

VERS DES SERVICES VIH ET DE SANTE REPRODUCTIVE

Pour les professionnelles du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

Experiences de Médecins sans Frontières au Malawi et au Mozambique



EXCLUS DES SOINS DE SANTÉ

Au niveau mondial, 20,9 million de personnes sont sous traitement ARV, et les objectifs 90-90-90 pour 2020 sont en phase d'être atteints dans de nombreux pays. Malgré ces progrès, certains groupes de population sont délaissés. Les Populations Clés incluant **les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)¹, les professionnelles du sexe (PS)², les transgenres, les consommateurs de drogue par injection (PWID)³ et les personnes incarcérées rencontrent des difficultés majeures pour accéder aux services de soins. Pourtant les chiffres montrent que dans la plupart des pays ces groupes de population ont un risque élevé de contracter le VIH.** La prévalence globale parmi les PS et les HSH est respectivement 12 et 19 fois supérieure à celle de la population générale⁴. 80% des nouvelles infections VIH en dehors de l'Afrique Sub-Saharienne sont observées parmi ce type de population, ainsi que leurs partenaires sexuels. Dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne à haute prévalence VIH, 25% des nouvelles infections sont recensées dans ce même groupe⁵.

Les populations clés sont souvent marginalisées et criminalisées ; exclues socialement, elles sont l'objet de stigmatisations, discriminations et de violences qui les écartent des structures de santé gouvernementales, alors même qu'elles sont les plus vulnérables face aux risques de contamination. Une fois sous traitement, les phénomènes croissant de mobilité et de violence structurelle sont des défis majeurs afin de garder des soins efficaces et réguliers.

Pour atteindre les populations clés, les services et l'offre de soins doivent être adaptés aux besoins spécifiques de chaque groupe. MSF collabore avec les Ministères de la Santé (Mds) et les partenaires au Malawi et au Mozambique depuis 2009 sur la mise en œuvre de modèles de prise en charge différenciés et sur des approches centrées sur le patient.



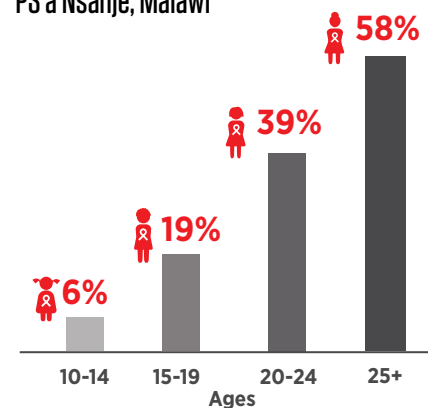
Sebastiana Cumbe, de l'équipe MSF promotion de la santé, propose un service de dépistage à Beira, Mozambique © Felco Calderin

Un risque de contamination au VIH hors du commun

A Nsanje, Malawi, la prévalence du VIH chez les femmes PS se présentant au centre MSF va de **6% chez les jeunes âgées de 10-14 ans, à 58% chez celles qui ont plus de 25 ans** (Fig 1). La plupart des PS ont commencé cette activité à l'adolescence. A Nsanje, des heures d'ouvertures spécifiques et une clinique dédiée ont été mises en place pour l'accueil des adolescents. A Beira, une étude auprès des HSH a montré que la prévalence passe **de 2,8% chez les 18-24 ans à 32,1% chez ceux qui ont plus de 24 ans**⁷.

Ce document a pour but de partager ces expériences au Malawi et au Mozambique. Plus de 9000 PS depuis 2013 et 330 HSH depuis 2016 ont été suivis dans ces projets. Les mises en œuvre des services de prise en charge (organisation du dépistage et des soins) ont suivi les guides et recommandations de l'OMS pour les populations clés⁶. Un « paquet de soins » médical incluant la PrEP a été intégré à ces services. Les cas et expériences présentés dans ce document illustrent les options possibles d'une offre de soins reposant sur des approches guidées par les pairs, centrées sur les patients et mises en œuvre, pour les PS et les HSH, au sein des services de Santé sexuelle et reproductive.

