procéder à une augmentation rapide de la disponibilité et de l'accessibilité du dépistage du VHC et du traitement pour toutes les populations, y compris les personnes exposées à un risque accru et les personnes présentant une réinfection par le VHC.

Le VHC peut provoquer des infections aiguës comme des infections chroniques. Les infections aiguës par le VHC sont habituellement asymptomatiques et la plupart n'entraînent pas de maladie potentiellement mortelle. À la suite d'une infection récente par le VHC, environ 30 % (15 à 45 %) des personnes infectées éliminent spontanément le virus dans les six mois qui suivent l'infection sans aucun traitement (15), avec un délai médian de clairance de 16,5 semaines. La clairance spontanée est plus susceptible de se produire chez les femmes, en cas d'infection par le VHC de génotype 1 et chez les personnes présentant des signes cliniques d'hépatite aiguë, mais moins susceptible de se produire chez les personnes vivant avec le VIH (397). Pour les 70 % restants (55 à 85 %) des personnes infectées, l'infection évoluera vers la forme chronique de la maladie. Parmi ces malades chroniques, le risque de cirrhose est de 15 à 30 % sur une période de 20 ans (193). Il est important de noter que les personnes qui éliminent l'infection par le VHC spontanément ou après le traitement ne sont pas immunisées contre le virus, et les personnes qui sont exposées à des risques continus peuvent être réinfectées.

Le « traitement comme moyen de prévention » devient un élément clé d'une approche de santé publique multidimensionnelle pour l'élimination du VHC. L'identification précoce des infections primaires et des réinfections par le VHC, ainsi que leur traitement rapide, sont essentiels dans le cadre d'une stratégie de traitement comme moyen de prévention, afin de réduire la transmission, et la morbidité et la mortalité liées aux affections hépatiques (398), en particulier dans les pays où un grand nombre des nouvelles infections par le VHC surviennent au sein des populations clés.

## Nouveau test de dépistage du VHC après la résolution de l'infection par le VHC

### Contexte et justification

Après l'infection par le VHC et le traitement par AAD ou la clairance spontanée du VHC, les comportements exposant à des risques continus, les difficultés d'accès aux interventions de prévention et les obstacles structurels persistants pour des groupes tels que les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent conduire à la réinfection par le VHC, qui reste souvent non diagnostiquée. Le risque de réinfection par le VHC demeure un obstacle majeur pour l'atteinte des objectifs d'élimination du VHC. Du point de vue du patient, la préoccupation à l'égard de la réinfection par le VHC demeure un facteur important des obstacles au niveau des prestataires et du système de santé concernant le traitement de l'infection par le VHC chez des personnes perçues comme présentant un risque élevé de réinfection après la guérison (399). Du point de vue de la population, l'élimination dépend du diagnostic et du traitement de l'infection chez suffisamment de personnes, afin de réduire la prévalence globale dans la population, et ainsi de réduire l'ensemble de personnes susceptibles d'entretenir l'épidémie en transmettant l'infection à d'autres personnes. Si les personnes exposées à un risque élevé de transmission ne reçoivent pas un diagnostic et un traitement de l'infection par le VHC en temps opportun, cela peut représenter un défi permanent pour l'élimination du VHC à l'échelle de la communauté et à l'échelle mondiale (220).

Afin de ne plus manquer le diagnostic de cas de réinfection par le VHC parmi les groupes prioritaires, d'assurer la continuité des soins et d'accroître l'accès au traitement, plusieurs lignes directrices nationales et internationales, y compris celles de l'OMS, suggèrent de procéder à un dépistage en série de la réinfection par le VHC dans les groupes prioritaires, mais elles n'indiquent pas une fréquence de dépistage spécifique (184, 400). La détermination de cette fréquence optimale contribuera, dans le cadre d'une stratégie de traitement comme moyen de prévention, à réduire l'incidence et la prévalence de l'infection par le VHC, notamment chez les populations les plus touchées.

### Examen des données probantes

Une revue systématique a été commandée par l'OMS pour répondre à la question de savoir à quelle fréquence les personnes exposées à des risques continus d'infection par le VHC doivent subir un nouveau test de détermination de la présence d'une viremie par la détection de l'ARN du VHC (à l'aide du TAAN) ou de l'antigène de capside du VHC après une



clairance du VHC spontanée ou induite par le traitement. Le principal résultat pris en compte était le taux de détection de la réinfection par le VHC et les résultats secondaires étaient le recours au test de détermination de la virémie (ARN ou antigène de capsid du VHC) ; la liaison avec l'évaluation clinique ou l'instauration du traitement à la suite d'une réinfection, ou les deux ; les comportements à risque et les événements indésirables ou les préjudices sociaux.

Cette revue n'a identifié aucun ECR ni étude comparative. Trente-cinq autres études ont été incluses dans la revue ; 33 étaient des études d'observation à un seul bras et deux étaient des études de modélisation. Les 33 études d'observation incluant 10 857 participants (les groupes de population clés inclus dans les publications étaient les consommateurs de drogues injectables, les personnes détenues en prison ou dans des milieux fermés et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) à risque de réinfection par le VHC indiquaient l'incidence de la réinfection par le VHC pour 100 personnes-années (PA), et elles ont donc été incluses dans une méta-analyse. Les études incluses n'ont pas rapporté de données concernant les résultats secondaires.

Les études présentaient des intervalles variables de réalisation des tests ; afin de répondre à la question de recherche, la comparaison la plus significative était celle qui était effectuée entre les études qui procédaient à des tests à des intervalles de trois à six mois et les études qui procédaient à des tests des intervalles supérieurs à six mois.

L'estimation globale de l'incidence combinée de la réinfection par le VHC était de 4,73 pour 100 PA (IC à 95 % : 3,68 à 5,78). L'estimation de l'incidence combinée était de 3,94 pour 100 PA (IC à 95 % : 2,83 à 5,05) chez les consommateurs de drogues injectables, de 7,11 pour 100 PA (IC à 95 % : 4,16 à 10,06) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et de 6,00 pour 100 PA (IC à 95 % : 0,00 à 12,31) chez les personnes en détention. Des données probantes de fiabilité très faible ont indiqué que, pour les études rapportant un intervalle de réalisation des tests de trois à six mois, l'estimation de l'incidence combinée de 5,88 pour 100 PA (IC à 95 % : 4,14 à 7,61) était plus élevée que celle concernant les études rapportant la réalisation de tests à une fréquence inférieure à tous les six mois (jusqu'à tous les 12 mois), de 3,08 pour 100 PA (IC à 95 % : 1,81 à 4,35). De plus, parmi la population de consommateurs de drogues injectables, des données probantes de fiabilité très faible ont indiqué que l'incidence combinée de la réinfection de 5,39 pour 100 PA (IC à 95 % : 3,47 à 7,31) chez les personnes soumises à un test tous les trois à six mois était plus élevée que celle observée chez les personnes soumises à un test moins fréquemment que tous les six mois (jusqu'à tous les 12 mois), soit 1,84 pour 100 PA (IC à 95 % : 0,64 à 3,05). Compte tenu de la très faible fiabilité, la confiance dans ces résultats est limitée. Des différences en matière d'incidence n'ont pas été rapportées pour d'autres groupes de population à partir des études incluses.

La revue a également identifié deux études de modélisation qui comparaient directement des fréquences plus ou moins importantes de dépistage du VHC. Une étude de modélisation en Inde a utilisé un modèle de Markov avec une cohorte fermée concernant la réinfection chez les consommateurs de drogues injectables en Inde. Les auteurs ont supposé : 6,2 millions de patients atteints d'une infection chronique par le VHC, 10 % d'infections diagnostiquées/an, un taux de réinfection de 1,0/100 PA, une efficacité initiale des AAD de 90 %, un coût des AAD de 900 USD pour une période de trois mois et les coûts standards en Inde pour le traitement de l'hépatite C. Dans une analyse de sensibilité après la réussite du traitement, les auteurs ont comparé une stratégie de test unique un an après la RVS par rapport à une stratégie de test annuel. Ils ont constaté que les tests annuels en cours étaient plus efficaces (0,4 QALY/personne traitée), plus économiques (993 USD par personne) et très rentables, avec un rapport coût-efficacité différentiel négatif (401).

Une étude de modélisation menée en France a utilisé un modèle compartimental dynamique déterministe chez des hommes séropositifs pour le VIH ayant des rapports sexuels avec des hommes en France, en supposant une prévalence initiale de l'infection par le VHC de 3,6 %. Leur scénario initial impliquait un traitement par AAD de tous les patients et des tests réalisés tous les 12 mois chez cette population, et prévoyait que l'incidence de l'infection par le VHC passe de 0,98 à 0,24/100 PA. Les auteurs ont constaté que des tests plus fréquents (tous les trois mois, tous les trois à six mois ou tous les six mois) étaient associés à des réductions supplémentaires par rapport à la valeur de référence de l'incidence globale de l'infection par le VHC d'ici 2030. L'incidence de la réinfection dans ces scénarios a également été modélisée, indiquant que les tests réalisés tous les trois mois, tous les trois à six mois ou tous les six mois réduisaient l'incidence de la réinfection par le VHC d'ici 2030 de façon nettement plus marquée que la fréquence de référence de 12 mois, bien qu'il y ait peu de différence entre les réductions associées aux tests tous les six mois (18,5 %), tous les trois à six mois (21,5 %) et tous les trois mois (23 %) (402).

Dans l'ensemble, il existe des données probantes de fiabilité très faible indiquant que des tests plus fréquents peuvent déceler davantage d'infections et, par conséquent, contribuer à prévenir la transmission ultérieure si les individus sont orientés vers un traitement et des soins. Certaines des différences constatées entre les intervalles de réalisation des tests peuvent être liées au fait que les chercheurs et les cliniciens étaient plus susceptibles de tester fréquemment les patients exposés à des risques plus élevés de réinfection.

## Valeurs et préférences

Les préférences concernant la fréquence du dépistage du VHC variaient considérablement entre les trois groupes de population clés interrogés à ce sujet dans le cadre de l'étude qualitative sur les valeurs et les préférences menée par les populations clés (consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et travailleurs du sexe) (voir l'[annexe Web B](#) [en anglais]). Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont souligné un manque de protocoles et la nécessité de disposer de données probantes pour orienter les recommandations concernant la fréquence de dépistage du VHC. Quant aux travailleurs du sexe, ils ont indiqué des préférences très variables concernant la fréquence de dépistage du VHC, pouvant aller d'une fois par semaine à une fois par an, et de nombreux participants ont considéré un intervalle de trois à six mois comme optimal. Les consommateurs de drogues injectables ont suggéré que les personnes subissent un test de dépistage tous les trois mois pendant la première année après la clairance virale, puis tous les six ou 12 mois, selon le profil de risque.



Les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables ont indiqué préférer que des tests réguliers de détection de l'ARN du VHC, et de nouveaux tests après la guérison, soient disponibles, et qu'ils soient soutenus de la même manière que les approches de « dépistage et de traitement » dans le contexte du VIH, dans le cadre desquelles un suivi régulier est favorisé publiquement et positivement, le dépistage généralisé est facilité, et le traitement immédiat est encouragé pour les personnes chez lesquelles l'infection est diagnostiquée. Tous les groupes ont souligné les préoccupations associées à la criminalisation, à la stigmatisation et à la discrimination, en mettant en avant le fait que le dépistage doit toujours être volontaire.

La grande majorité des populations clés préférerait que les services liés au VHC soient menés par les communautés et disponibles dans des contextes communautaires, afin de répondre aux préoccupations liées à la sécurité, à la confidentialité, à la stigmatisation et à la discrimination, ainsi qu'à la criminalisation. Il sera nécessaire d'accroître la formation et les ressources pour appuyer les organismes communautaires dans cette tâche. Les consommateurs de drogues injectables ont souligné l'importance de l'intégration du dépistage du VHC au sein d'une approche plus large de réduction des risques ne mettant pas l'accent sur l'abstinence de la consommation de drogues, incluant la proposition du traitement par ADD pangénotypiques et la prévention de l'infection par le VHC auprès des personnes incarcérées.

Aucune étude supplémentaire sur les valeurs et les préférences dans ce domaine n'a été identifiée dans le cadre de la revue systématique.

## Utilisation des ressources : coûts et rapport coût-efficacité

Les coûts, aussi bien pour les tests confirmant la présence d'une virémie du VHC que pour le traitement des personnes dont le test de dépistage est positif pour le VHC, varient considérablement selon les contextes et les pays. En particulier, le TAAN et le test de détection de l'antigène de capsid du VHC sont relativement coûteux dans de nombreux milieux à revenu faible ou intermédiaire.

Une augmentation de la fréquence des tests pourrait entraîner une hausse des coûts des tests à court terme, une hausse des coûts des consultations externes, y compris les coûts associés au personnel et, si un plus grand nombre de réinfections sont décelées, une hausse des coûts à court terme associés à l'augmentation des traitements. L'approche peut également entraîner des coûts d'opportunité liés au temps et à l'attention consacrés par le personnel médical et les administrateurs. Le fait de tester les personnes plus souvent à la suite d'un traitement efficace peut également détourner des ressources d'autres programmes de dépistage, tels que les programmes visant à atteindre une plus large population de personnes qui n'ont pas eu accès au dépistage ou au traitement.

À long terme, il est possible que des économies soient réalisées en évitant les coûts liés à l'hépatite avancée et à l'insuffisance hépatique. Les données de modélisation (401, 403) fournissent certains éléments à l'appui ; une étude de modélisation suggère notamment que des tests annuels plus fréquents de dépistage de la réinfection chez les consommateurs de drogues injectables à la suite du traitement permettent globalement de réaliser des économies, par rapport au renouvellement du test une seule fois (220).

## Équité

Un dépistage plus fréquent du VHC pourrait potentiellement augmenter le diagnostic et le traitement précoces de la réinfection par le VHC dans les groupes prioritaires, réduisant ainsi l'infection par le VHC et améliorant l'équité en santé. Cependant, l'augmentation de la fréquence des tests pourrait également augmenter la charge des interventions médicales pour des patients qui peuvent présenter plusieurs comorbidités, et sont confrontés à une charge importante liée au traitement et aux examens. Le dépistage doit être volontaire, et il convient de limiter dans la mesure du possible les consultations et les examens médicaux.

## Faisabilité et acceptabilité

L'accessibilité et les coûts du TAAN et du test de détection de l'antigène de capsid du VHC varient considérablement en fonction des milieux. Ainsi, la faisabilité dépend du contexte, de la disponibilité des ressources et des capacités du système de santé. Dans les milieux disposant de solutions existantes sur les lieux de soins ou de services de liaison bien développés, le renouvellement fréquent des tests peut être une approche réalisable. Pour certaines personnes, cependant, la proposition de tests plus fréquents en fonction des risques peut être stigmatisante et créer des obstacles à l'accès aux services. De plus, il peut être difficile d'évaluer correctement les risques actuels, en particulier dans les milieux où les populations clés sont criminalisées et stigmatisées, car il est possible que des personnes choisissent de ne pas divulguer leurs comportements à risque ; de la même façon, il ne sera pas toujours possible de connaître les antécédents de traitement ou de clairance des personnes. En outre, l'augmentation de la fréquence des tests, en particulier dans l'intervalle entre trois et six mois, peut représenter une charge considérable en termes de temps et de ressources, ce qui peut influencer sur l'acceptabilité par les prestataires et les décideurs.

## Évaluation des données probantes et prise de décision

La revue a identifié des données probantes de fiabilité très faible, issues d'études d'observation à un seul bras et d'études de modélisation limitées, en faveur d'un renouvellement plus fréquent des tests chez les personnes exposées à des risques continus élevés de réinfection par le VHC, en particulier chez les consommateurs de drogues injectables. Dans l'ensemble, le groupe d'élaboration des lignes directrices a déterminé que la fiabilité des données probantes était très faible. Bien que les données probantes à l'appui de l'effet soient limitées concernant le résultat principal, le groupe d'élaboration des lignes directrices a souligné que le dépistage de la présence d'une virémie chez les personnes exposées à des risques continus et ayant précédemment éliminé l'infection peut être bénéfique à la fois au niveau individuel et au niveau de la population.



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

Les principaux dommages physiques des tests sanguins plus fréquents pour le dépistage du VHC sont relativement mineurs, tels qu'une gêne de courte durée et des ecchymoses. Il convient également de prendre en compte le risque très faible de faux positifs.

En tenant compte des données probantes à l'appui des effets bénéfiques du renouvellement du dépistage de la réinfection tous les trois à six mois ; du soutien relativement solide des valeurs et des préférences des communautés ; de la possibilité d'élargir les choix qui s'offrent aux patients ; de la faisabilité de la mise en œuvre ; et des potentiels avantages en matière de rapport coût-efficacité et d'équité, le groupe d'élaboration des lignes directrices a estimé que les effets bénéfiques globaux l'emportaient sur les effets néfastes et les risques potentiels. La réalisation de tests plus fréquents chez les personnes exposées à des risques continus peut permettre de déceler un plus grand nombre d'infections virémiques par le VHC. Cela présente des effets bénéfiques potentiels au niveau de la population, tels que la réduction de l'incidence et de la prévalence de l'infection par le VHC au fil du temps, en raison du traitement d'un plus grand nombre d'infections et, par conséquent, d'une réduction des risques de transmission communautaire ; à l'échelle individuelle, cela permet également d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients grâce au diagnostic précoce. Les patients peuvent également bénéficier d'une participation accrue aux services du système de santé pour d'autres interventions, telles que le traitement d'entretien par agonistes opioïdes.