Figure 1: Prévalence VIH chez les femmes PS à Nsanje, Malawi



1 MSM : de l'anglais **M**en's having **S**ex with **M**en

2 SW: de l'anglais **S**ex **W**orker

3 PWID: **P**eople **W**ho **I**nject **D**rugs

4 Global AIDS response progress report 2014. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014 (<http://www.aidsinfoonline.org>)

5 UNAIDS. Ending AIDS: Progress towards 90-90-90 targets. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS);2017

6 World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations -2016 update*. Geneva: WHO;2016.

7 Men Who Have Sex with Men in Mozambique: Identifying a Hidden Population at High-risk for HIV. Nalá, R., Cummings, B., Horth, R. et al. *AIDS Behav* (2015) 19: 393. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0895-8>

VERS PLUS D'INTÉGRATION

Lors la conception de services de santé pour les PS et HSH, tous les projets MSF ont mis en lumière l'importance des principes suivants:

Une offre de services par les pairs

L'accès et l'offre de soins aux populations exclues dépend considérablement d'un travail mutuel entre du personnel de santé sensibilisé et des personnels "pairs" formés et payés.

Offrir un 'One-Stop' service

Une offre de soins qui inclut des services VIH et de santé sexuelle et reproductive doit être disponible sur le même site, le même jour, idéalement par le même agent de santé. La multiplication des centres pour répondre aux besoins de santé des PS et HSH est une barrière supplémentaire à l'accès.

Collaboration stratégique entre services des Ministères de la Santé, ONG et organisations civiles

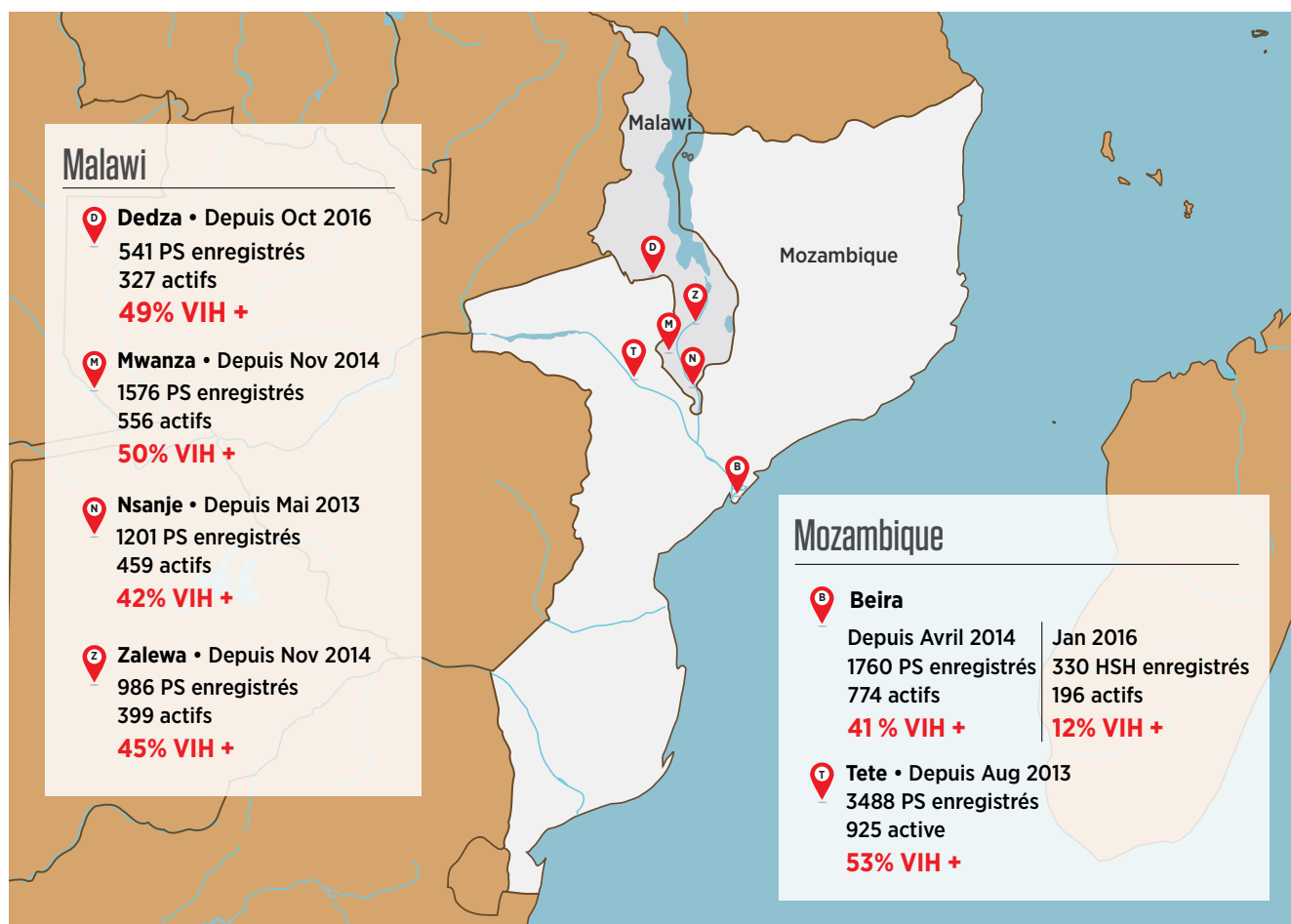
Apporter une offre de service « conviviale » dans les structures de santé gouvernementales ou les PS et HSH ont accès aux soins comme la population générale est essentiel. Cependant, l'accueil de ces services est aujourd'hui loin de cette réalité. En attendant cette intégration dans des services généraux, le financement de services parallèles au niveau communautaire dédiés aux PS et HSH est indispensable. La pérennisation de ces dispositifs reste un défi important.

Plaidoyer et activisme pour permettre un accès durable

La mise en place d'un accès aux soins dans un environnement approprié aux PS et HSH est essentielle dans la conception des programmes. Ceci implique des mesures de soutien aux organisations civiles locales, notamment pour défier les tentatives de criminalisations de ces populations, pour contribuer aux changements d'attitude et de regard portés par la société, et enfin pour renforcer les capacités des personnels de santé et des partenaires à développer des services plus conviviaux et durables.

Carte des projets PS et HSH au Mozambique et Malawi

Au Malawi et Mozambique, six projets MSF offrent des services VIH et de santé sexuelle et reproductive adaptés aux PS et HSH gérés par des pairs et guidés par les principes décrit dans ce rapport.





QUI ASSURE LES SERVICES?

Services délivrés par les pairs pour les PS à Tete, Mozambique

A Tete, Mozambique, il existe une forte densité de professionnelles du sexe liée à l'essor des activités minières (charbon), mais aussi à la localisation de la ville, lieu de passage des compagnies de transport routier vers le Malawi/Zimbabwe. Des professionnelles du sexe Mozambicaines et étrangères (pour la plupart du Malawi et du Zimbabwe) se regroupent sur les points névralgiques de la ville. Certaines travaillent publiquement, d'autres de façon plus « discrète ». Les structures de santé surchargées et sous-financées rencontrent de grandes difficultés à répondre aux besoins des populations à forte mobilité et particulièrement pour les groupes très stigmatisés et discriminés tels que les PS.

Pour pouvoir toucher cette population, des professionnelles du sexe ont été recrutées et formées pour travailler avec MSF en tant qu'éducatrices et pour encourager les PS à se rendre dans les centres de santé sur des périodes de rendez-vous adaptées à leur quotidien. Ces « paires » dispensent des séances d'éducation à la santé, distribuent préservatifs et lubrifiants et guident les PS vers les différents systèmes d'offre de soins. Elles tentent de les retrouver lorsqu'elles ne se présentent pas aux rendez-vous. Dans la plupart des sites, les PS ont déjà développé des groupes informels d'entraide pour des soutiens financiers ou pour leur sécurité. Ces groupes informels sont des relais aux activités plus formelles proposées par MSF et ses « paires » PS.