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a reconnu que la fréquence des tests de dépistage de la réinfection doit être considérée en fonction du contexte et adaptée à l'incidence de la réinfection au sein d'une population. De plus, les coûts à court terme et l'accessibilité des produits de diagnostic de la présence d'une virémie (TAAN et test de détection de l'antigène de capsid du VHC) peuvent constituer une limite à l'élargissement de la recommandation dans certains contextes. Compte tenu de la portée considérée, le groupe d'élaboration des lignes directrices a convenu de formuler une recommandation conditionnelle.

## Considérations relatives à la mise en œuvre

En général, une riposte efficace au VHC nécessite des services de prévention, de dépistage et de traitement disponibles, accessibles, abordables et coordonnés, avec une prestation de services intégrés et des parcours d'orientation bien conçus. Il est important de souligner que la fréquence de renouvellement des tests doit être adaptée au contexte et que la recommandation vise à orienter les programmes vers une fréquence de dépistage potentielle. La planification de la fréquence des tests à l'échelle nationale doit tenir compte des besoins en ressources et de l'évolution des schémas épidémiologiques dans certaines populations et certains contextes. De plus, la prise en charge de l'infection par le VHC doit inclure le dépistage du VIH et des IST, et la notification volontaire aux partenaires pour le dépistage du VHC, au besoin. Il est important de noter que les approches et des politiques de dépistage doivent être élaborées avec le soutien des communautés touchées et en collaboration avec celles-ci.

L'un des principaux objectifs de l'élargissement du dépistage, de l'orientation et de la liaison avec le traitement aux personnes exposées à des risques continus est la possibilité d'effets bénéfiques au niveau de la population et une réduction de la transmission du VHC. Des tests fréquents d'évaluation de la virémie doivent être proposés parallèlement à d'autres interventions fondées sur des données probantes visant à réduire le risque d'infection par le VHC et à des services de prévention primaire, tels que la réduction des risques (PAS et traitement d'entretien par agonistes opioïdes), qui demeurent une priorité et qui doivent être proposés parallèlement au dépistage de la réinfection, sans perdre ce statut prioritaire. Cette nouvelle recommandation est particulièrement pertinente pour les pays et les contextes où la réduction de l'infection par le VHC est un objectif majeur du programme, et comprend des approches telles que la micro-élimination dans certains groupes de population.

Étant donné que l'accessibilité des TAAN qui détectent l'ARN du VHC et des tests de détection de l'antigène de capsid du VHC varie considérablement en fonction des milieux et qu'elle est souvent centralisée, la majorité des tests nécessitant un traitement dans les laboratoires centraux, il est nécessaire de mettre en place des modèles de soins décentralisés, avec une disponibilité accrue du dépistage sur les lieux de soins, afin d'assurer la faisabilité du renouvellement plus fréquent du dépistage. Il est important que ce renouvellement plus fréquent du dépistage soit mis en œuvre de manière à ne pas réduire le nombre de personnes chez lesquelles des tests sont réalisés pour déceler une infection chronique par le VHC de longue date.

Il est important de faire la distinction entre la réinfection par le VHC et la rechute chez les personnes ayant reçu un traitement par AAD auparavant. Les données indiquant la clairance du VHC et la guérison sont évaluées 12 semaines après la fin du traitement (réponse virologique soutenue à 12 semaines après le traitement [RVS12]). La RVS12 est largement considérée comme équivalant à la guérison virologique. À l'ère des AAD par voie orale, les taux de rechute virologique après l'atteinte de la RVS12 sont très faibles (399) et, lorsqu'elle survient, cela se produit généralement dans les quatre premières semaines après la fin du traitement. Ainsi, un diagnostic de réinfection par le VHC peut être posé lorsque la virémie du VHC est détectée chez des personnes qui ont atteint la RVS12 après la fin du traitement par un schéma thérapeutique efficace d'AAD en association par voie orale, notamment chez les personnes qui présentent également des facteurs de risque probables ou certains de réinfection. Chez les personnes présentant une virémie entre la fin du traitement et l'évaluation de la RVS12, ou chez les personnes pour lesquelles la RVS12 est inconnue, une différenciation supplémentaire entre la rechute et la réinfection peut être utile et nécessaire pour orienter les décisions thérapeutiques.

Les systèmes de surveillance et de notification sont fondamentaux pour toutes les approches de dépistage et de traitement de l'hépatite virale, et il est essentiel que les programmes utilisent ou adaptent les systèmes existants pour surveiller et notifier les événements indésirables, afin de remédier aux préjudices éventuels dès qu'ils surviennent.



## Lacunes en matière de recherche

Les travaux de recherche existants sur le dépistage de l'infection par le VHC et la détection des infections virémiques chez les personnes exposées à des risques continus proviennent en grande partie de pays à revenu élevé.

Par conséquent, des travaux de recherche complémentaires sont nécessaires, idéalement au moyen d'études longitudinales comparant la réalisation de tests tous les 12 mois à un dépistage plus fréquent ou grâce à la modélisation, afin de déterminer si des tests plus fréquents après la réinfection, suivis d'un traitement immédiat (c'est-à-dire une approche de dépistage et de traitement), appuieraient une stratégie de traitement comme moyen de prévention et la micro-élimination du VHC, avec des effets bénéfiques à l'échelle de la population. Il est nécessaire de disposer de travaux de recherche supplémentaires portant sur les PRFI. Des études de cas réels dans différents contextes sont nécessaires pour obtenir des éléments à l'appui du rapport coût-efficacité et pour évaluer les besoins en ressources, la faisabilité et l'acceptabilité.

## Traitement de l'infection par le VHC contractée récemment

### Contexte et justification

L'OMS recommande actuellement le traitement par AAD pangénotypiques pour toutes les personnes atteintes d'une infection chronique par le VHC âgées de plus de 18 ans et quel que soit le stade de la maladie. Les AAD permettent de guérir la plupart des personnes présentant une infection chronique par le VHC et le traitement est de courte durée (habituellement de 12 à 24 semaines), selon la présence ou non d'une cirrhose (193). Cependant, le traitement par AAD n'est actuellement pas approuvé par certaines autorités de réglementation pour le traitement de l'hépatite C contractée récemment (404). Cette politique se justifie par la volonté d'éviter les traitements et les coûts inutiles, étant donné qu'environ 30 % des personnes éliminent le virus sans traitement. Cet argument pourrait devenir moins important dans les contextes où les coûts de traitement diminuent. Depuis peu, des lignes directrices cliniques établies par des organisations-cadres en Europe et aux États-Unis recommandent le traitement de l'infection contractée récemment, reconnaissant ses effets bénéfiques, tels que la réduction du taux de perte de vue, la prévention des infections chroniques et la réduction de la transmission continue (405, 406).

### Examen des données probantes

Une revue systématique a été commandée par l'OMS afin de déterminer les effets bénéfiques et néfastes du traitement immédiat de l'hépatite C contractée récemment chez les personnes exposées à des risques continus, et de mettre à jour l'ensemble actuel de données probantes à l'appui du calendrier de traitement de l'infection par le VHC. Les résultats considérés étaient l'incidence de l'hépatite C, l'instauration du traitement, la participation aux soins (observance), le surtraitement, les événements indésirables, l'achèvement du traitement et la RVS12.

Une revue *post hoc* des résultats de la recherche a été menée afin de trouver des études de modélisation évaluant l'efficacité du traitement de l'infection récente par le VHC, et toute étude faisant état des valeurs et des préférences des parties prenantes.

La revue systématique n'a pas identifié d'essais contrôlés randomisés ni d'études comparatives. Douze études non comparatives ont été incluses dans la revue : trois études de cohorte prospectives à groupe unique (407-409), cinq études de cohorte rétrospectives (410-414), trois cohortes intégrées dans des essais ouverts (415-417) et une étude de série de cas (412). Dans toutes ces études, tous les résultats ont été évalués comme fournissant des données probantes de fiabilité très faible selon l'approche GRADE. En général, cela était dû à la nature non comparative de la structure de ces études, et au caractère indirect et aux disparités des données.

Deux études de cohorte rétrospectives et une cohorte prospective (intégrée dans un essai ouvert) ont indiqué l'incidence de l'infection par le VHC chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH et ont permis de comparer l'incidence avant et après la mise en œuvre d'une politique de traitement de l'infection par le VHC contractée récemment (411, 412, 416). Deux de ces études ont fait état d'une diminution de l'incidence de l'infection par le VHC à la fin de la période d'étude : une étude organisée dans une cohorte suisse qui a signalé une diminution de l'incidence, passant de 0,53/100 PA en 2014 à 0,12/100 PA en 2019 (416), et une étude menée au Royaume-Uni, qui a indiqué une diminution de l'incidence, passant de 11,28/1000 PA en 2016 à 4,63/1000 PA en 2018 (412). Une étude a constaté une augmentation de l'incidence au cours de la durée de l'étude, passant de 0,73/100 PA en 2015 à 1,25/100 PA en 2018 (411). Ces études ont été menées dans de grandes cohortes d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, au sein desquelles la plupart des patients recevaient un traitement dans le cadre de la phase chronique de l'infection, et non pour une infection contractée récemment. Étant donné que le traitement de l'hépatite C chronique peut également réduire l'incidence au niveau de la population (418), il n'a pas été possible d'identifier l'effet distinct du traitement de l'infection aiguë sur l'incidence dans ces cohortes. Compte tenu de la très faible fiabilité, la confiance dans ces résultats est limitée.

Sept études (trois cohortes rétrospectives et deux cohortes prospectives, un essai ouvert et une série de cas), incluant un total de 567 participants atteints d'une hépatite C contractée récemment, ont évalué la RVS12 chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes vivant avec le VIH et des consommateurs de drogues injectables (407, 409, 410, 413, 414, 417, 419). Les études ont indiqué, avec des données probantes de fiabilité très faible, que les personnes exposées à des risques continus et traitées par AAD pour une infection récente par le VHC ont obtenu des taux de guérison systématiquement élevés, qui concordent avec les taux de guérison observés chez les personnes traitées par des antiviraux pour une infection chronique par le VHC dans les groupes de risque clés. Le taux de RVS12 combiné dans tous les groupes de risque était de 95,9 % (IC à 95 % : 92,6 à 99,3 % ;  $I^2 = 61,3$  %). Chez les hommes ayant des rapports





sexuels avec des hommes, le taux de RVS12 combiné était de 96,9 % (IC à 95 % : 93,1 à 100 %) ; chez les personnes vivant avec le VIH, le taux de RVS12 combiné était de 97,0 % (IC à 95 % : 90,7 à 100 %) ; et chez les consommateurs de drogues injectables, le taux de RVS12 combiné était de 80,4 % (IC à 95 % : 66,1 à 90,6 %). Dans l'ensemble, la confiance dans ces résultats est limitée en raison de la très faible fiabilité.

La série de cas et un essai ouvert ont indiqué des taux d'achèvement du traitement de l'infection par le VHC de 100 % chez 25 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH (419) et chez 27 personnes vivant avec le VIH (415). Deux essais ouverts (415, 417) ont rendu compte de l'observance : l'un a constaté une observance de 81 % chez les personnes vivant avec le VIH (415) et un autre a observé une observance allant de 79 à 85 % chez les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes vivant avec le VIH (417).

Des événements indésirables ont été signalés dans quatre études (409, 415, 417, 419) ; un événement indésirable grave, un épisode de rhabdomyolyse (éruption cutanée et élévation du taux de créatine kinase) ayant nécessité une hospitalisation, a été décrit (417), tandis que tous les autres événements indésirables ont été considérés comme mineurs. Les taux d'événements indésirables étaient compris entre 22 % (21/95) et 36 % (9/25). Toutefois, la confiance dans ces résultats et les résultats concernant l'observance est limitée en raison de la très faible fiabilité.

Aucune étude n'incluait de groupe de comparaison, il n'a donc pas été possible d'évaluer le surtraitement.

## Valeurs et préférences

Les travaux de recherche qualitative menés par les réseaux mondiaux des populations clés (voir l'[annexe Web B](#) [en anglais]) ont révélé que la sensibilisation et l'accès au traitement de l'infection par le VHC par AAD pangénotypiques variaient grandement entre les populations clés. Parmi les participants qui avaient connaissance de l'infection par le VHC et de son traitement, et qui se sentaient en mesure de s'exprimer à ce sujet, la plupart a signalé des obstacles entravant l'accès et le recours aux services liés au VHC, notamment les coûts, les retards de traitement, la stigmatisation et la discrimination, ainsi que le manque de recherche et de volonté politique. Certains travailleurs du sexe n'avaient pas entendu parler des traitements par AAD pangénotypiques pour l'infection par le VHC. Les consommateurs de drogues injectables en particulier ont souligné que dans certains contextes, l'arrêt ou l'abstinence de la consommation de drogues (et parfois le traitement d'entretien par agonistes opioïdes) continuent d'être utilisés comme un critère d'accès au traitement de l'infection par le VHC. Cet obstacle majeur persiste, malgré les recommandations de l'OMS de fournir un traitement de l'infection par le VHC indépendamment de la poursuite de la consommation de drogues.

Les consommateurs de drogues injectables ont montré le plus de connaissances concernant le traitement par AAD pangénotypiques et ont recommandé l'élargissement des options et des contextes de traitement par AAD de l'infection par le VHC afin d'optimiser l'accès et le recours à ce traitement, y compris dans le cadre des PAS, dans les centres de traitement d'entretien par agonistes opioïdes, les centres d'accueil et les établissements de soins de santé généraux. Compte tenu des taux de guérison élevés, de la bonne tolérabilité, de la faible charge médicamenteuse, du moins grand nombre d'interactions médicamenteuses et de la réduction significative des effets secondaires par rapport aux traitements précédents, les consommateurs de drogues injectables se sont montré fortement en faveur de la réduction des obstacles au traitement et de l'approche visant à rendre le traitement par AAD de l'infection par le VHC aussi accessible que possible pour les consommateurs de drogues injectables, y compris les personnes qui ont peut-être déjà été traitées avec succès et qui ont ensuite contracté une nouvelle infection par le VHC, ainsi que les personnes présentant une infection récente par le VHC.

Les consommateurs de drogues injectables n'ont pas exprimé de préoccupation concernant le risque de surtraitement associé à la proposition sans délai d'un traitement pour une infection contractée récemment, que ce soit chez les personnes n'ayant jamais reçu de traitement ou pour un nouveau traitement. Ils se sont plutôt dits préoccupés par le fait qu'il est dangereux de refuser l'accès au traitement uniquement au motif que certaines personnes élimineront l'infection spontanément (sans traitement), non seulement pour la santé de la personne concernée (et la perte de vue potentielle), mais aussi en raison du risque de poursuite de la transmission. Les consommateurs de drogues injectables se sont montrés plus préoccupés par le manque d'accès persistant aux traitements très efficaces de l'infection par le VHC par AAD dans certains pays et certaines régions que par tout risque hypothétique de surtraitement. Enfin, les consommateurs de drogues injectables ont également souligné qu'il était important de proposer le traitement par AAD de l'infection par le VHC (et la prévention de l'infection par le VHC, y compris les PAS et le traitement d'entretien par agonistes opioïdes, ainsi que la prise en charge des surdoses) aux personnes incarcérées. Cela est particulièrement important dans le contexte d'un manque d'accès criant à du matériel d'injection stérile et à d'autres mesures de réduction des risques dans la plupart des prisons dans le monde, associé à des proportions importantes d'incarcérations en rapport avec des infractions liées à la drogue.

La plupart des participants d'autres groupes de population clés ont indiqué avoir des connaissances limitées sur le traitement par AAD pangénotypiques et les implications du fait de traiter ou non sans délai les infections contractées récemment. Néanmoins, la plupart des participants étaient ouverts à ce traitement, à condition de recevoir des informations adéquates sur son efficacité et ses effets secondaires, ainsi qu'une éducation et des données issues de la recherche suffisantes pour orienter la mise en œuvre du traitement.

Aucune étude supplémentaire sur les valeurs et les préférences dans ce domaine n'a été identifiée dans le cadre de la revue systématique.



## Utilisation des ressources : coûts et rapport coût-efficacité

Aucune des études identifiées par la revue systématique et la méta-analyse n'abordait directement les besoins en ressources ou le rapport coût-efficacité.

Une recherche d'études de modélisation *post hoc* visant à trouver d'autres modèles de rapport coût-efficacité dans les milieux à revenu élevé et à faible revenu (420-423) a étayé l'intérêt du traitement sans délai de l'infection par le VHC contractée récemment et les effets bénéfiques potentiels à l'échelle de la population. Par exemple, dans un modèle néerlandais, le traitement précoce de l'infection récente coûtera 68,3 millions d'euros sur 40 ans, contre 75,1 millions d'euros et 98,4 millions d'euros pour le traitement différé, soit en attendant une clairance spontanée, soit en repoussant le traitement jusqu'au stade F2<sup>27</sup>, respectivement. Ce modèle d'étude a également indiqué que le traitement de l'infection récente préviendra 7070 nouvelles infections et gagnera 3419 QALY par rapport au traitement au stade F2, avec le rapport coût-efficacité différentiel (ICER) favorable qui en découle (423). D'autres études de modélisation menées en Chine (421) et aux États-Unis (420) ont également indiqué que le traitement de l'infection aiguë par le VHC est rentable et économique par rapport au report du traitement au stade chronique ; cependant, on a constaté une augmentation des coûts associés au traitement de l'infection récente par le VHC chez les patients qui ne risquaient pas de transmettre le VHC (420).

Une étude de modélisation a fait apparaître une réduction potentielle de l'incidence de l'infection par le VHC du fait du traitement immédiat (423). Cette étude a modélisé des scénarios de traitement dans une cohorte néerlandaise d'hommes séropositifs pour le VIH ayant des rapports sexuels avec des hommes, et a constaté que le traitement de l'infection par le VHC contractée récemment faisait passer l'incidence de 1,2/100 PA à 0,2/100 PA, soit une réduction de 88 % de l'incidence par rapport au traitement au stade F2 de la fibrose hépatique.

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a estimé que les coûts globaux à court terme du traitement et du dépistage pourraient augmenter si les personnes sont traitées pour une infection contractée récemment, avec une incertitude importante en raison de la variation des coûts du dépistage et du traitement selon les milieux, y compris les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé, de l'évolution des coûts des AAD et d'autres médicaments au fil du temps, et des coûts d'opportunité variables liés au détournement du personnel et de l'attention.

## Équité

La revue systématique n'a identifié aucune étude évaluant l'équité.

On peut avancer l'argument selon lequel la proposition du traitement par AAD aux personnes atteintes d'une hépatite C contractée récemment élargit les choix qui s'offrent aux populations clés (en proposant une deuxième option par rapport au report du traitement jusqu'à l'infection chronique), et peut réduire le taux de perte de vue, augmentant ainsi le nombre de personnes ayant accès au traitement. Il est important qu'il n'y ait pas de restrictions liées au traitement de l'infection chronique ou aiguë par le VHC et la poursuite de la consommation concomitante de drogues, le traitement de l'usage de drogues ou l'exposition à un risque sexuel continu.

Dans les milieux où l'accès aux AAD est limité, la mise en œuvre d'un traitement pour les personnes atteintes d'une infection contractée récemment sans augmenter l'offre globale d'AAD peut avoir un impact négatif sur l'équité en santé si les AAD sont utilisés au détriment de personnes atteintes d'hépatite C chronique, qui ont dépassé le point de clairance spontanée et qui ont besoin d'un traitement pour prévenir la morbidité et la mortalité futures. Les personnes atteintes d'une hépatite contractée récemment, en revanche, n'ont pas nécessairement besoin de traitement, étant donné que la clairance spontanée est encore possible. Une disponibilité accrue de traitements abordables contre l'infection par le VHC est requise pour atteindre les objectifs d'élimination et assurer l'équité.

## Faisabilité et acceptabilité

Aucune des études identifiées par la revue systématique et la méta-analyse n'abordait directement la faisabilité ou l'acceptabilité.

Dans l'ensemble, on peut soutenir que la faisabilité dépendra en grande partie du contexte et des capacités des systèmes de santé. La proposition d'un traitement sans délai aux personnes atteintes indépendamment de la chronicité de l'infection peut simplifier les algorithmes de traitement et de soins de l'infection par le VHC et augmenter les choix qui s'offrent aux patients ; il peut donc s'agir d'une option réalisable dans de nombreux contextes et pays différents. Dans les contextes où il existe des services décentralisés de dépistage et de traitement de l'infection par le VHC, ou des liaisons bien développées, le traitement sans délai peut être particulièrement réalisable. En outre, il sera nécessaire d'accroître la sensibilisation au VHC et aux AAD chez les membres des populations clés.

Il est possible que le risque d'événements indésirables associés au traitement de l'infection par le VHC, aussi légers soient-ils, soit inacceptable pour les personnes atteintes d'une hépatite C contractée récemment s'il subsiste une possibilité d'obtenir une clairance spontanée. Il est donc important de permettre aux individus de faire un choix éclairé entre un traitement immédiat et un traitement différé.

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a estimé que l'intervention serait probablement acceptable pour la plupart des parties prenantes clés. Il y avait une part d'incertitude quant à la question de savoir s'il serait acceptable pour les cliniciens de prescrire systématiquement un traitement aux personnes atteintes d'une hépatite C contractée récemment, sans période d'observation en attente de la clairance spontanée.

<sup>27</sup> Système METAVIR de quantification de l'atteinte des tissus hépatiques, qui attribue un score de 0 à 4.



## Évaluation des données probantes et prise de décision

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a convenu que la question du traitement de l'infection par le VHC contractée récemment chez les personnes exposées à des risques continus constituait une priorité pour la santé publique et l'élimination du VHC, et que les effets bénéfiques l'emportaient clairement sur les effets néfastes. Globalement, les effets bénéfiques ont été jugés importants ou modérés, alors que les effets néfastes associés étaient négligeables ou modestes. Dans l'ensemble, le groupe d'élaboration des lignes directrices a déterminé que la fiabilité des données probantes était très faible.

Bien que les données probantes à l'appui de l'effet soient limitées concernant l'ensemble des résultats, le groupe d'élaboration des lignes directrices a souligné que le traitement sans délai de l'infection par le VHC contractée récemment chez les personnes exposées à des risques continus peut être bénéfique à la fois au niveau individuel et au niveau de la population. L'amélioration de la détection et le traitement de l'infection par le VHC contractée récemment peut apporter à la personne l'avantage d'être guérie le plus tôt possible après le diagnostic, plutôt que d'avoir à attendre pour accéder au traitement, avec le risque associé de perte de vue, et cela augmente les choix qui s'offrent aux patients. Le groupe d'élaboration des lignes directrices a reconnu l'effet bénéfique potentiel plus large, au niveau de la population, de la guérison d'une personne le plus tôt possible ; c'est-à-dire, réduire la période au cours de laquelle elle est contagieuse et, ainsi, réduire l'incidence de l'infection par le VHC dans certains réseaux de population.

Le groupe a reconnu qu'à la suite d'une infection par le virus de l'hépatite C, environ un tiers des personnes élimineront spontanément le virus (c'est-à-dire, guériront sans aucune intervention médicale). Ainsi, le traitement immédiat de toutes les personnes atteintes d'une hépatite C contractée récemment signifie que les personnes qui auraient sans cela éliminé l'infection spontanément sont inutilement exposées au traitement. Toutefois, les événements indésirables sont très rares, et il y avait une nette préférence pour le fait d'avoir le choix de recevoir le traitement.

En tenant compte des données probantes à l'appui des bons résultats du traitement de l'infection contractée récemment chez les personnes exposées à des risques continus ; de la possibilité de réduction de la transmission du VHC dans certaines communautés et populations ; du soutien solide des valeurs et des préférences des communautés ; de la possibilité d'élargir les choix qui s'offrent aux patients ; de la faisabilité de la mise en œuvre ; et des potentiels avantages en matière de rapport coût-efficacité et d'équité, le groupe d'élaboration des lignes directrices a estimé que les effets bénéfiques globaux l'emportaient largement sur les effets néfastes et les risques potentiels. Il a été estimé que la recommandation offrait une possibilité de réduction de la stigmatisation et de simplification des soins cliniques. Compte tenu de tous ces éléments, le groupe a formulé une recommandation forte qui s'applique à toutes les populations exposées à des risques continus dans tous les milieux.

## Considérations relatives à la mise en œuvre

L'élargissement du traitement de l'infection par le VHC aux personnes exposées à des risques continus, et dont l'infection est récente, nécessite la prise en compte de plusieurs éléments afin de faciliter la mise en œuvre dans les pays. Les dernières lignes directrices de l'OMS sur le traitement et les soins de l'infection par le VHC doivent être consultées pour obtenir des informations plus détaillées sur la prise en charge clinique de l'infection par le VHC (424).

En premier lieu, le traitement sans délai, indépendamment de la chronicité, constitue une indication supplémentaire pour le traitement de l'infection par le VHC, et les directives thérapeutiques nationales doivent être modifiées. De plus, les polices d'assurance pour le traitement de l'infection contractée récemment devraient idéalement être intégrées aux polices existantes pour l'infection chronique par le VHC ; cela nécessite une modification des polices et un dialogue avec les bailleurs de fonds et les régimes d'assurance maladie afin de parvenir à cette harmonisation des polices. Les modifications apportées aux directives ou aux politiques thérapeutiques doivent fournir une définition de cas pour les infections contractées récemment, décrire comment une distinction peut être faite en cas d'échec du traitement chez les personnes ayant des antécédents de traitement de l'infection par le VHC, et comment les stratégies de traitement respectives peuvent différer. De plus, il est important d'identifier et de définir certaines sous-populations chez lesquelles un report du traitement doit être fortement envisagé, comme les femmes enceintes. En outre, les personnes exposées à des risques continus doivent se voir proposer des tests de dépistage adéquats et fréquents afin d'être en mesure de décrire et de détecter une infection récente par le VHC.

Deuxièmement, les patients doivent être informés concernant les effets bénéfiques et néfastes associés au traitement immédiat et différé. Les personnes ayant contracté récemment l'infection doivent avoir la possibilité de faire un choix éclairé entre l'instauration immédiate du traitement et le report du début du traitement. Les populations clés ont exprimé une préférence pour la décentralisation, avec un élargissement des milieux de traitement et des approches simplifiées de dépistage et de traitement.

Enfin, l'un des principaux objectifs de l'élargissement du traitement aux personnes atteintes d'une infection récente et exposées à des risques continus est la possibilité d'effets bénéfiques au niveau de la population et une réduction de la transmission du VHC. Afin d'obtenir le plus grand impact possible, le traitement de l'infection contractée récemment doit être proposé parallèlement à d'autres interventions fondées sur des données probantes visant à réduire le risque d'infection par le VHC et à des services de prévention primaire, comme indiqué dans les présentes lignes directrices.

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a discuté de l'importance et de la pertinence d'élargir ultérieurement cette nouvelle recommandation afin de promouvoir le traitement sans délai pour toutes les populations, et non uniquement pour les personnes exposées à des risques continus.



## Lacunes en matière de recherche

Les travaux de recherche existants sur le traitement sans délai de l'infection par le VHC pour les populations clés concernent principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu élevé. D'autres recherches sont nécessaires afin de décrire l'impact et la valeur ajoutée de l'élargissement du traitement sans délai à l'infection récente par le VHC au niveau individuel et de la population dans différents contextes et populations.

Des études de cas réel concernant le rapport coût-efficacité et la faisabilité seraient d'un apport précieux pour renforcer les arguments en faveur du traitement de l'infection par le VHC contractée récemment. Il serait utile de faire appel à la science de la mise en œuvre pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de cette approche dans différentes populations clés.

La possibilité d'administrer des cycles tronqués de traitement par AAD lors d'une infection par le VHC contractée récemment peut s'avérer bénéfique pour le traitement précoce de l'infection par le VHC, et justifie des recherches complémentaires.

## Regroupement d'échantillons provenant de différents sites anatomiques pour le diagnostic des infections à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydia trachomatis*

### Recommandation

Lorsque des échantillons biologiques sont prélevés à partir de plusieurs sites anatomiques chez le même individu, ils peuvent être regroupés pour des tests moléculaires de détection des infections à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydia trachomatis* (recommandation conditionnelle, fiabilité modérée des données probantes pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et fiabilité faible des données probantes pour les autres populations clés).

### Remarques :

- Le prélèvement d'échantillons biologiques à partir de tous les sites anatomiques doit toujours être volontaire.
- L'OMS recommande le TAAN pour la détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.
- L'OMS recommande l'autoprélèvement d'échantillons pour le TAAN pour la détection de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*.
- Les recherches sur les valeurs et les préférences des communautés n'ont pas inclus les femmes cisgenres, les hommes transgenres et les personnes non binaires assignées femmes à la naissance, au sujet de cette recommandation.

### Contexte

Les populations clés sont touchées de manière disproportionnée par les IST. Plusieurs IST sont hautement transmissibles et souvent asymptomatiques. La prise en charge syndromique des IST passe à côté des cas asymptomatiques et entraîne un surtraitement. En outre, le surtraitement contribue à la résistance aux antimicrobiens (425). Par exemple, une prise en charge inappropriée de l'infection à *N. gonorrhoeae* peut accélérer l'émergence de *N. gonorrhoeae* multirésistante et accroître la transmission ultérieure (426). Cela souligne la nécessité d'un diagnostic étiologique pour optimiser la prise en charge des cas d'IST, en particulier chez les populations clés qui ont des rapports sexuels bucco-génitaux et anaux.

*N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* peuvent infecter différents sites anatomiques. Ainsi, un dépistage étiologique portant sur tous les sites anatomiques appropriés (oropharynx, urètre, endocol, région anorectale) est nécessaire lorsqu'une personne a des rapports sexuels anaux ou bucco-génitaux, ou les deux. Compte tenu de la forte proportion d'infections asymptomatiques causées par ces agents pathogènes, une proportion importante de cas ne seraient pas détectés si seul le dépistage génital était réalisé (427). Des études ont démontré que jusqu'à un tiers des cas de gonorrhée ne seraient pas détectés si seuls des échantillons d'écoulement urétral ou d'urine étaient analysés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (428, 429).

Bien qu'il soit préférable de procéder à des analyses distinctes des échantillons provenant de différents sites anatomiques, il y a un coût supplémentaire associé à l'analyse des échantillons de chaque site. Cela est particulièrement pertinent dans les PRFI, où le coût des TAAN recommandés pour le diagnostic de ces infections constitue un obstacle majeur (430).

### Examen des données probantes

Une revue systématique a été commandée par l'OMS pour déterminer si le regroupement d'échantillons (ou *pooling*) provenant de différents sites anatomiques devait être utilisé pour le dépistage en laboratoire de la gonorrhée et de la chlamydie, par rapport à des analyses distinctes des échantillons provenant de trois sites anatomiques (urètre, région anorectale et oropharynx). Le résultat d'intérêt était l'exactitude diagnostique.

Pour la chlamydie, une méta-analyse de la sensibilité et de la spécificité a inclus 15 estimations issues de 14 études portant sur 5891 patients (431). Pour les analyses effectuées sur des échantillons groupés provenant de plusieurs sites pour la détection de la chlamydie, la revue a indiqué que la sensibilité combinée<sup>28</sup> était probablement de 93,1 % (IC à 95 % : 90,5 à 95,0 ;  $I^2 = 43,3$ ), et que la spécificité combinée<sup>29</sup> était probablement de 99,4 % (IC à 95 % : 99,0 à 99,6 ;

<sup>28</sup> La sensibilité est une mesure de la performance d'un test pour identifier les vrais positifs.

<sup>29</sup> La spécificité est une mesure de la performance d'un test pour identifier les vrais négatifs.



INTRODUCTION

$I^2 = 52,9$ ) (données probantes de fiabilité modérée). Cela signifie que si 1000 personnes font l'objet du dépistage avec une prévalence de base de 10 % pour la chlamydie (100 cas), le passage des analyses distinctes des échantillons de chaque site aux analyses d'échantillons groupés entraînera probablement la non-détection de sept cas (sur 100 cas vrais) et le surtraitement de cinq personnes.

Pour la gonorrhée, 14 estimations issues de 13 études ont été utilisées pour la méta-analyse, avec des données concernant 6565 patients. Pour les analyses sur des échantillons groupés provenant de plusieurs sites pour la détection de la gonorrhée, la revue a indiqué que la sensibilité combinée en ayant recours au TAAN était probablement de 94,1 % (IC à 95 % : 90,9 à 96,3 ;  $I^2 = 68,4$ ) (données probantes de fiabilité faible), et que la spécificité combinée était probablement de 99,6 % (99,1 à 99,8 ;  $I^2 = 83,6$ ) (données probantes de fiabilité modérée). Cela signifie que si 1000 personnes font l'objet du dépistage avec une prévalence de base de 10 % pour la gonorrhée, le passage des analyses distinctes des échantillons de chaque site aux analyses d'échantillons groupés entraînera probablement la non-détection de six cas (sur 100 cas vrais) et le surtraitement de quatre personnes.

Les analyses de méta-régression n'ont pas montré d'impact significatif sur l'exactitude des analyses effectuées sur des échantillons groupés provenant de plusieurs sites en fonction de la population de l'étude (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par rapport aux hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes), de la taille de la population de l'étude (< 100 contre > 100), du niveau de revenu du pays, du mode de prélèvement des échantillons (autoprélèvement contre prélèvement par le personnel médical) ou de l'année de publication (avant 2020 contre 2020 ou ultérieurement).

Quatre études menées chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont fourni des informations spécifiques sur la sensibilité de la détection des infections oropharyngées à l'aide d'analyses groupées par rapport à la norme de soins (à savoir, l'analyse distincte d'échantillons provenant des trois sites anatomiques pour la détection de la chlamydie et de la gonorrhée) (432-435). Toutes les infections oropharyngées par *C. trachomatis* ont été détectées en ayant recours à des analyses groupées dans trois études sur quatre (164, 166, 167). Dans l'étude restante, le regroupement des échantillons a donné lieu à la non-détection d'un cas sur six d'infection oropharyngée (433). D'autre part, dans l'ensemble, la sensibilité des tests de détection de la gonorrhée oropharyngée effectués sur des échantillons distincts s'est révélée plus faible pour la détection de l'infection dans toutes les études (432-435). Les auteurs ont émis l'hypothèse selon laquelle les sensibilités réduites étaient dues à la charge bactérienne plus faible dans le pharynx par rapport aux autres sites anatomiques. De plus, deux études ont souligné que la plupart des infections à *N. gonorrhoeae* survenaient dans le pharynx, et que plusieurs n'auraient pas été détectées en l'absence d'échantillons provenant de ce site anatomique (433, 435).

Il est également important de noter que les études incluses dans la revue systématique ont été principalement menées dans des pays à revenu élevé (82,6 %, 14/17), et que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituaient la population la plus fréquemment étudiée (70,6 %, 12/17).