Les services offerts par les infirmier(e)s et les conseiller(e)s dans les cliniques mobiles incluent les dépistages du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis ; le suivi de la charge virale et du taux de CD4 ; l'examen et le traitement de la TB et des infections sexuellement transmissibles (IST) ; et enfin les méthodes de contraception. Des séances d'éducation à la santé sont données individuellement ou en groupe. Les personnes testées positives au VIH sont orientées ou accompagnées vers la structure de santé par les « paires » éducatrices. Ces services mobiles sont fournis par MSF, parfois avec du personnel du ministère de la santé (Mds), tandis que le traitement ARV est assuré par les structures de santé gouvernementales.

Il existe un modèle de distribution des ARV communautaire, le CaG (Community ART group), dont une adaptation a été faite pour les besoins précis des PS. Cependant, dans ce contexte, le recours à ce modèle n'a pas montré de résultat



Une paire éducatrice MSF, Cecilia Khanje accompagne une patiente dans les rues de Zalewa, Malawi © Aurélie Baumel/MSF

“J’aime vraiment le travail que je fais avec MSF pour aider mes amies qui sont professionnelles du sexe. Elles sont très ouvertes pour partager leurs problèmes avec moi !”

Une “paire” éducatrice décrit son rôle permettant de lutter contre les obstacles à l'accès aux soins pour les PS

probat due à la forte concurrence entre les professionnelles du sexe et la peur à divulguer leur statut sérologique. La mobilité de cette population est également un défi majeur, avec des mouvements permanents entre le Mozambique, le Malawi et le Zimbabwe. L'agent de santé doit donc adapter la quantité des ARV à renouveler de façon à ce que le patient PS puisse en bénéficier pendant toute la durée de son absence.

Des services mis en œuvre par les pairs

Pour les deux groupes, PS et HSH, l'implication des pairs s'avère essentielle ! Sur les projets MSF, des pairs ont été engagés pour intervenir à tous les niveaux de la cascade de soins VIH (Fig 2) et jouent un rôle d'activistes important notamment dans les actions de plaidoyer. Le renforcement des capacités locales sont importantes pour assurer la réception et l'appropriation des messages par les PS et HSH.

Les pairs PS et HSH sont choisis dans la communauté locale sur la base de leur motivation, leurs capacités et leurs connaissances des facteurs de vulnérabilité concernant ce groupe de population. Ils reçoivent une formation de 3 à 5 jours et sont ensuite placés en stage avec des

infirmier(e)s et conseiller(e)s dans des services de santé sexuelle/reproductive et VIH.





Ils travaillent ensuite en dehors des heures d'ouverture des structures de santé afin de pouvoir atteindre la population cible de ce programme. Ils rencontrent les personnels de santé une fois par semaine pour échanger et partager les difficultés et les problèmes.

Travailler avec des pairs représente également un challenge. Des efforts doivent être faits pour assurer respect et acceptation de la part des personnels de santé. Il peut y avoir des conflits, de la méfiance et un manque de confiance entre les pairs et le personnel de santé, et même parfois entre les pairs eux-mêmes. Aussi, un soutien et un suivi permanent sont nécessaires pour assurer la qualité des services et des messages.

“Ils ne le réalisent pas, mais le but de notre travail est qu'ils puissent être capable de faire le leur”

Une “paire” éducatrice exprimant le manque de reconnaissance des collègues parmi le personnel de santé dans le projet de soutien aux PS.