En résumé, bien que différentes méthodes de regroupement aient été utilisées dans les études (flux et chronologie, ordre différent du regroupement des échantillons, différents volumes d'urine utilisés), l'exactitude élevée constante des analyses effectuées sur des échantillons groupés provenant de plusieurs sites, en dépit de la diversité des méthodologies de regroupement, suggère que l'exactitude n'a pas été affectée de manière significative par la méthode de regroupement. Dans l'ensemble, la fiabilité des données probantes a été diminuée et définie comme modérée, principalement en raison du risque potentiel de biais dans la plupart des études en raison du biais de sélection des patients, avec une hétérogénéité modérée observée pour les études ayant contribué aux résultats de sensibilité pour la gonorrhée.

## Faisabilité, coûts et rapport coût-efficacité

Aucune étude incluse dans la revue systématique n'a fait état de la faisabilité du regroupement d'échantillons provenant de différents sites pour des analyses groupées. Toutefois, le groupe d'élaboration des lignes directrices a noté que, même s'il était généralement possible de regrouper les échantillons, cela pouvait varier en fonction du contexte en raison, entre autres, des différences en matière de structures, de flux et de capacités techniques des laboratoires.

La revue systématique a identifié trois études qui ont estimé les économies réalisées en regroupant des échantillons provenant de différents sites anatomiques pour les tests de dépistage de la chlamydie ou de la gonorrhée. Une étude portant sur 1064 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui ont consulté dans des centres de santé sexuelle et des services hospitaliers entre octobre 2012 et août 2013 au Royaume-Uni, a suggéré que les analyses groupées permettent de réaliser des économies allant jusqu'à deux tiers des coûts des tests en eux-mêmes, ainsi que des économies sur les consommables, le temps de traitement et l'efficacité du parcours de soins (433). Une étude prospective menée entre février 2018 et juillet 2019 auprès de 501 travailleuses du sexe en Belgique a indiqué une diminution de 35 % des coûts des réactifs et du temps consacré par les techniciens de laboratoire lors de l'utilisation d'analyses groupées (calculée en utilisant la prévalence obtenue de 6,5 % et 3,5 % pour la chlamydie et la gonorrhée, respectivement) (436). Enfin, une étude a évalué l'efficacité des analyses groupées chez 497 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans quatre pays d'Afrique de l'Ouest et a fait apparaître une diminution de 56 % des coûts ; dans cette étude, les échantillons regroupés provenant de trois sites n'ont été considérés séparément que lorsque le résultat de l'échantillon groupé était non valide (437).

Une étude sur le rapport coût-efficacité a été identifiée. Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant consulté dans des centres de santé sexuelle au Royaume-Uni, les chercheurs ont indiqué qu'en utilisant un seuil de disposition à payer de 60 £ par personne testée, les analyses groupées avaient une probabilité de 100 % de présenter

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES





un rapport coût-efficacité favorable. Par rapport aux échantillons analysés individuellement, les analyses groupées ont permis d'économiser de 13,37 à 18,22 £ par personne testée, en fonction de l'état des symptômes ou du groupe de population (à savoir, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes de la population générale) (438).

## Valeurs et préférences

Des travaux de recherche qualitative réalisés par les réseaux de populations clés d'homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et de travailleurs du sexe de tous les genres, portant sur les valeurs et les préférences associées au regroupement des échantillons pour le dépistage des IST, ont été menés auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de travailleurs du sexe cisgenres et de travailleuses du sexe transgenres, mais pas auprès de consommateurs de drogues injectables, de femmes cisgenres qui pratiquent le travail du sexe ou d'autres personnes assignées femmes à la naissance. La plupart des participants ont indiqué qu'ils ne connaissaient pas cette méthode de dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée. Néanmoins, la plupart des participants ont déclaré qu'ils étaient disposés au prélèvement d'échantillons à partir de trois sites anatomiques et à leur regroupement, en particulier si cette méthode permet d'obtenir la meilleure exactitude des résultats. Il y avait une incertitude dans toutes les régions chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes quant à l'exactitude de ces tests utilisant des échantillons groupés. Cela indique qu'un travail d'éducation doit encore être mené aux niveaux clinique et communautaire sur l'efficacité de ces choix liés aux tests de dépistage.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont souligné qu'en raison de la stigmatisation entourant le prélèvement d'échantillons dans la région anale, la pratique consistant à prélever simultanément par écouvillonnage des échantillons anorectaux, oropharyngés et urétraux, et à les regrouper, pourrait constituer une manière moins stigmatisante de dépister les IST. Le regroupement des échantillons réduirait également la nécessité pour les prestataires de soins de demander aux usagers quel type de rapports sexuels ils ont, ce qui réduirait le jugement et la divulgation potentiellement risquée des pratiques sexuelles. Il faut faire preuve de prudence s'agissant de l'élargissement à d'autres populations clés de la pratique consistant à ne pas demander aux usagers quel type de rapports sexuels ils ont, car les autres populations n'ont pas été consultées. Pour accéder au rapport détaillé, veuillez consulter l'[annexe Web B](#) (en anglais).

En outre, deux études identifiées dans le cadre de la revue systématique ont indiqué que les personnes (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et femmes cisgenres) ont estimé que l'autoprélèvement pour le dépistage de la chlamydie ou de la gonorrhée était acceptable et facile à effectuer (433, 439).

## Équité et acceptabilité

Sept études ont abordé l'impact sur l'équité en santé que le regroupement des échantillons pourrait avoir en augmentant la couverture du dépistage (434-437, 440-442), en particulier pour les personnes asymptomatiques qui n'auraient sans cela fait l'objet de tests de dépistage dans les PRFI (437). Une étude a également suggéré que les analyses groupées devraient être intégrées dans les programmes de PrEP en lien avec le VIH dans les pays à ressources limitées (17). De plus, les économies réalisées grâce aux analyses groupées permettraient de déceler et de traiter l'infection chez un plus grand nombre de personnes, ou permettraient aux personnes exposées à un risque plus élevé d'infection de bénéficier de tests de dépistage plus fréquents avec un budget similaire.

Une enquête en ligne menée en 2018 auprès de chefs de clinique au Royaume-Uni a indiqué que 84 % (41/49) des cliniciens en santé sexuelle en Angleterre considéraient que l'effet bénéfique le plus important du regroupement était les économies, mais étaient préoccupés par des obstacles tels que le manque de directives nationales, la perte d'informations sur les sites d'infection et une réduction perçue de la sensibilité ou de la spécificité (441). En outre, la plupart des cliniciens (77 %, 40/52) ont demandé plus d'études de validation sur l'exactitude diagnostique, 75 % (39/52) souhaitaient disposer de lignes directrices cliniques pour le regroupement des échantillons et 48 % (25/52) des cliniciens ont demandé une analyse des coûts plus approfondie (441).

## Évaluation des données probantes et prise de décision

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné les effets bénéfiques du regroupement d'échantillons provenant de trois sites anatomiques pour les tests de dépistage de la gonorrhée et de la chlamydie, en se fondant sur l'examen des données probantes et les valeurs et préférences des communautés.

Compte tenu de la sensibilité et de la spécificité élevées du regroupement d'échantillons pour les tests moléculaires de détection de la chlamydie et de la gonorrhée, les effets bénéfiques de ce regroupement comprennent :

- 1) une détection accrue des infections extra-génitales grâce à l'utilisation du même test pour plusieurs sites anatomiques, et une augmentation de la couverture du dépistage, en particulier le dépistage chez un plus grand nombre de personnes asymptomatiques exposées à des risques accrus d'IST, grâce à des économies potentiellement importantes ;
- 2) une diminution potentielle du risque de contracter le VIH si un plus grand nombre d'infections extra-génitales sont décelées et si plus de personnes sont correctement diagnostiquées et traitées ;
- 3) une diminution de la charge de travail des laboratoires et des autres services de santé, en particulier lorsque les tests de dépistage sont mis en œuvre sur le lieu de soins ou à proximité.

De plus, l'autoprélèvement, qui est hautement acceptable, n'affecte pas l'exactitude du regroupement d'échantillons provenant de différents sites.



INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES

La recherche sur les valeurs et les préférences au sein des communautés des populations clés (voir l'[annexe Web B](#) [en anglais]) s'est limitée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux travailleurs du sexe cisgenres et aux travailleuses du sexe transgenres, et n'a pas inclus les femmes cisgenres qui pratiquent le travail du sexe, les hommes transgenres et les autres personnes assignées femmes à la naissance. Pour cette raison, le groupe d'élaboration des lignes directrices a estimé qu'il y avait une incertitude et une variabilité potentiellement importantes liées à l'évaluation des valeurs et des préférences des populations clés concernant le regroupement d'échantillons de différents sites. Le membre du groupe d'élaboration des lignes directrices du NSWP, en particulier, s'est dit préoccupé par l'omission des femmes cisgenres et des hommes transgenres dans l'enquête sur les valeurs et les préférences, et a demandé que ce travail de recherche soit mené en priorité.

Les effets néfastes potentiels examinés par le groupe d'élaboration des lignes directrices étaient que, par rapport à une analyse de référence d'un échantillon provenant d'un seul site, il y aurait un petit nombre de cas non détectés (cinq pour la chlamydie, six pour la gonorrhée) et de cas de surtraitement (cinq pour la chlamydie, quatre pour la gonorrhée) en utilisant le regroupement des échantillons provenant de plusieurs sites anatomiques dans une population de 1000 personnes avec une prévalence de base de 10 %. En outre, il existe une incertitude quant à la sensibilité du regroupement d'échantillons de différents sites pour détecter la gonorrhée oropharyngée, et sans procéder à un nouveau test, il n'est pas possible de savoir exactement quels sites sont infectés. Cependant, cette légère perte de sensibilité était compensée par la possibilité de procéder à un dépistage portant sur les différents sites anatomiques lors de l'utilisation des analyses groupées dans des contextes où le prélèvement oropharyngé n'est pas effectué systématiquement en raison du coût.

Les effets bénéfiques potentiels du regroupement d'échantillons provenant de plusieurs sites anatomiques pour diagnostiquer les infections par ces deux agents pathogènes l'emportaient sur les effets néfastes liés à une exactitude légèrement inférieure. Le groupe d'élaboration des lignes directrices a donc décidé de formuler une recommandation en faveur de l'intervention. Il y avait globalement des données probantes de fiabilité modérée concernant la sensibilité et la spécificité des échantillons groupés pour la chlamydie et la gonorrhée. Cependant, les données limitées provenant des PRFI et concernant les autres populations clés, outre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ont conduit le groupe d'élaboration des lignes directrices à diminuer la fiabilité pour les autres populations, la définissant comme faible. Sur la base des considérations ci-dessus, le groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé une recommandation conditionnelle, avec une fiabilité modérée des données probantes pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et une fiabilité faible des données probantes pour les autres populations clés.

## Considérations relatives à la mise en œuvre

Les analyses effectuées sur des échantillons groupés provenant de plusieurs sites sont très sensibles et spécifiques ; elles sont associées à des économies potentielles et offrent une possibilité d'accroître la détection des infections extra-génitales et la couverture du dépistage, en particulier dans les PRFI ayant recours au TAAN.

Les pays devraient envisager d'appliquer des méthodes nationales de validation des laboratoires pour l'utilisation d'échantillons groupés pour le diagnostic des infections à *Chlamydia* et à gonocoque, et d'inclure le regroupement d'échantillons dans les protocoles nationaux d'assurance et de contrôle de la qualité. La question de savoir qui procède au regroupement des échantillons doit être examinée ; par exemple, la tâche est-elle accomplie dans le cadre de l'autoprélèvement, par des prestataires de soins ou des techniciens de laboratoire. Chaque approche nécessitera l'adaptation des protocoles nationaux, la formation des prestataires lorsque des tests sur le lieu de soins ou à proximité sont utilisés et, au besoin, l'adaptation des procédures et de la logistique des laboratoires, notamment la réorganisation du flux des échantillons, de la plateforme de test et l'ajustement des fournitures nécessaires pour le prélèvement des échantillons.

Le regroupement d'échantillons provenant de plusieurs sites anatomiques peut également avoir un impact pour les pays ayant des lignes directrices nationales qui recommandent des posologies et des schémas thérapeutiques différents, en fonction du site anatomique. Dans ce cas, il peut être nécessaire de procéder à une nouvelle analyse des échantillons des différents sites séparément pour prescrire le traitement recommandé. Si de nouveaux échantillons doivent être prélevés chez des personnes positives, cela doit être mis en balance avec le risque de retards de traitement et de perte de vue des patients. Ces préoccupations ne concerneront pas les pays qui suivent les recommandations actuelles de l'OMS pour le traitement de l'infection génitale ou anorectale à *Chlamydia*, pour lequel la doxycycline peut être utilisée avec la même posologie dans les deux cas en première intention, ou pour le traitement de la gonorrhée par la bithérapie en première intention, en l'absence de données disponibles sur la résistance locale des gonocoques aux antimicrobiens ou si elles sont insuffisantes (443, 444). Cependant, en raison de la résistance croissante des gonocoques à la ceftriaxone et à l'azithromycine, l'OMS met à jour les lignes directrices pour le traitement des infections à *N. gonorrhoea*, ce qui peut avoir des implications pour le traitement de l'infection touchant différents sites anatomiques.

## Lacunes en matière de recherche

En se fondant sur l'examen des données probantes, une lacune importante à combler est l'exactitude des tests de détection de *N. gonorrhoeae*, en comparant les échantillons oropharyngés seuls par rapport aux échantillons groupés avec des échantillons provenant d'autres sites anatomiques. En ce qui concerne l'exécution des analyses d'échantillons groupés, d'autres études sont nécessaires pour définir la dilution optimale des échantillons groupés pour obtenir la meilleure exactitude, notamment le volume d'urine optimal (lorsque des échantillons d'urine sont utilisés à la place d'écouvillons), et pour comprendre les effets potentiels de l'ordre des échantillons pour le regroupement.



INTRODUCTION

En outre, il est nécessaire d'étudier le rapport coût-efficacité du regroupement d'échantillons par rapport à différentes prévalences de base des infections, et de modéliser le seuil optimal pour l'utilité des tests sur des échantillons d'un seul site ou groupés afin de maximiser le rapport coût-efficacité dans différents contextes.

Il est également essentiel de mieux comprendre les valeurs et les préférences des membres des populations clés qui sont des femmes cisgenres, des hommes transgenres et des personnes non binaires assignées femmes à la naissance, car ces personnes n'ont pas été incluses dans les travaux de recherche sur les valeurs et les préférences menés pour l'élaboration des présentes lignes directrices. La recherche sur la mise en œuvre est importante pour appuyer l'adoption des analyses d'échantillons provenant de différents sites, notamment l'examen de la perception des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés dans le cadre de l'étude sur les valeurs et les préférences, en ce qui concerne la possibilité d'instaurer le prélèvement d'échantillons biologiques à partir des trois sites anatomiques en tant que norme de soins ; le fait de ne pas nécessiter la divulgation des pratiques sexuelles aux prestataires de soins peut permettre de réduire la stigmatisation et la discrimination perçues, et d'accroître l'accès aux soins par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Enfin, pour les pays utilisant des schémas thérapeutiques différents pour les infections à gonocoque, à *Chlamydia* ou les deux en fonction du site anatomique, il serait pertinent de mieux comprendre les effets bénéfiques et néfastes de l'ouverture des groupes d'échantillons (en procédant à de nouveaux tests) après un résultat positif, compte tenu des risques de retards de traitement et de perte de vue dans différents contextes. Il faudrait également envisager de procéder à une évaluation économique du renouvellement des tests sur des échantillons provenant de plusieurs sites dans différents contextes.