Figure 2: Recruter des pairs PS et HSH sur tous les niveaux de la cascade VIH

 Dépistage VIH	 Prévention VIH	 Traitement VIH	 Rétention et Charge virale indétectable
Atteindre et mobiliser les populations cibles afin qu'elles puissent être dépistées	Mobiliser et référer les patients testés négatifs vers les services de prévention	Référer ou guider les patients VIH+ vers les services de TARV	Rechercher les patients sous TARV et perdus de vue
Aide lors du test de dépistage	Distribution de préservatifs, lubrifiants et séances d'éducation à la santé	Délivrance adaptée des ARV, par des groupes communautaires ou autres modèles	Education au Traitement et aborder la stigmatisation et les discriminations
	Rechercher les patients sous PrEP qui sont perdus de vue		Assurer que les tests de Charge Virale soient faits et les résultats bien compris



Qu'est ce qu'un service "adapté" aux populations clés?

Un service "adapté" nécessite du personnel de santé qui accueille les PS et HSH sans les stigmatiser ou les traiter de façon inappropriée ainsi que des services et des horaires d'ouverture adaptés à leurs besoins. Des aménagements plus spécifiques peuvent être également nécessaires pour des sous-groupes tels que les adolescents. Pour se sentir à l'aise, le personnel doit être correctement formé et éviter de porter des jugements lors de discussions sur la sexualité ou sur certaines pratiques sexuelles. Des efforts similaires doivent être fournis pour sensibiliser la police à assurer la protection des professionnelles du sexe. Les équipes MSF, représentées par des paires PS, sont impliquées dans la mise en œuvre d'ateliers de sensibilisation auprès des personnels de santé et des agents de police.



Farisai Gamariel (à droite) supervise les activités de MSF pour les HSH à Beira, Mozambique
© Sanna Gustafsson/MSF

“J’invite de nouveaux HSH dans le programme lorsque je vais dans les bars, mais nous avons dû penser à d’autres approches, et les réseaux sociaux semblent être très adaptés”

Farisai Gamariel sur la complexité de pouvoir atteindre les patients HSH à Beira, Mozambique



QUAND PROPOSER LES SERVICES?

Des horaires adaptés pour l'accès aux services par les PS à Mwanza, Dedza et Zalewa, Malawi

A Mwanza, et ses structures de proximité de Dedza and Zalewa, le dépistage VIH est proposé par des agents de santé "non professionnels" sous forme d'activités de portes à portes. Les paires sensibilisent leurs communautés sur les bénéfices du dépistage et fournissent les informations utiles sur quand et où ces services sont accessibles dans la communauté. Un conseiller « non professionnel » et une paire PS sont présents sur des sites identifiés tels que des magasins de boissons ou des bars avec une pièce dédiée.

Les paires s'assurent que les PS soient bien orientées vers les services de santé locaux soutenus par MSF. Dans ces centres, les soins VIH et de santé sexuelle et reproductive sont intégrés, comprenant le suivi de la Charge Virale et le diagnostic de la TB avec GeneXpert. En collaboration avec le Ministère de la Santé, MSF fournit également des soins liés aux violences sexuelles (SGBV). Ces services sont ouverts tous les jours, mais les plannings de travail indiquent que la plupart des PS sont vus plutôt en fin de matinée. Les adolescents PS peuvent se rendre à des « Club Ados » spécifiques pour une offre adaptée à leur âge.

Dans les structures de santé ou les services de proximité, les périodes d'accès aux services de dépistage et de traitement antirétroviral doivent être adaptées aux contraintes des personnes. La fréquence des visites doit être la même que pour la population générale et les renouvellements des ARV peuvent couvrir une durée de trois à six mois. Les quantités renouvelées sont particulièrement importantes pour les PS qui se déplacent beaucoup. La question du renouvellement des ARV en quantité adaptée pour ces populations doit être au centre des sujets de plaidoyer au niveau national.



QUELS SERVICES SONT PROPOSÉS?