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



# Références

1.	Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.	INTRODUCTION
2.	Early warning advisory on new psychoactive substances. United Nations Office on Drugs and Crime; 2022 ( <a href="https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS">https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS</a> , consulté le 14 mars 2022).	
3.	Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.	MÉTHODES
4.	Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 : vers l'élimination de l'hépatite virale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. Numéro de document : WHO/HIV/2016.06.	
5.	Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.	
6.	Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. <i>Med Anthropol Q</i> . 2003;17(4):423–41.	CATALYSEURS ESSENTIELS
7.	Maheu-Giroux M, Vesga JF, Diabaté S, Alary M, Baral S, Diouf D, et al. Changing dynamics of HIV transmission in Côte d'Ivoire: modeling who acquired and transmitted infections and estimating the impact of past HIV interventions (1976–2015). <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> . 2017;75(5):517–27.	
8.	Mukandavire C, Walker J, Schwartz S, Boily MC, Danon L, Lyons C, et al. Estimating the contribution of key populations towards the spread of HIV in Dakar, Senegal. <i>J Int AIDS Soc</i> . 2018;21(5):e25126.	ENSEMBLE D'INTERVENTIONS RECOMMANDÉES
9.	Stone J, Mukandavire C, Boily MC, Fraser H, Mishra S, Schwartz S, et al. Estimating the contribution of key populations towards HIV transmission in South Africa. <i>J Int AIDS Soc</i> . 2021;24(1):e25650.	
10.	Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, et al. Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. <i>Addiction</i> . 2019;114(1):150–66.	ENSEMBLE D'INTERVENTIONS PAR POPULATION CLÉ
11.	Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. <i>Lancet</i> . 2016;388(10049):1089–102.	
12.	Jin F, Dore GJ, Matthews G, Luhmann N, Macdonald V, Bajis S, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. <i>Lancet Gastroenterol Hepatol</i> . 2021;6(1):39–56.	
13.	Heffernan A, Cooke GS, Nayagam S, Thursz M, Hallett TB. Scaling up prevention and treatment towards the elimination of hepatitis C: a global mathematical model. <i>Lancet</i> . 2019;393(10178):1319–29.	PRESTATION DE SERVICES
14.	Martin NK, Vickerman P, Dore GJ, Hickman M. The hepatitis C virus epidemics in key populations (including people who inject drugs, prisoners and MSM): the use of direct-acting antivirals as treatment for prevention. <i>Current opinion in HIV and AIDS</i> . 2015;10(5):374–80.	
15.	Pitcher AB, Borquez A, Skaathun B, Martin NK. Mathematical modeling of hepatitis C virus (HCV) prevention among people who inject drugs: a review of the literature and insights for elimination strategies. <i>J Theor Biol</i> . 2019;481:194–201.	JEUNES GROUPES DE POPULATION CLÉS
16.	Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2017;9(9):Cd012021.	
17.	Falla AM, Hofstraath SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tavoschi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. <i>BMC Infect Dis</i> . 2018;18(1):1–12.	ÉLABORATION DE LA RIPOSTE
18.	Miranda NT, de Souza RL, Monteiro JC, Costa IB, Siravenha LQ, da Luz AL, et al. Seroprevalence of HBV and HCV in female sex workers from four cities in the state of Para, northern Brazil. <i>J Med Virol</i> . 2021;93(6):3730–7.	
19.	Adeyemi OA, Mitchell A, Shutt A, Crowell TA, Ndembu N, Kokogho A, et al. Hepatitis B virus infection among men who have sex with men and transgender women living with or at risk for HIV: a cross sectional study in Abuja and Lagos, Nigeria. <i>BMC Infect Dis</i> . 2021;21(1):1–8.	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
20.	Moradi, Ghobad, Marzieh Soheili, Roya Rashti, Hojat Dehghanbanadaki, Elham Nouri, Farima Zakaryaei, Elnaz Ezzati Amini, Sheno Baiezeedi, Sanaz Ahmadi, and Yousef Moradi. "The prevalence of hepatitis C and hepatitis B in lesbian, gay, bisexual and transgender populations: a systematic review and meta-analysis." <i>European Journal of Medical Research</i> 27, no. 1 (2022): 1-11.	
122	Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés	



21. Stockdale AJ, Kreuels B, Henrion MY, Giorgi E, Kyomuhangi I, de Martel C, et al. The global prevalence of hepatitis D virus infection: systematic review and meta-analysis. *J Hepatol.* 2020;73(3):523–32.
22. Miguères M, Lhomme S, Izopet J. Hepatitis A: Epidemiology, high-risk groups, prevention and research on antiviral treatment. *Viruses.* 2021;13(10).
23. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch X, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis.* 2010;202(12):1789–99.
24. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine.* 2012;30(5):F12–23.
25. James C, Harfouche M, Welton NJ, Turner KM, Abu-Raddad LJ, Gottlieb SL, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* 2020;98(5):315–29.
26. Poteat T, White RH, Footer KHA, Park JN, Galai N, Huettner S, et al. Characterising HIV and STIs among transgender female sex workers: a longitudinal analysis. *Sex Transm Infect.* 2021;97(3):226–31.
27. McLaughlin MM, Chow EP, Wang C, Yang LG, Yang B, Huang JZ, et al. Sexually transmitted infections among heterosexual male clients of female sex workers in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(8):e71394.
28. Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, Tucker JD, Fu H, Smith MK, et al. Global epidemiologic characteristics of sexually transmitted infections among individuals using preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw open.* 2019;2(12):e1917134.
29. Torrone EA, Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Francis SC, Hayes RJ, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: an individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLoS Med.* 2018;15(2):e1002511.
30. Van Gerwen OT, Jani A, Long DM, Austin EL, Musgrove K, Muzny CA. Prevalence of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in transgender persons: a systematic review. *Transgend Health.* 2020;5(2):90–103.
31. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, Rowley J, Korenromp EL, Clayton T, et al. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000–20. *Lancet Glob Health.* 2021;9(8):e1110–e8.
32. Dumchev K. Challenges of sexually transmitted infections and sexual health among people who inject drugs. *Curr Opin Infect Dis.* 2022;35(1):55–60.
33. Unemo M, Shafer WM. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the 21st century: past, evolution, and future. *Clin Microbiol Reviews.* 2014;27(3):587–613.
34. Matthews GV, Dore GJ. HIV and hepatitis C coinfection. *J Gastroenterol Hepatol.* 2008;23(7pt1):1000–8.
35. Thornton AC, Jose S, Bhagani S, Chadwick D, Dunn D, Gilson R, et al. Hepatitis B, hepatitis C, and mortality among HIV-positive individuals. *AIDS.* 2017;31(18):2525.
36. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(7):797–808.
37. Davlidova S, Haley-Johnson Z, Nyhan K, Farooq A, Vermund SH, Ali S. Prevalence of HIV, HCV and HBV in Central Asia and the Caucasus: a systematic review. *Int J Infect Dis.* 2021;104:510–25.
38. Cohen MS, Council OD, Chen JS. Sexually transmitted infections and HIV in the era of antiretroviral treatment and prevention: the biologic basis for epidemiologic synergy. *Journal Int AIDS Soc.* 2019;22:e25355.
39. Mayer, Kenneth H., and Lao-Tzu Allan-Blitz. “Similar, but different: drivers of the disproportionate HIV and sexually transmitted infection burden of key populations.” *Journal of the International AIDS Society* 22, no. Suppl Suppl 6 (2019).
40. Looker KJ, Elmes JAR, Gottlieb SL, Schiffer JT, Vickerman P, Turner KME, et al. Effect of HSV-2 infection on subsequent HIV acquisition: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(12):1303–16.
41. Glynn JR, Biraro S, Weiss HA. Herpes simplex virus type 2: a key role in HIV incidence. *AIDS.* 2009;23(12):1595–8.
42. Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng HY, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2021;97(7):525–33.
43. Massad LS, Xie X, Burk RD, D’Souza G, Darragh TM, Minkoff H, et al. Association of cervical precancer with human papillomavirus types other than 16 among HIV co-infected women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(3):354.e1–6.
44. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah AS, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health.* 2021;9(2):e161–e9.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES





45. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2021.
46. Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
47. Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2015;26:S5–S11.
48. Cambiano V, Miners A, Dunn D, McCormack S, Ong KJ, Gill ON, et al. Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men in the UK: a modelling study and health economic evaluation. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(1):85–94.
49. Gomez GB, Borquez A, Case KK, Wheelock A, Vassall A, Hankins C. The cost and impact of scaling up pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: a systematic review of cost-effectiveness modelling studies. *PLoS medicine*. 2013;10(3):e1001401.
50. Zaric GS, Barnett PG, Brandeau ML. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Pub Health*. 2000;90(7):1100–11.
51. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme. Résolution A/RES/217A du 10 décembre 1948.
52. Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme (Version consolidée 2006). Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2006.
53. Code international d'éthique médicale (2006). Pilanesberg, Association médicale mondiale, 2006
54. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013;382(9908):1898–955.
55. Une participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) : politique générale. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007.
56. Handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014.
57. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration universelle des droits de l'homme. Résolution A/RES/217A du 10 décembre 1948.
58. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration et Programme d'action de Vienne, juin 1993, avec la déclaration liminaire du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, M. Boutros Boutros-Ghali. Résolution 48/121 du 25 juin 1993.
59. Assemblée générale des Nations Unies. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Résolution 2200A de 1996.
60. Assemblée générale des Nations Unies. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Résolution 2200A de 1996.
61. Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH – Conseils aux pays pour mettre en œuvre des programmes efficaces visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans six contextes. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2020.
62. Cichowitz C, Rubenstein L, Beyrer C. Forced anal examinations to ascertain sexual orientation and sexual behavior: an abusive and medically unsound practice. *PLoS Med*. 2018;15(3):e1002536.
63. Argento E, Goldenberg S, Shannon K. Preventing sexually transmitted and blood borne infections (STBBIs) among sex workers: a critical review of the evidence on determinants and interventions in high-income countries. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):1–19.
64. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee SA, et al. Policing practices and risk of HIV infection among people who inject drugs. *Epidemiol Rev*. 2020;42(1):27–40.
65. Bakko M, Kattari SK. Transgender-related insurance denials as barriers to transgender healthcare: differences in experience by insurance type. *J Gen Intern Med*. 2020;35(6):1693–700.
66. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357–e74.
67. Hill BJ, Crosby R, Bouris A, Brown R, Bak T, Rosentel K, et al. Exploring transgender legal name change as a potential structural intervention for mitigating social determinants of health among transgender women of color. *Sex Res Social Policy*. 2018;15(1):25–33.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



68. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T, et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun.* 2020 ;11(1):1–10.
69. Millett GA, Jeffries WL, Peterson JL, Malebranche DJ, Lane T, Flores SA, et al. Common roots: a contextual review of HIV epidemics in black men who have sex with men across the African diaspora. *Lancet.* 2012;380(9839):411–23.
70. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS medicine.* 2018;15(12):e1002680.
71. Santos GM, Makofane K, Arreola S, Do T, Ayala G. Reductions in access to HIV prevention and care services are associated with arrest and convictions in a global survey of men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2017;93(1):62–4.
72. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet.* 2015;385(9962):55–71.
73. Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, et al. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2–3):292–7.
74. Millett GA, Peterson JL, Flores SA, Hart TA, Jeffries WL, Wilson PA, et al. Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have sex with men in Canada, UK, and USA: a meta-analysis. *Lancet.* 2012;380(9839):341–8.
75. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med.* 2018;15(12):e1002680.
76. Argento E, Goldenberg S, Braschel M, Machat S, Strathdee SA, Shannon K. The impact of end-demand legislation on sex workers' access to health and sex worker-led services: a community-based prospective cohort study in Canada. *PLoS One.* 2020;15(4):e0225783.
77. Piot P, Karim SSA, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *Lancet.* 2015;386(9989):171–218.
78. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV.* 2019;6(11):e769– e87.
79. Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
80. King WM, Gamarel KE. A scoping review examining social and legal gender affirmation and health among transgender populations. *Transgend Health.* 2021;6(1):5–22.
81. Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2012.
82. Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012.
83. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva: World Health Organization; 2012.
84. Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
85. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva: World Health Organization; 2007.
86. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine.* 2019;17(1):25.
87. Yam EA, Pulerwitz J, Almonte D, García F, del Valle A, Colom A, et al. Stigma among key populations living with HIV in the Dominican Republic: experiences of people of Haitian descent, MSM, and female sex workers. *AIDS.* 2020;34:S43–S51.
88. Rogers S, Tureski K, Cushnie A, Brown A, Bailey A, Palmer Q. Layered stigma among health-care and social service providers toward key affected populations in Jamaica and The Bahamas. *AIDS Care.* 2014;26(5):538–46.
89. Peitzmeier SM, Grosso A, Bowes A, Ceesay N, Baral SD. Associations of stigma with negative health outcomes for people living with HIV in the Gambia: implications for key populations. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68:S146–S53.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



90.	Lyons CE, Olawore O, Turpin G, Coly K, Ketende S, Liestman B, et al. Intersectional stigmas and HIV-related outcomes among a cohort of key populations enrolled in stigma mitigation interventions in Senegal. <i>AIDS</i> . 2020;34(1):S63.	INTRODUCTION
91.	Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lileston P, et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. <i>AIDS Patient Care STDs</i> . 2020;34(1):38–50.	
92.	Friedland BA, Sprague L, Nyblade L, Baral SD, Pulerwitz J, Gottert A, et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. <i>J Int AIDS Soc</i> . 2018;21(5).	MÉTHODES
93.	Fitzgerald-Husek A, Van Wert MJ, Ewing WF, Grosso AL, Holland CE, Katterl R, et al. Measuring stigma affecting sex workers (SW) and men who have sex with men (MSM): a systematic review. <i>PloS One</i> . 2017;12(11):e0188393.	
94.	Costa AB, de Moura Filho JB, Silva JM, Beloqui JA, Espindola Y, de Araujo CF, et al. Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: results from the Stigma Index Brazil. <i>AIDS Care</i> . 2021:1–5.	
95.	Lan CW, Lin C, Thanh DC, Li L. Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam. <i>Drug Alcohol Rev</i> . 2018;37(3):333–9.	CATALYSEURS ESSENTIELS
96.	Stringer KL, Baker EH. Stigma as a barrier to substance abuse treatment among those with unmet need: an analysis of parenthood and marital status. <i>J Fam Issues</i> . 2018;39(1):3–27.	
97.	Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Globberman J, Chambers L, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. <i>BMJ open</i> . 2016;6(7):e011453.	ENSEMBLE D'INTERVENTIONS RECOMMANDÉES
98.	Hatzenbuehler ML, O'cleirigh C, Mayer KH, Mimiaga MJ, Safren SA. Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. <i>Ann Behav Med</i> . 2011;42(2):227–34.	
99.	Lekas H-M, Siegel K, Leider J. Felt and enacted stigma among HIV/HCV-coinfected adults: the impact of stigma layering. <i>Qual Health Res</i> . 2011;21(9):1205–19.	ENSEMBLE D'INTERVENTIONS PAR POPULATION CLÉ
100.	Ayhan CHB, Bilgin H, Ullman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. <i>Int J Health Serv</i> . 2020;50(1):44–61.	
101.	Magno L, Silva LAVd, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. <i>Cadernos de Saude Publica</i> . 2019;35.	
102.	Hughto JMW, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. <i>Soc Sci Med</i> . 2015;147:222–31.	PRESTATION DE SERVICES
103.	Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. <i>BMC Public Health</i> . 2017;17(1):1–11.	
104.	Siegel J, Yassi A, Rau A, Buxton JA, Wouters E, Engelbrecht MC, et al. Workplace interventions to reduce HIV and TB stigma among health care workers – where do we go from here? <i>Glob Public Health</i> . 2015;10(8):995–1007.	JEUNES GROUPES DE POPULATION CLÉS
105.	Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwalemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. <i>AIDS Behav</i> . 2015;19(2):246–56.	
106.	Odeny TA, Penner J, Lewis-Kulzer J, Leslie HH, Shade SB, Adero W, et al. Integration of HIV care with primary health care services: effect on patient satisfaction and stigma in rural Kenya. <i>AIDS Res Treat</i> . 2013;(7):485715.	ÉLABORATION DE LA RIPOSTE
107.	Mak WW, Cheng SS, Law RW, Cheng WW, Chan F. Reducing HIV-related stigma among health-care professionals: a game-based experiential approach. <i>AIDS Care</i> . 2015;27(7):855–9.	
108.	Li L, Lin C, Guan J, Wu Z. Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. <i>J Int AIDS Soc</i> . 2013;16:18710.	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
109.	Li L, Liang L-J, Wu Z, Lin C, Guan J. Assessing outcomes of a stigma-reduction intervention with venue-based analysis. <i>Soc psychiatry psychiatr Epidemiol</i> . 2014;49(6):991–9.	
110.	Happell B, Byrne L, Platania-Phung C, Harris S, Bradshaw J, Davies J. Lived-experience participation in nurse education: reducing stigma and enhancing popularity. <i>Int J Ment Health Nurs</i> . 2014;23(5):427–34.	
111.	Geibel S, Hossain SM, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. <i>J Adolesc Health</i> . 2017;60(2):S35–S44.	
112.	Flanagan EH, Buck T, Gamble A, Hunter C, Sewell I, Davidson L. “Recovery speaks”: a photovoice intervention to reduce stigma among primary care providers. <i>Psychiatr Serv</i> . 2016;67(5):566–9.	
126	Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés	



113. Fernandez A, Tan K-A, Knaak S, Chew BH, Ghazali SS. Effects of brief psychoeducational program on stigma in Malaysian pre-clinical medical students: a randomized controlled trial. *Acad Psychiatry*. 2016;40(6):905–11.
114. Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. Adaptation and implementation of an intervention to reduce HIV-related stigma among healthcare workers in the United States: piloting of the FRESH workshop. *AIDS Patient Care and STDs*. 2016;30(11):519–27.
115. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come? *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18734.
116. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12(1):1–7.
117. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:405–16.
118. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013.
119. UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012.
120. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013.
121. Giving young people the information, skills and knowledge they need. Comprehensive sexuality education. New York: United Nations Population Fund; 2013.
122. Wirtz AL, Pretorius C, Beyrer C, Baral S, Decker MR, Sherman SG, et al. Epidemic impacts of a community empowerment intervention for HIV prevention among female sex workers in generalized and concentrated epidemics. *PLoS One*. 2014;9(2):e88047.
123. Shannon K, Crago A-L, Baral SD, Bekker L-G, Kerrigan D, Decker MR, et al. The global response and unmet actions for HIV and sex workers. *Lancet*. 2018;392(10148):698–710.
124. Platteau T, van Lankveld J, Apers L, Fransen K, Rockstroh J, Florence E. HIV testing for key populations in Europe: a decade of technological innovation and patient empowerment complement the role of health care professionals. *HIV Medicine*. 2018;19:71–6.
125. Mehrotra A, Davis DA, Evens E, White B, Wilcher R. The importance of key population community engagement and empowerment in HIV programming: insights from a global survey with local implementing partners. *J Glob Health Reports*. 2020;4:e2020044.
126. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health, Popul Nutr*. 2006;113–20.
127. Kerrigan D, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low-and middle-income countries. *AIDS Behav*. 2013;17(6):1926–40.
128. Kerrigan D, Mbawambo J, Likindikoki S, Davis W, Mantsios A, Beckham SW, et al. Project Shikamana: community empowerment-based combination HIV prevention significantly impacts HIV incidence and care continuum outcomes among female sex workers in Iringa, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2019;82(2):141.
129. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Reza-Paul S, Mwangi P, Win KT, et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *Lancet*. 2015;385(9963):172–85.
130. Kerrigan D, Donastorg Y, Barrington C, Perez M, Gomez H, Mbawambo J, et al. Assessing and addressing social determinants of HIV among female sex workers in the Dominican Republic and Tanzania through community empowerment-based responses. *Current HIV/AIDS Reports*. 2020;17(2):88–96.
131. Hays RB, Rebchook GM, Kegeles SM. The Mpowerment Project: Community-building with young gay and bisexual men to prevent HIV. *Am J Community Psychol*. 2003;31(3):301–12.
132. Beckham SW, Stockton M, Galai N, Davis W, Mwambo J, Likindikoki S, et al. Family planning use and correlates among female sex workers in a community empowerment HIV prevention intervention in Iringa, Tanzania: a case for tailored programming. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–11.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



133. Baral S, Holland CE, Shannon K, Logie C, Semugoma P, Sithole B, et al. Enhancing benefits or increasing harms: community responses for HIV among men who have sex with men, transgender women, female sex workers, and people who inject drugs. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> . 2014;66:S319–S28.	INTRODUCTION
134. Chang J, Shelly S, Busz M, Stoicescu C, Iryawan AR, Madybaeva D, et al. Peer driven or driven peers? A rapid review of peer involvement of people who use drugs in HIV and harm reduction services in low- and middle-income countries. <i>Harm Reduct J</i> . 2021;18(1):15.	
135. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Global Network of Sex Work Projects, Banque mondiale. Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.	MÉTHODES
136. United Nations Population Fund, Global Forum on MSM & HIV, United Nations Development Programme, World Health Organization, United States Agency for International Development, World Bank. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. New York: United Nations Population Fund; 2015.	
137. United Nations Office on Drugs and Crime, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, et al. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017.	CATALYSEURS ESSENTIELS
138. United Nations Development Programme, IRG: A Global Network of Transgender Women and HIV, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization, et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York: United Nations Development Programme; 2016.	ENSEMBLE D'INTERVENTIONS RECOMMANDÉES
139. Mise en place d'un suivi dirigé par la communauté dans le cadre des services liés au VIH. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2021.	
140. Blondeel K, De Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. <i>Bull World Health Org</i> . 2018;96(1):29.	ENSEMBLE D'INTERVENTIONS PAR POPULATION CLÉ
141. Sherwood JA, Grosso A, Decker MR, Peitzmeier S, Papworth E, Diouf D, et al. Sexual violence against female sex workers in The Gambia: a cross-sectional examination of the associations between victimization and reproductive, sexual and mental health. <i>BMC Public Health</i> . 2015;15(1):1–10.	
142. Nelson E-UE, Brown AS. Extra-legal policing strategies and HIV risk environment: accounts of people who inject drugs in Nigeria. <i>Drugs: Educ Prev Policy</i> . 2020;27(4):312–9.	
143. Miltz AR, Lampe FC, Bacchus LJ, McCormack S, Dunn D, White E, et al. Intimate partner violence, depression, and sexual behaviour among gay, bisexual and other men who have sex with men in the PROUD trial. <i>BMC Public Health</i> . 2019;19(1):1–17.	PRESTATION DE SERVICES
144. Griner SB, Vamos CA, Thompson EL, Logan R, Vázquez-Otero C, Daley EM. The intersection of gender identity and violence: victimization experienced by transgender college students. <i>J Interpers Violence</i> . 2020;35(23–24):5704–25.	
145. Finneran C, Stephenson R. Intimate partner violence among men who have sex with men: a systematic review. <i>Trauma Violence Abuse</i> . 2013;14(2):168–85.	JEUNES GROUPES DE POPULATION CLÉS
146. Dasgupta S. Violence in commercial sex work: a case study on the impact of violence among commercial female sex workers in india and strategies to combat violence. <i>Violence Against Women</i> . 2020;1077801220969881.	
147. Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette K-Z, et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: A cross-sectional analysis. <i>PLoS medicine</i> . 2017;14(11):e1002422.	
148. Smith LR, Yore J, Triplett DP, Urada L, Nemoto T, Raj A. Impact of sexual violence across the lifespan on HIV risk behaviors among transgender women and cisgender people living with HIV. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> (1999). 2017;75(4):408.	ÉLABORATION DE LA RIPOSTE
149. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M, et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. <i>Am J Public Health</i> . 2020;110(9):e1–e14.	
150. Park JN, Linton SL, Sherman SG, German D. Police violence among people who inject drugs in Baltimore, Maryland. <i>Int J Drug Policy</i> . 2019;64:54–61.	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES
151. Lunze K, Lunze FI, Raj A, Samet JH. Stigma and human rights abuses against people who inject drugs in Russia – a qualitative investigation to inform policy and public health strategies. <i>PLoS One</i> . 2015;10(8):e0136030.	
128 Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins de l'infection à VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés	





152. Lee JO, Yoon Y, Idrisov B, Kiriazova T, Makarenko O, Sereda Y, et al. Violence, HIV risks, and polysubstance use among HIV-positive people who inject drugs in Ukraine. *AIDS Behav.* 2021;25(7):2120–30.
153. Dunkle KL, Wong FY, Nehl EJ, Lin L, He N, Huang J, et al. Male-on-male intimate partner violence and sexual risk behaviors among money boys and other men who have sex with men in Shanghai, China. *Sex Transm Dis.* 2013;40(5):362–5.
154. Davis DA, Morales GJ, Ridgeway K, Mendizabal M, Lanham M, Dayton R, et al. The health impacts of violence perpetrated by police, military and other public security forces on gay, bisexual and other men who have sex with men in El Salvador. *Cult Health Sex.* 2020;22(2):217–32.
155. Sazzad HM, McCredie L, Treloar C, Lloyd AR, Lafferty L. Violence and hepatitis C transmission in prison – a modified social ecological model. *PLoS One.* 2020;15(12):e0243106.
156. Russell M, Chen M-J, Nochajski TH, Testa M, Zimmerman SJ, Hughes PS. Risky sexual behavior, bleeding caused by intimate partner violence, and hepatitis C virus infection in patients of a sexually transmitted disease clinic. *Am J Public Health.* 2009;99(S1):S173–S9.
157. Decker MR, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyi V, Weber RA, et al. Injection drug use, sexual risk, violence and STI/HIV among Moscow female sex workers. *Sex Transm Infect.* 2012;88(4):278–83.
158. Decker MR, Wirtz AL, Pretorius C, Sherman SG, Sweat MD, Baral SD, et al. Estimating the impact of reducing violence against female sex workers on HIV epidemics in Kenya and Ukraine: a policy modeling exercise. *Am J Reprod Immunol.* 2013;69:122–32.
159. El-Bassel N, Wechsberg WM, Shaw SA. Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. *Curr Opin HIV AIDS.* 2012;7(4):326.
160. Evidence Brief: Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2019.
161. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Geneva: World Health Organization; 2019.
162. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
163. Ando N, Mizushima D, Watanabe K, Takano M, Shiojiri D, Uemura H, et al. Modified self-obtained pooled sampling to screen for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2020;20:20.
164. Handbook on police accountability, oversight and integrity. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2011.
165. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015;385(9977):1555–66.
166. Mise en œuvre de l'engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue en tenant compte des droits de l'homme (A/HRC/39/39). Conseil des droits de l'homme des Nations unies, 2018.
167. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004.
168. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva: World Health Organization; 2012.
169. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009.
170. Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission. Geneva: World Health Organization; 2007.
171. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2021.
172. Guidelines for long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention. Geneva: World Health Organization; 2022.
173. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
174. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016.
175. Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
176. Les doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis peuvent servir de premier test de dépistage dans le cadre des soins prénataux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
177. Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



178. Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020.
179. Coomes, David Michael, Dylan Green, Ruanne Barnabas, Monisha Sharma, Magdalena Barr-Dichiara, Muhammad S. Jamil, Rachel Baggalety et al. "Cost-effectiveness of implementing HIV and HIV/syphilis dual testing among key populations in Viet Nam: a modeling analysis." medRxiv (2022).
180. Interventions de santé numérique axées sur la jeunesse : cadre pour la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de solutions avec et pour les jeunes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.
181. Note d'information de l'OMS relative à l'utilisation des doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
182. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021.
183. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021.
184. Guidelines on hepatitis B and C testing. Geneva : World Health Organization; 2017.
185. Recommandations et orientations concernant l'autodépistage du virus de l'hépatite C. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.
186. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA. 2016;316(2):171–81.
187. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011;365(6):493–505.
188. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. Lancet HIV. 2018;5(8):e438– e47.
189. Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la tuberculose : module 2 : dépistage : dépistage systématique de la tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022.
190. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021. Report No. 9240031596.
191. Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la tuberculose : module 4 : traitement : traitement de la tuberculose pharmacorésistante. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.
192. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment. Geneva: World Health Organization; 2020.
193. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva: World Health Organization; 2018.
194. Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes de l'infection à hépatite B chronique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
195. Grulich AE, Van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. Lancet. 2007;370(9581):59–67.
196. Organisation mondiale de la Santé. Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS, mai 2017. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2017, 92 (19).
197. Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
198. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization; 2021.
199. New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021.
200. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022.
201. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Organisation mondiale de la Santé, 2016.
202. mhGAP Evidence Resource Centre. World Health Organization (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre>, consulté le 14 mars 2022).
203. Assemblée générale des Nations unies. Convention relative aux droits de l'enfant. Genève, 1989.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



204. HIV and young people who sell sex: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015.
205. Rashti R, Alavian SM, Moradi Y, Sharafi H, Bolbanabad AM, Roshani D, et al. Global prevalence of HCV and/or HBV coinfections among people who inject drugs and female sex workers who live with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Arch Virol*. 2020;1–12.
206. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1192–e207.
207. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology*. 2013;58(4):1215–24.
208. Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1208–e20.
209. Värnå Falk M, Strömdahl S, Ekström AM, Kåberg M, Karlsson N, Dahlborn H, et al. A qualitative study of facilitators and barriers to participate in a needle exchange program for women who inject drugs. *Harm Reduct J*. 2020;17(1):84.
210. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357–e74.
211. Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129(3):180–209.
212. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):345–53.
213. Falla AM, Hofstraath SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tavošchi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):79.
214. Ooi C, Kong FYS, Lewis DA, Hocking JS. Prevalence of sexually transmissible infections and HIV in men attending sex-on-premises venues in Australia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sex Health*. 2020;17(2):135–48.
215. Beebejaun K, Degala S, Balogun K, Simms I, Woodhall SC, Heinsbroek E, et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. *Eurosurveillance*. 2017;22(5):30454.
216. Chen G-J, Lin K-Y, Hung C-C, Chang S-C. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men in a country of low endemicity of hepatitis A infection. *J Infect Dis*. 2017;215(8):1339–40.
217. Freidl GS, Sonder GJ, Bovée LP, Friesema IH, van Rijckevorsel GG, Ruijs WL, et al. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) predominantly linked with the EuroPride, the Netherlands, July 2016 to February 2017. *Eurosurveillance*. 2017;22(8):30468.
218. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mårdh O, Varela C, Avellón A, et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. *Eurosurveillance*. 2018;23(33):1700641.
219. Werber D, Michaelis K, Hausner M, Sissolak D, Wenzel J, Bitzegeio J, et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. *Eurosurveillance*. 2017;22(5):30457.
220. Asher AK, Portillo CJ, Cooper BA, Dawson-Rose C, Vlahov D, Page KA. Clinicians' views of hepatitis C virus treatment candidacy with direct-acting antiviral regimens for people who inject drugs. *Subst Use Misuse*. 2016;51(9):1218–23.
221. Malekinejad M, Barker EK, Merai R, Lyles CM, Bernstein KT, Sipe TA, et al. Risk of HIV acquisition among men who have sex with men infected with bacterial sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2021;48(10):e138–e48.
222. Reisner SL, Radix A, Deutsch MB. Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *J Acquir Immune Defic Syndr* (1999). 2016;72(3):S235–S42.
223. Wirtz AL, Poteat TC, Malik M, Glass N. Gender-based violence against transgender people in the United States: a call for research and programming. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(2):227–41.
224. Mendes WG, Silva C. Homicide of lesbians, gays, bisexuals, travestis, transexuals, and transgender people (LGBT) in Brazil: a spatial analysis. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1709–22.
225. Dinno A. Homicide rates of transgender individuals in the United States: 2010–2014. *Am J Public Health*. 2017;107(9):1441–7.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



226. Rodríguez-Madera SL, Padilla M, Varas-Díaz N, Neilands T, Vasques Guzzi AC, Florenciani EJ, et al. Experiences of violence among transgender women in Puerto Rico: an underestimated problem. *J Homosex*. 2017;64(2):209–17.
227. Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19(3):199–220.
228. Kelley J. Stigma and human rights: transgender discrimination and its influence on patient health. *Prof Case Manag*. 2021;26(6):298–303.
229. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214–22.
230. Ghobad M, Marzieh S, Roya R, Hojat D, Elham N, Farima Z, et al. *Euro J Med Res*. 2021.
231. Van Schuylenbergh J, Motmans J, Defreyne J, Somers A, T'Sjoen G. Sexual health, transition-related risk behavior and need for health care among transgender sex workers. *Int J Transgend*. 2019;20(4):388–402.
232. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med*. 2012;9(10):2641–51.
233. Wallace PM, Rasmussen S. Analysis of adulterated silicone: implications for health promotion. *Int J Transgend*. 2010;12(3):167–75.
234. Aguayo-Romero RA, Reisen CA, Zea MC, Bianchi FT, Poppen PJ. Gender affirmation and body modification among transgender persons in Bogotá, Colombia. *Int J Transgend*. 2015;16(2):103–15.
235. Ngoc M-AT, Greenberg K, Alio PA, McIntosh S, Baldwin C. Non-medical body modification (body-mod) strategies among transgender and gender diverse (TG/GD) adolescents and young adults. *J Adolescent Health*. 2020;66(2):S84.
236. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
237. Prisons and health. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2014.
238. Ahmadi Gharaei H, Fararouei M, Mirzazadeh A, et al. The global and regional prevalence of hepatitis C and B co-infections among prisoners living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty* 2021;10:93.
239. Sander G, Shirley-Beavan S, Stone K. The global state of harm reduction in prisons. *J Correct Health Care*. 2019;25(2):105–20.
240. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*. 2006;101(2):181–91.
241. Dolan K, Khoei EM, Brentari C, Stevens A. Prisons and drugs: a global review of incarceration, drug use and drug services. Report 12. 2007.
242. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871–81.
243. Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Vienne, 2016.
244. Prisons and Health. Denmark: World Health Organization (Europe); 2014.
245. Prévention, dépistage, traitement et prise en charge du VIH dans les prisons et autres structures fermées et accompagnement des personnes atteintes : ensemble complet d'interventions. Vienne, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2020.
246. HIV/AIDS JUNPo. Progress report of the multistakeholder task team on community-led AIDS responses. Geneva: UNAIDS; 2020.
247. Nguyen VTT, Phan HT, Kato M, Nguyen QT, Le Ai KA, Vo SH, et al. Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(3):e25301.
248. Vannakit R, Janyam S, Linjongrat D, Chanlearn P, Sittikarn S, Pengnonyang S, et al. Give the community the tools and they will help finish the job: key population-led health services for ending AIDS in Thailand. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(6):e25535.
249. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A, 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*. 2019;14(6):e0218654.
250. Phanuphak N, Sungsing T, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D, Mingkwanrungruang P, et al. Princess PrEP program: the first key population-led model to deliver pre-exposure prophylaxis to key populations by key populations in Thailand. *Sex Health*. 2018;15(6):542–55.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