Traitement ARV et une offre médicale adaptée à Beira, Mozambique

La cité portuaire de Beira compte une forte densité de PS mozambicaines et internationales. MSF leur apporte des services de soins depuis 2014, ainsi qu'aux HSH depuis 2016. L'engagement avec la population HSH est facilité par LAMBDA, une organisation communautaire nationale qui travaille sur l'émancipation et les droits des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes (LGBTI).

Des pairs PS et HSH sont formés et affectés dans des secteurs identifiés afin de suivre un maximum de 60 bénéficiaires chacun. Ils dispensent des séances d'éducation à la santé pour mobiliser et diriger les personnes vers les structures de prise en charge. Seule l'offre de soins minimum est accessible sur ces programmes dans la communauté, tandis qu'une offre médicale plus complète est proposée dans les centres de santé (voir tableau 1). Sachant que, pour des raisons de stigmatisation ou de mobilité, les PS et HSH ont peu de chance de revenir dans les sites identifiés, l'offre de soins est apportée de façon très « opportuniste ». Lorsque c'est possible, des moyens diagnostiques sont disponibles sur ces sites. Les expériences montrent que l'implication des paires a rendu l'accès aux soins plus facile

pour les PS, alors que pour les HSH les résultats sont moins probants, dû à une crainte plus marquée à révéler leurs statuts. Des approches utilisant la téléphonie ou les réseaux sociaux tels que des groupes Whatsapp se sont avérées bien plus efficaces pour eux.

Des activités de renforcement des capacités pour constituer des réseaux d'activisme sont planifiées avec l'équipe, mobilisées par les pairs, et mise en œuvre dans des centres d'accueil offrant des conditions de sécurité et de confidentialité propices aux échanges. Ce sont des opportunités pour promouvoir le dialogue et le soutien mutuel afin de renforcer la cohésion entre les personnes et améliorer l'éducation à la santé et aux traitements.

Une troupe de théâtre, composée de PS et soutenu par MSF, a permis de construire ce dialogue dans les différents sites de proximité et dans les structures de santé. En fonction des différents modèles de prise en charge et des ressources disponibles en personnel de santé ou personnel communautaire, il est nécessaire de définir le contenu des services de soins dans chaque site. MSF propose une offre minimum ou complète selon les situations.

“ Maintenant, je suis détendue! Maintenant je suis un soldat avec une arme! Je suis au combat ! Je suis protégée ”.

Une travailleuse du sexe au Zimbabwe explique pourquoi elle prend la PrEP

Forte demande de la PrEP parmi les PS et HSH à Beira, Mozambique

Entre Mars 2016 et Décembre 2017 :

- 252 PS et 58 HSH ont été invités à prendre une PrEP.
- 119 PS and 42 HSH ont accepté la PrEP.

Des résultats préliminaires montrent des taux de rétention sous PrEP à un, six et douze mois respectivement de 73%, 40% and 25%. A ce jour, une seule séroconversion a été observée.



Le défi de la collecte de données

Des informations fiables sur les prestations de soins de santé aux populations clés restent difficiles à obtenir. Le stigma et la criminalisation empêchent de nombreux PS de divulguer leurs activités, particulièrement dans les structures de santé du gouvernement. La fragmentation des services entre les structures gouvernementales et les structures parallèles s'ajoute à la liste des contraintes. Le monitoring et l'évaluation (M&E) au niveau des activités communautaires ainsi que le suivi des cohortes de patients négatifs à haut risque de transmission, sont complexes et rarement intégrés dans les données de routine. La crainte de voir des informations être divulguées dans des contextes où ces populations sont criminalisées est également une barrière à la collecte de données.

Alors que les pairs peuvent aider au niveau communautaire, leur intégration au niveau des structures de santé reste un défi. En principe, pour les populations clés, le dépistage, la charge virale et les résultats CD4 sont des données qui peuvent être collectées sur des cohortes régulières au niveau des sites de prise en charge communautaires.

Table 1: Tableau 1 : Ensemble de soins (ou paquet) VIH et SRS (santé reproductive et sexuelle) pour les PS et HSH.