251. Onovo A, Kalaiwo A, Emmanuel G, Keiser O. Community-led index case testing: a promising strategy to improve HIV diagnosis and linkage to care in partners of key populations in Nigeria. Available at SSRN 3872626 (accessed 24 June 2022).
252. Stardust Z, Kolstee J, Joksic S, Gray J, Hannan S. A community-led, harm-reduction approach to chemsex: case study from Australia's largest gay city. *Sex Health*. 2018;15(2):179–81.
253. Lillie TA, Persaud NE, DiCarlo MC, Gashobotse D, Kamali DR, Cheron M, et al. Reaching the unreached: performance of an enhanced peer outreach approach to identify new HIV cases among female sex workers and men who have sex with men in HIV programs in West and Central Africa. *Plos One*. 2019;14(4):e0213743.
254. Framework on integrated, people-centred health services. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva. Geneva: World Health Organization; 2016.
255. Integrated care models: an overview. Copenhagen: World Health Organization (Europe); 2016.
256. International AIDS Society. 2021 (<https://www.iasociety.org/ias-programme/differentiated-service-delivery>, consulté le 14 mars 2022).
257. Interventions de santé numérique axées sur la jeunesse : cadre pour la planification, l'élaboration et la mise en œuvre de solutions avec et pour les jeunes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.
258. Hightow-Weidman L, Muessig K, Claude K, Roberts J, Zlotorzynska M, Sanchez T. Maximizing digital interventions for youth in the midst of covid-19: lessons from the adolescent trials network for HIV interventions. *AIDS Behav*. 2020;24(8):2239–43.
259. Ames HM, Glenton C, Lewin S, Tamrat T, Akama E, Leon N. Clients' perceptions and experiences of targeted digital communication accessible via mobile devices for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019(10).
260. Inhae C, Jiwon K. Effects of mHealth intervention on sexual and reproductive health in emerging adulthood: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud*. 2021;119:103949.
261. HIV and young people who sell sex: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015.
262. HIV and young men who have sex with men. Geneva: World Health Organization; 2015.
263. HIV and young transgender people: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015.
264. HIV and young people who inject drugs: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015.
265. Bekker LG, Johnson L, Wallace M, Hosek S. Building our youth for the future. Wiley Online Library; 2015.
266. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. 2014;28(10):1509–19.
267. Kteily-Hawa R, Hawa AC, Gogolishvili D, Al Akel M, Andruszkiewicz N, Vijayanathan H, et al. Understanding the epidemiological HIV risk factors and underlying risk context for youth residing in or originating from the Middle East and North Africa (MENA) region: a scoping review of the literature. *PloS One*. 2022;17(1):e0260935.
268. McLaughlin M, Amaya A, Klevens M, O'Cleirigh C, Batchelder A. A review of factors associated with age of first injection. *J Psychoact Drugs*. 2020;52(5):412–20.
269. Cornell M, Dovel K. Reaching key adolescent populations. *Curr Opin HIV AIDS*. 2018;13(3):274–80.
270. Les jeunes et le VIH. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2021.
271. Young key populations from Asia and the Pacific claiming their space at the 2021 High-Level Meeting on AIDS 2021. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210611\\_young-key-populations-asia-pacific](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210611_young-key-populations-asia-pacific), consulté le 14 mars 2022).
272. Weinstock HS, Kreisel KM, Spicknall IH, Chesson HW, Miller WC. STI Prevalence, incidence, and costs in the United States: new estimates, new approach. *Sex Transm Dis*. 2021;48(4):207.
273. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada, 2017. Agence de la santé publique du Canada, 2019.
274. HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia – annual surveillance report 2018. Kirby Institute; 2020.
275. Gonorrhoea – Annual epidemiological report for 2018. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020.
276. Chlamydia infection – Annual epidemiological report for 2018. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES





277. Bao Y, Larney S, Peacock A, Colledge S, Grebely J, Hickman M, et al. Prevalence of HIV, HCV and HBV infection and sociodemographic characteristics of people who inject drugs in China: a systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Policy*. 2019;70:87–93.
278. Viral Hepatitis Surveillance – United States 2019; Centres for Disease Control and Prevention; May 2021.
279. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1192–e207.
280. The Key Populations Atlas: UNAIDS (<https://kpatlas.unaids.org/>, consulté le 14 mars 2022).
281. Ie SI, Turyadi, Sidarta E, Sadhewa A, Purnomo GA, Soedarmono YS, et al. High prevalence of hepatitis B virus infection in young adults in Ternate, Eastern Indonesia. *Am J Trop Med Hyg*. 2015;93(6):1349–55.
282. Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(1):137.
283. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78.
284. Ramadhani HO, Crowell TA, Nowak RG, Ndembi N, Kayode BO, Kokogho A, et al. Association of age with healthcare needs and engagement among Nigerian men who have sex with men and transgender women: cross-sectional and longitudinal analyses from an observational cohort. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25599.
285. Rucinski KB, Schwartz SR, Mishra S, Phaswana-Mafuya N, Diouf D, Mothopeng T, et al. High HIV prevalence and low HIV-service engagement among young women who sell sex: a pooled analysis across 9 Sub-Saharan African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(2):148–55.
286. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2021;18(1):1–17.
287. Chong LSH, Kerklaan J, Clarke S, Kohn M, Baumgart A, Guha C, Tunnicliffe DJ, Hanson CS, Craig JC, Tong A. Experiences and Perspectives of Transgender Youths in Accessing Health Care: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2021 Nov 1;175(11):1159–1173. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2061. PMID: 34279538.
288. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Nigeria. Brazzaville. WHO Regional Office for Africa; 2019.
289. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Tanzania. Geneva: World Health Organization; 2020.
290. Young people and the law in Asia and the Pacific: a review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services. New York: UNESCO; 2013.
291. Barr-DiChiara M, Tembo M, Harrison L, Quinn C, Ameyan W, Sabin K, et al. Adolescents and age of consent to HIV testing: an updated review of national policies in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*. 2021;11(9):e049673.
292. Robert K, Maryline M, Jordan K, Lina D, Helgar M, Annrita I, et al. Factors influencing access of HIV and sexual and reproductive health services among adolescent key populations in Kenya. *Int J Public Health*. 2020;65(4):425–32.
293. Shabani O, Moleki MM, Thupayagale-Tshweneagae GG. Individual determinants associated with utilisation of sexual and reproductive health care services for HIV and AIDS prevention by male adolescents. *Curationis*. 2018;41(1):1–6.
294. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19833.
295. Orientations sur les aspects éthiques à prendre en considération pour planifier et examiner des recherches sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
296. Manuel d'évaluation des obstacles relatifs aux services de santé destinés aux adolescents, en particulier aux adolescents défavorisés. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
297. Organisation mondiale de la Santé, International AIDS Society. La recherche pour une génération sans SIDA : un programme de recherche mondial pour les adolescents vivant avec le VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.
298. Collecting and reporting of sex- and age-disaggregated data on adolescents at the sub-national level. New York City: UNICEF; 2016.
299. Assemblée générale des Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant. Résolution A/Res/44/251989 du 20 novembre 1989.
300. Global consensus statement: meaningful adolescent and youth engagement. Geneva : World Health Organization; 2020.



301. Réseau mondial des jeunes vivant avec le VIH (Y+ Global). Une directive pour les organisations sur l'engagement significatif et éthique des jeunes vivant avec le VIH dans la riposte au VIH. 2022.
302. Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice, December 2019: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2019.
303. Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
304. Conner B. "First, do no harm": legal guidelines for health programmes affecting adolescents aged 10–17 who sell sex or inject drugs. J Int AIDS Soc. 2015;18:19437.
305. O'Farrell M, Corcoran P, Davoren MP. Examining LGBTI+ inclusive sexual health education from the perspective of both youth and facilitators: a systematic review. BMJ open. 2021;11(9):e047856.
306. What They Don't Tell You in Sex Ed! – a resource for transgender and gender diverse communities on sexual and reproductive health. Asia Pacific Transgender Network (APTNet); 2021.
307. Principes directeurs et programmatiques internationaux sur l'éducation complète à la sexualité en milieu extrascolaire. Genève, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), 2020.
308. PRÊTS à servir : Améliorer les services de santé pour les jeunes vivant avec le VIH. Réseau mondial des jeunes vivant avec le VIH, 2019.
309. Young key populations programming guidelines: inspiration for a new era of SRHR and HIV programming for young key populations in Asia-Pacific. Youth LEAD; 2021.
310. Guidelines for healthcare providers on trans-competent healthcare services for transgender patients. Asia Pacific Transgender Network (APTNet); 2020.
311. Mark D, Lovich R, Walker D, Burdock T, Ronan A, Ameyan W, et al. Providing peer support for adolescents and young people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2019. Contract No. WHO/CDS/HIV/19.27.
312. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021. Report No. 9240031596.
313. Looking out for adolescents and youth from key populations. UNICEF East Asia & Pacific; 2019.
314. Assemblée générale des Nations Unies. Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants. Résolution A/Res/64/142 de 2010.
315. Prévention de la violence à l'école : guide pratique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
316. INSPIRE handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2018.
317. Jones T, Cornu C, Liu Y. Bringing it out in the open: monitoring school violence based on sexual orientation, gender identity or gender expression in national and international surveys. 2019. No it is 2021
318. Embrasser la diversité et protéger les enfants et adolescents trans et de diverses identités de genre [communiqué de presse]. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 16 mai 2017.
319. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Geneva: World Health Organization; 2019.
320. Responding to children and adolescents who have been sexually abused. Geneva: World Health Organization; 2017.
321. Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2014.
322. Family planning for adolescents and women at high risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2021.
323. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: World Health Organization; 2020.
324. Laurenzi CA, du Toit S, Ameyan W, Melendez-Torres G, Kara T, Brand A, et al. Psychosocial interventions for improving engagement in care and health and behavioural outcomes for adolescents and young people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2021;24(8):e25741.
325. WHO guideline on school health services. Geneva: World Health Organization; 2021.
326. Making every school a health-promoting school – implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2021.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



327. The right to housing of LGBT youth: an urgent task in the SDG agenda setting [communiqué de presse]. Geneva: United Nations Human Rights Council; 2019.
328. Libres & Égaux : Les jeunes sans domicile fixe. Fiche d'information. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2020.
329. Food systems for children and adolescents: working together to secure nutritious diets. New York: UNICEF; 2019.
330. Carducci B, Oh C, Roth DE, Neufeld LM, Frongillo EA, L'Abbe MR, et al. Gaps and priorities in assessment of food environments for children and adolescents in low-and middle-income countries. *Nature Food*. 2021;2(6):396–403.
331. Transitions from school to work. New York: UNICEF; 2019.
332. Recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: World Health Organization; 2020.
333. World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: World Health Organization; 2020.
334. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343.
335. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
336. Desrosiers A, Levy M, Dright A, Zumer M, Jallah N, Kuo I, et al. A randomized controlled pilot study of a culturally-tailored counseling intervention to increase uptake of HIV pre-exposure prophylaxis among young black men who have sex with men in Washington, DC. *AIDS Behav*. 2019;23(1):105–15.
337. DiClemente RJ, Davis TL, Swartzendruber A, Fasula AM, Boyce L, Gelaude D, et al. Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women Health*. 2014;54(8):726–49.
338. L'Engle KL, Mwarogo P, Kingola N, Sinkel W, Weiner DH. A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce alcohol use among female sex workers in Mombasa, Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67(4):446–53.
339. Hao C, Huan X, Yan H, Yang H, Guan W, Xu X, et al. A randomized controlled trial to evaluate the relative efficacy of enhanced versus standard voluntary counseling and testing on promoting condom use among men who have sex with men in China. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1138–47.
340. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Witte SS, Chang M, Hill J, et al. Couple-based HIV prevention for low-income drug users from New York City: a randomized controlled trial to reduce dual risks. *J Acquir Immune Defic Syndr* (1999). 2011;58(2):198.
341. El-Bassel N, Gilbert L, Terlikbayeva A, Beyrer C, Wu E, Chang M, et al. Effects of a couple-based intervention to reduce risks for HIV, HCV, and STIs among drug-involved heterosexual couples in Kazakhstan: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* (1999). 2014;67(2):196.
342. El-Bassel N, Gilbert L, Goddard-Eckrich D, Chang M, Wu E, Hunt T, et al. Efficacy of a group-based multimedia HIV prevention intervention for drug-involved women under community supervision: Project WORTH. *PLoS One*. 2014;9(11):e111528.
343. Strathdee SA, Abramovitz D, Lozada R, Martinez G, Rangel MG, Vera A, et al. Reductions in HIV/STI incidence and sharing of injection equipment among female sex workers who inject drugs: results from a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2013;8(6):e65812.
344. Eaton LA, Kalichman SC, Kalichman MO, Driffin DD, Baldwin R, Zohren L, et al. Randomised controlled trial of a sexual risk reduction intervention for STI prevention among men who have sex with men in the USA. *Sex Transm Infect*. 2018;94(1):40–5.
345. Johnson A, Macgowan R, Eldridge G, Morrow K, Sosman J, Zack B, et al. Cost and threshold analysis of an HIV/STI/hepatitis prevention intervention for young men leaving prison: Project START. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2676–84.
346. Burgos JL, Patterson TL, Graff-Zivin JS, Kahn JG, Rangel MG, Lozada MR, et al. Cost-effectiveness of combined sexual and injection risk reduction interventions among female sex workers who inject drugs in two very distinct Mexican border cities. *PLoS One*. 2016;11(2):e0147719.
347. Stephenson R, Todd K, Kahle E, Sullivan SP, Miller-Perusse M, Sharma A, et al. Project Moxie: results of a feasibility study of a telehealth intervention to increase HIV testing among binary and nonbinary transgender youth. *AIDS Behav*. 2020;24(5):1517–30.
348. Moitra E, van den Berg JJ, Sowemimo-Coker G, Chau S, Nunn A, Chan PA. Open pilot trial of a brief motivational interviewing-based HIV pre-exposure prophylaxis intervention for men who have sex with men: preliminary effects, and evidence of feasibility and acceptability. *AIDS Care*. 2020 Mar;32(3):406–410.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



349. Expert indépendant des Nations Unies sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Rapport sur les pratiques de thérapies de conversion. 2020.
350. Velloza J, Kapogiannis B, Bekker L-G, Celum C, Hosek S, Delany-Moretlwe S, et al. Interventions to improve daily medication use among adolescents and young adults: what can we learn for youth pre-exposure prophylaxis services? *AIDS*. 2021;35(3):463.
351. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforge E, Grall-Bronnec M. Slam practice: a review of the literature. *European Addiction Research*. 2021;27(3):161–78.
352. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015 Nov 3;351:h5790.
353. Chemsex and harm reduction for gay men and other men who have sex with men: Briefing Note. London: Harm Reduction International; 2021.
354. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;63:74–89.
355. APCOM. A qualitative scoping review of sexualized drug use (including Chemsex) of men who have sex with men and transgender women in Asia. 2021.
356. Pakianathan M, Whittaker W, Lee M, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;19(7):485–90.
357. Pakianathan M-WW, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, Hegazi A. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;19(7):485–90.
358. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2019;139(1):23–33.
359. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2015;26(12):1171–6.
360. Herrijgers C, Poels K, Vandebosch H, Platteau T, van Lankveld J, Florence E. Harm reduction practices and needs in a Belgian chemsex context: findings from a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):9081.
361. Tomkins A, Vivancos R, Ward C, Kliner M. How can those engaging in chemsex best be supported? An online survey to gain intelligence in Greater Manchester. *Int J STD AIDS*. 2018;29(2):128–34.
362. Bedi A, Sewell C, Fitzpatrick C. Peer-led education may be an effective harm reduction strategy for men who have sex with men engaging in ‘chemsex’. *Int J STD AIDS*. 2020;31(4):392–3.
363. Tan RKJ, Wong CM, Mark I, Chen C, Chan YY, Ibrahim MAB, et al. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: a qualitative study. *Int J Drug Policy*. 2018;61:31–7.
364. Tang W, Wei C, Cao B, Wu D, Li KT, Lu H, et al. Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: a closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS medicine*. 2018;15(8):1–19.
365. Zhu X, Zhang W, Operario D, Zhao Y, Shi A, Zhang Z, et al. Effects of a mobile health intervention to promote HIV self-testing with MSM in China: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2019;23(11):3129–39.
366. Lampkin D, Crawley A, Lopez TP, Mejia CM, Yuen W, Levy V. Reaching suburban men who have sex with men for STD and HIV services through online social networking outreach: a public health approach. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(1):73–8.
367. Horvath KJ, Lammert S, Danh T, Mitchell JW. The Feasibility, Acceptability and Preliminary Impact of Mobile Application to Increase Repeat HIV Testing Among Sexual Minority Men. *AIDS Behav*. 2020 Jun;24(6):1835–1850.
368. Horvath KJ, Lammert S, MacLehose RF, Danh T, Baker JV, Carrico AW. A pilot study of a mobile app to support HIV antiretroviral therapy adherence among men who have sex with men who use stimulants. *AIDS Behav*. 2019;23(11):3184–98.
369. Kuo I, Liu T, Patrick R, Trezza C, Bazerman L, Uhrig Castonguay BJ, et al. Use of an mHealth intervention to improve engagement in HIV community-based care among persons recently released from a correctional facility in Washington, DC: a pilot study. *AIDS Behav*. 2019;23(4):1016–31.
370. Songtaweasin WN, Kawichai S, Phanuphak N, Cressey TR, Wongharn P, Saisaengjan C, et al. Youth-friendly services and a mobile phone application to promote adherence to pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men and transgender women at-risk for HIV in Thailand: a randomized control trial. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(5):e25564.
371. Young JD, Patel M, Badowski M, Mackesy-Amiti ME, Vaughn P, Shicker L, et al. Improved virologic suppression with HIV subspecialty care in a large prison system using telemedicine: an observational study with historical controls. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2014;59(1):123–6.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



372. Arayasirikul S, Turner C, Trujillo D, Le V, Wilson EC. Efficacy and impact of digital HIV care navigation in young people living with HIV in San Francisco, California: prospective study. *JMIR mHealth and uHealth*. 2020;8(5):e18597–e.
373. Brantley AD, Page KM, Zack B, Friedrich KR, Wendell D, Robinson WT, et al. Making the connection: using videoconferencing to increase linkage to care for incarcerated persons living with HIV post-release. *AIDS Behav*. 2019;23:32–40.
374. Bauermeister JA, Pingel ES, Jadwin-Cakmak L, Harper GW, Horvath K, Weiss G, et al. Acceptability and preliminary efficacy of a tailored online HIV/STI testing intervention for young men who have sex with men: the Get Connected! program. *AIDS Behav*. 2015;19(10):1860–74.
375. Young SD, Cumberland WG, Lee SJ, Jaganath D, Szekeres G, Coates T. Social networking technologies as an emerging tool for HIV prevention: a cluster randomized trial. *Ann Int Med*. 2013;159(5):318–24.
376. Ross C, Shaw S, Marshall S, Stephen S, Bailey K, Cole R, et coll. Incidence d'une campagne dans les médias sociaux ciblant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes pendant une éclosion de syphilis à Winnipeg, au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada (Can Commun Dis Rep)*. 2016 ;42(2):45–9.
377. Zhu X, Zhang W, Operario D, Zhao Y, Shi A, Zhang Z, et al. Effects of a mobile health intervention to promote HIV self-testing with MSM in China: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2019;23(11):3129–39.
378. Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.
379. Ross C, Shaw S, Marshall S, Stephen S, Bailey K, Cole R, et coll. Mises à jour sur les infections transmissibles sexuellement : Incidence d'une campagne dans les médias sociaux ciblant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes pendant une éclosion de syphilis à Winnipeg, au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. 2016 ;42(2):45.
380. FHI360. Going Online: a budgeting and programming aid for virtual HIV interventions. Durham (NC): FHI360; 2022
381. Alarcón Gutiérrez M, Fernández Quevedo M, Martín Valle S, Jacques-Aviñó C, Díez David E, Caylà JA, et al. Acceptability and effectiveness of using mobile applications to promote HIV and other STI testing among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *Sex Transm Infect*. 2018;94(6):443–8.
382. Ybarra M, Nyemara N, Mugisha F, Garofalo R. Opportunities to Harness Technology to Deliver HIV Prevention / Healthy Sexuality Programming to Sexual and Gender Minority Adults Living in East Africa. *AIDS Behav*. 2021 Apr;25(4):1120-1128.
383. Cao B, Zhao P, Bien C, Pan S, Tang W, Watson J, et al. Linking young men who have sex with men (YMSM) to STI physicians: a nationwide cross-sectional survey in China. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):1–8.
384. Ventuneac A, John SA, Whitfield THF, Mustanski B, Parsons JT. Preferences for sexual health smartphone app features among gay and bisexual men. *AIDS Behav*. 2018;22(10):3384–94.
385. Fontenot HB, Rosenberger JG, McNair KT, Mayer KH, Zimet G. Perspectives and preferences for a mobile health tool designed to facilitate HPV vaccination among young men who have sex with men. *Hum Vaccin Immunother*. 2019;15(7–8):1815–23.
386. Balán IC, Lopez-Rios J, Nayak S, Lentz C, Arumugam S, Kutner B, et al. SMARTtest: a smartphone app to facilitate HIV and syphilis self- and partner-testing, interpretation of results, and linkage to care. *AIDS Behav*. 2019;24(5):1560–73.
387. Brennan DJ, Souleymanov R, Lachowsky N, Betancourt G, Pugh D, McEwen O. Providing online-based sexual health outreach to gay, bisexual, and queer men in Ontario, Canada: qualitative interviews with multisectoral frontline service providers and managers. *AIDS Patient Care STDs*. 2018;32(7):282–7.
388. Fantus S, Souleymanov R, Lachowsky NJ, Brennan DJ. The emergence of ethical issues in the provision of online sexual health outreach for gay, bisexual, two-spirit and other men who have sex with men: perspectives of online outreach workers. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1):59–70.
389. Lignes directrices de l'OMS : recommandations sur les interventions numériques pour le renforcement des systèmes de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
390. FHI360. A vision for going online to accelerate the impact of HIV programs. Washington DC, USA: FHI360; 2019.
391. Cunningham WE, Weiss RE, Nakazono T, Malek MA, Shoptaw SJ, Ettner SL, et al. Effectiveness of a peer navigation intervention to sustain viral suppression among HIV-positive men and transgender women released from jail: the LINK LA randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(4):542–53.
392. Reback CJ, Kisler KA, Fletcher JB. A novel adaptation of peer health navigation and contingency management for advancement along the HIV care continuum among transgender women of color. *AIDS Behav*. 2021;25(1):40–51.
393. Kerrigan D, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Galai N. Abriendo Puertas: feasibility and effectiveness a multi-level intervention to improve HIV outcomes among female sex workers living with HIV in the Dominican Republic. *AIDS Behav*. 2016;20(9):1919–27.





394. Micheni M, Kombo BK, Secor A, Simoni JM, Operario D, van der Elst EM, et al. Health provider views on improving antiretroviral therapy adherence among men who have sex with men in coastal Kenya. *AIDS Patient Care STDs*. 2017;31(3):113–21.
395. Pitpitan EV, Mittal ML, Smith LR. Perceived need and acceptability of a community-based peer navigator model to engage key populations in HIV care in Tijuana, Mexico. *J Int Assoc Provid AIDS Care (JIAPAC)*. 2020;19:2325958220919276.
396. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic Hepatitis C Infection. Geneva: World Health Organization; 2016.
397. Grebely J, Page K, Sacks-Davis R, van der Loeff MS, Rice TM, Bruneau J, et al. The effects of female sex, viral genotype, and IL28B genotype on spontaneous clearance of acute hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2014;59(1):109–20.
398. Hellard M, Sacks-Davis R, Doyle J. Hepatitis C elimination by 2030 through treatment and prevention: think global, act in local networks. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(12):1151–4.
399. Falade-Nwulia O, Sulkowski MS, Merkow A, Latkin C, Mehta SH. Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *J Viral Hepat*. 2018;25(3):220–7.
400. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series<sup>a</sup>. *J Hepatol*. 2020;73(5):1170–218.
401. Chaillon A, Mehta SR, Hoenigl M, Solomon SS, Vickerman P, Hickman M, et al. Cost-effectiveness and budgetary impact of HCV treatment with direct-acting antivirals in India including the risk of reinfection. *PloS One*. 2019;14(6):e0217964.
402. Castry M, Cousien A, Supervie V, Velter A, Ghosn J, Paltiel AD, Yazdanpanah Y, Deuffic-Burban S. Impact of test-and-treat and risk reduction strategies on HCV transmission among MSM living with HIV in France: a modelling approach. *Gut*. 2020 Oct 27;gutjnl-2020-321744.
403. Castry M, Cousien A, Supervie V, Velter A, Ghosn J, Paltiel AD, et al. Impact of test-and-treat and risk reduction strategies on HCV transmission among MSM living with HIV in France: a modelling approach. *Gut*. 2020;70(8):1561–9.
404. Martinello M, Orkin C, Cooke G, Bhagani S, Gane E, Kulasegaram R, et al. Short-duration pan-genotypic therapy with glecaprevir/pibrentasvir for 6 weeks among people with recent hepatitis C viral infection. *Hepatology*. 2020;72(1):7–18.
405. Pawlotsky J-M, Negro F, Aghemo A, Berenguer M, Dalgard O, Dusheiko G, et al. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series. *J Hepatol*. 2020;73(5):1170–218.
406. Ghany MG, Morgan TR, panel A1hCg. Hepatitis C guidance 2019 update: American Association for the Study of Liver Diseases–Infectious Diseases Society of America: Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2020;71(2):686–721.
407. Gómez-Ayerbe C, Palacios R, Ríos MJ, Téllez F, Sayago C, Martín-Aspas A, et al. Acute hepatitis C virus infection and direct-acting antiviral drugs: perfect combination to eliminate the epidemic? *Int J STD & AIDS*. 2021;09564624211033756.
408. Boesecke C, Nelson M, Ingiliz P, Lutz T, Scholten S, Cordes C, et al., editors. Can't buy me love? Obstacles to microelimination of acute HCV coinfection in Europe. In: Twenty-sixth conference on retroviruses and opportunistic infections; 2019.
409. Chromy D, Mandorfer M, Bucsics T, Schwabl P, Scheiner B, Schmidbauer C, et al. High efficacy of interferon-free therapy for acute hepatitis C in HIV-positive patients. *United Eur Gastroenterol J*. 2019;7(4):507–16.
410. Cannon L, Dhillon R, A T, Teo S, Garner A, Ward C, et al. Hepatitis C infection and treatment outcomes in the DAA era. *HIV Med*. 2020;21:51.
411. Cotte L, Hocqueloux L, Lefebvre M, Pradat P, Bani-Sadr F, Huleux T, Poizot-Martin I, Pugliese P, Rey D, Cabié A; Dat'AIDS Study Group. Microelimination or Not? The Changing Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus–Hepatitis C Virus Coinfection in France 2012–2018. *Clin Infect Dis*. 2021 Nov 2;73(9):e3266–e3274.
412. Garvey LJ, Cooke GS, Smith C, Stingone C, Ghosh I, Dakshina S, et al. Decline in hepatitis C virus (HCV) incidence in men who have sex with men living with human immunodeficiency virus: progress to HCV microelimination in the United Kingdom? *Clin Infect Dis*. 2020 ;72(2):233–8.
413. Girometti N, Devitt E, Phillips J, Nelson M, Whitlock G. High rates of unprotected anal sex and use of generic direct-acting antivirals in a cohort of MSM with acute HCV infection. *J Viral Hepat*. 2019;26(6):627–34.
414. Huang MH, Chang SY, Liu CH, Cheng A, Su LH, Liu WC, et al. HCV reinfections after viral clearance among HIV-positive patients with recent HCV infection in Taiwan. *Liver Int*. 2019;39(10):1860–7.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



415. Naggie S, Fierer DS, Hughes MD, Kim AY, Luetkemeyer A, Vu V, et al. Ledipasvir/sofosbuvir for 8 weeks to treat acute hepatitis C virus infections in men with human immunodeficiency virus infections: sofosbuvir-containing regimens without interferon for treatment of acute HCV in HIV-1 infected individuals. Clin Infect Dis. 2019 ;69(3):514–22.
416. Braun DL, Hampel B, Ledergerber B, Grube C, Nguyen H, Künzler-Heule P, et al. A treatment-as-prevention trial to eliminate hepatitis C among men who have sex with men living with human immunodeficiency virus (HIV) in the Swiss HIV cohort study. Clin Infect Dis. 2021 ;73(7):e2194–e202.
417. Matthews GV, Bhagani S, Van der Valk M, Rockstroh J, Feld JJ, Rauch A, Thurnheer C, Bruneau J, Kim A, Hellard M, Shaw D, Gane E, Nelson M, Ingiliz P, Applegate TL, Grebely J, Marks P, Martinello M, Petoumenos K, Dore GJ; REACT study group; Protocol Steering Committee; Coordinating Centre; Site Principal Investigators. Sofosbuvir/velpatasvir for 12 vs. 6 weeks for the treatment of recently acquired hepatitis C infection. J Hepatol. 2021 Oct;75(4):829–839.
418. Latham NH, Doyle JS, Palmer AY, Vanhommerig JW, Agius P, Goutzamanis S, et al. Staying hepatitis C negative: a systematic review and meta-analysis of cure and reinfection in people who inject drugs. 2019;39(12):2244–60.
419. Palaniswami PM, El Sayed A, Asriel B, Carollo JR, Fierer DS, editors. Ledipasvir and sofosbuvir in the treatment of early hepatitis C virus infection in HIV-infected men. Open Forum Infect Dis. 2018; Oxford University Press US.
420. Bethea ED, Chen Q, Hur C, Chung RT, Chhatwal J. Should we treat acute hepatitis C? A decision and cost-effectiveness analysis. Hepatology (Baltimore, Md). 2018;67(3):837–46.
421. Liu Y, Zhang H, Zhang L, Zou X, Ling L. Economic evaluation of hepatitis C treatment extension to acute infection and early-stage fibrosis among patients who inject drugs in developing countries: a case of China. Int J Environm Res Public Health. 2020;17(3).
422. Mukherjee S, Colby D, Ramautarsing R, Popping S, Sriplienchan S, Chinbunchorn T, et al. Expanding reimbursement of immediate treatment using direct acting antivirals to reduce hepatitis C incidence among HIV positive men who have sex with men in Bangkok, Thailand: a cost effectiveness modelling study. J Virus Erad. 2021;7(2):100042.
423. Popping S, Hulleger SJ, Boerekamps A, Rijnders BJA, de Knecht RJ, Rockstroh JK, et al. Early treatment of acute hepatitis C infection is cost-effective in HIV-infected men-who-have-sex-with-men. PLoS One. 2019;14(1):e0210179.
424. Hépatite 2021. Organisation mondiale de la Santé, 2021 ([https://www.who.int/fr/health-topics/hepatitis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/hepatitis#tab=tab_1), consulté le 14 mars 2022).
425. Unemo M, Jensen JS. Antimicrobial-resistant sexually transmitted infections: gonorrhoea and *Mycoplasma genitalium*. Nat Rev Urol. 2017;14(3):13952.
426. Cristillo AD, Bristow CC, Torrone E, Dillon JA, Kirkcaldy RD, Dong H, et al. Antimicrobial resistance in *Neisseria Gonorrhoeae*: proceedings of the STAR sexually transmitted infection-clinical trial group programmatic meeting. Sex Transm Dis. 2019;46(3):e18–e25.
427. Barbee LA, Dombrowski JC, Kerani R, Golden MR. Effect of nucleic acid amplification testing on detection of extragenital gonorrhea and chlamydial infections in men who have sex with men sexually transmitted disease clinic patients. Sex Transm Dis. 2014;41(3):168–72.
428. van Liere GA, van Rooijen MS, Hoebe CJ, Heijman T, de Vries HJ, Dukers-Muijers NH. Prevalence of and factors associated with rectal-only chlamydia and gonorrhoea in women and in men who have sex with men. PLoS One. 2015;10(10):e0140297.
429. Gunn RA, O'Brien CJ, Lee MA, Gilchick RA. Gonorrhea screening among men who have sex with men: value of multiple anatomic site testing, San Diego, California, 1997–2003. Sex Transm Dis. 2008;35(10):845–8.
430. Wi TE, Ndowa FJ, Ferreyra C, Kelly-Cirino C, Taylor MM, Toskin I, et al. Diagnosing sexually transmitted infections in resource-constrained settings: challenges and ways forward. J Int AIDS Soc. 2019;22(S6):e25343.
431. About L, Xu Y, Chow EP, Wi T, Baggaley R, Mello MB, et al. Diagnostic accuracy of pooling urine, anorectal, and oropharyngeal specimens for the detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2021;19(1):1–11.
432. Thammarak N, Promthong S, Posita P, Chumseng S, Nampaisan O, Srivachiraroj P, et al. Pooled oropharyngeal, rectal and urine samples for the point-of-care detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by lay-providers in key population-led health services in Thailand. J Int Aids Soc. 2020;23:115–6.
433. Sultan B, White JA, Fish R, Carrick G, Brima N, Copas A, et al. The “3 in 1” study: pooling self-taken oropharyngeal, urethral, and rectal samples into a single sample for analysis for detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in men who have sex with men. J Clin Microbiol. 2016;54(3):650–6.
434. Dean JA, Bell SFE, Coffey L, DeBattista J, Badman S, Redmond AM, et al. Improved sensitivity from pooled urine, oropharyngeal and rectal specimens when using a molecular assay for the detection of chlamydia and gonorrhoea near point of care. Sex Transm Infect. 2020;13:13.

INTRODUCTION

MÉTHODES

CATALYSEURS  
ESSENTIELS

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
RECOMMANDÉES

ENSEMBLE D'INTERVENTIONS  
PAR POPULATION CLÉ

PRESTATION  
DE SERVICES

JEUNES GROUPES DE  
POPULATION CLÉS

ÉLABORATION  
DE LA RIPOSTE

INFORMATIONS  
SUPPLÉMENTAIRES



435. Badman SG, Bell SFE, Dean JA, Lemoire J, Coffey L, Debattista J, et al. Reduced sensitivity from pooled urine, oropharyngeal and rectal specimens when using a molecular assay for the detection of chlamydia and gonorrhoea near the point of care. *Sex Health*. 2020;17(1):15–21.
436. Verougstraete N, Verbeke V, De Canniere AS, Simons C, Padalko E, Coorevits L. To pool or not to pool? Screening of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in female sex workers: pooled versus single-site testing. *Sex Transm Infect*. 2020;96(6):417–21.
437. De Baetselier I, Vuylsteke B, Yaya I, Dagnra A, Diande S, Mensah E, et al. To pool or not to pool samples for sexually transmitted infections detection in men who have sex with men? An evaluation of a new pooling method using the genexpert instrument in West Africa. *Sex Transm Dis*. 2020;47(8):556–61.
438. Wilson JD, Wallace HE, Loftus-Keeling M, Ward H, Davies B, Vargas-Palacios A, et al. Swab-yourself trial with economic monitoring and testing for infections collectively (SYSTEMATIC): Part 2. A diagnostic accuracy, and cost-effectiveness, study comparing rectal, oropharyngeal and urogenital samples analysed individually, versus as a pooled specimen, for the diagnosis of gonorrhoea and chlamydia. *Clin Infect Dis*. 2020 ;12:12.
439. Chernesky M, Jang D, Martin I, Arias M, Shah A, Smieja M, et al. *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, and *Neisseria gonorrhoeae* detected with aptima assays performed on self-obtained vaginal swabs and urine collected at home and in a clinic. *Sex Transm Dis*. 2019;46(9):e87–e9.
440. Speers DJ, Chua IJ, Manuel J, Marshall L. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* from pooled rectal, oropharyngeal and urine specimens in men who have sex with men. *Sex Transm Infect*. 2018;94(4):293–7.
441. Shaw J, Saunders JM, Hughes G. Attitudes to, and experience of, pooled sampling for sexually transmitted infection testing: a web-based survey of English sexual health services. *Int J STD AIDS*. 2018;29(6):547–51.
442. De Baetselier I, Osbak KK, Smet H, Kenyon CR, Crucitti T. Take three, test one: a cross-sectional study to evaluate the molecular detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in pooled oropharyngeal, anorectal and urine samples versus single-site testing among men who have sex with men in Belgium. *Acta Clinica Belgica*. 2020;75(2):91–5.
443. Guidelines for the Treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016.
444. Guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva : World Health Organization; 2016.

**Organisation mondiale de la Santé**

Avenue Appia 20  
1211 Genève  
Suisse