Offre de soins minimum	Offre de soins complète
Service de dépistage VIH (Et autodépistage dans le futur) Distribution de préservatifs et lubrifiants PPE et contraception d'urgence Dépistage et traitement des IST Examen TB Services pour la contraception Transfert vers services prénataux, interruption de grossesse, et dépistage du cancer du col Traitement ARV Espace & activités sécurisées	Offre de soins minimum, plus : PrEP Interruption de grossesse Vaccination HVP et examen col utérin Services TARV (incluant charge virale, CD4, régimes 1ère et 2nde ligne TB Méningite à cryptocoques et diagnostic et traitement des autres infections opportunistes (IO) Examen et vaccination Hépatite B Examen Hépatite C pour les HSH



OÙ LES SERVICES SONT-ILS DISPENSÉS?

Traitement ARV et une offre médicale adaptée aux PS, à Nsanje, Malawi

A Nsanje, Malawi, deux options ont été retenues pour favoriser l'accès aux services de soins, lesquelles tiennent compte de la nécessité d'être intégrés dans les établissements du MdS afin qu'elles soient pérennes.

Dans l'une des zones de la ville à forte densité de PS, un service hebdomadaire dédié aux PS à été ajouté dans l'unité VIH de l'hôpital de district de Nsanje, avec des horaires adaptés (11:00 à 14:00). Cette unité est gérée par des infirmier(e)s du MdS avec le soutien d'infirmier(e)s MSF, et fournit la TARV, le dépistage des IST et les services de santé reproductive/sexuelle intégrés (contraception incluse). Des paires éducatrices de MSF accueillent les patients et dispensent des séances d'éducation à la santé. Les séances de conseils sont données par les conseillers MdS et MSF.

Dans une autre partie de la ville, une unité de service mobile à été mise en place suite aux difficultés à intégrer ces prestations dans l'hôpital catholique local. Elle est située dans des locaux communautaires, avec deux salles de consultation préalablement équipées pour l'examen cliniques ou des séances de conseil. Une troisième salle est utilisée pour des entretiens plus confidentiels ou pour des séances d'éducation à la santé.

Afin d'informer et d'encourager les PS à se rendre dans ces structures, des éducateurs pairs conduisent des séances d'éducation à la santé et indiquent les dates et heures d'ouvertures spécifiques chaque mois. Le personnel de ces services mobiles comprend deux infirmier(e)s et deux conseillers du MdS et de MSF, ainsi que des paires éducatrices de la communauté. Un service "one-stop" offre le paquet de soins minimum ainsi que l'initiation et le suivi de TARV et l'oriente les patients vers des services plus complets. Ces services sont également plus approfondis et adaptés, avec des horaires dédiés, aux adolescents et jeunes PS afin de répondre spécialement à leurs besoins et éviter ainsi que ceux-ci soient « noyés » du fait de la présence de PS plus âgés.

Dans ces deux types d'approches, le personnel MSF et du MdS a été formé et sensibilisé pour dispenser des soins VIH et des services sur mesure aux PS. Ces expériences ont rencontré des niveaux de satisfaction très élevés auprès des PS, malgré les rotations fréquentes du personnel du MdS qui affectent leurs implications. Lorsqu'un personnel infirmier est clairement identifié comme la personne « référent » (champion), le succès de ce type de programme est bien meilleur, que ce soit sur les

aspects médicaux que sur son acceptation en général.

Les lieux où sont dispensés les services aux PS doivent être choisis après des consultations et une cartographie réalisées avec tous les acteurs, patients et personnels de santé. Les options possibles sont:

- **Des centres communautaires mobiles de proximité, dans les zones à risques;** ou des sites « saisonniers » gérés par d'autres ONG, des acteurs privés ou du MdS.
- **Des centres indépendants/parallèles fixes,** gérés par une ONG ou un acteur privé.
- **Des centres de santé TARV ou de santé reproductive/sexuelle MdS ou MSF existants,** avec du personnel formé et sensibilisé aux besoins des PS et HSH.

Défis pour l'offre de service 'One-Stop'

Bien que l'ensemble des services qui composent l'offre de soins minimum doit être disponible, nous savons en réalité que ceci reste difficile au niveau des acteurs de santé privés ou au sein des organisations communautaires. Les pairs ou d'autres cadres de la communauté, même s'ils sont formés, ne sont pas toujours autorisés à réaliser les tests de dépistage, à faire des prélèvements sanguins, ou à initier et suivre la TARV. Ceci exclu de facto ces services en dehors des structures de santé du MdS, et rend donc l'accès aux soins impossible aux populations clés. Des efforts doivent donc être engagés pour accréditer les structures parallèles délivrant des services de TARV et d'examen de laboratoires. De la même façon, les sites du MdS doivent intégrer l'offre complète de soins pour les populations clés.



L'équipe communautaire MSF fait une évaluation des besoins et donne une session d'éducation à la santé à Tete, Mozambique © Lucy O'Connell/MSF

SURMONTABLE OU VOUÉ À L'ÉCHEC?

Les programmes MSF décrits dans ce document ont tous été mis en œuvre en collaboration avec les MdS. Bien que ces projets se soient principalement concentrés sur les PS et HSH, beaucoup de leçons apprises et les approches adaptés peuvent être appliquées dans la conception programmatique de projets ciblant d'autres populations clés ou pour des groupes difficiles à atteindre tels que les migrants ou les adolescents. Cependant, et même si ces projets restent petits, la continuité de ces services est menacée en l'absence d'un autre partenaire de mise en œuvre et d'un financement international.

Atteindre les personnes les plus à risque a un coût, en particulier celui des salaires des cadres pairs et des frais de transport pour les services dans les structures communautaires. La grande majorité des services axés sur les populations clés sont fournis dans le cadre d'initiatives financées par le PEPFAR ou le GFATM dont la portée et la viabilité ne sont pas assurées.

Alors que le financement de la lutte contre le VIH diminue, que le GFATM se retire des pays aux revenus intermédiaires et que le financement du PEPFAR exclut les programmes de Santé Reproductive/sexuelle ainsi que ceux pour les populations clés qui offrent l'accès aux mesures de contraception et d'interruption de grossesse, il va être plus difficile à l'avenir de trouver des financements pour ces services.

Est-il possible de reproduire de tels modèles à plus grande échelle ? Est-il réaliste de demander aux MdS de garantir des modèles de prise en charge pour les PS et les HSH, à la fois dans les structures gouvernementales et dans les services parallèles ? Même lorsque le rapport coût-efficacité est positif, il est politiquement difficile de financer des services pour les populations clés, surtout lorsque celles-ci sont criminalisées.

Néanmoins, de nombreux personnel soignants, politiques et militants se sont engagés à faire en sorte que ces services existent, même lorsque ceux-ci sont organisés en marge de la loi. Il existe des exemples où la prise en charge des populations clés a été intégrée dans la politique de soins des MdS - par exemple au Zimbabwe, en Afrique du Sud, au Ghana, et en Tanzanie - mais leurs capacités de mise en œuvre dépendent fortement de financements souvent imprévisibles et de l'évolution du paysage politique.

L'expérience de MSF en matière d'offre de services aux PS et HSH a démontré que les soins peuvent être dispensés en collaboration avec le Ministère de la Santé et la société civile. Il reste encore beaucoup à faire. Les services de santé intégrés et adaptés aux besoins des populations clés doivent être entièrement financés et mis à l'échelle si l'on veut que l'ambition déclarée des Nations Unies de " ne laisser personne derrière " soit plus qu'un simple slogan.



La nuit tombée dans la ville portuaire de Beira, au Mozambique, le long du couloir de transport reliant le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe. © Gianluigi Guercia/AFP

La voie à suivre

Augmenter les financements internationaux et nationaux dédiés aux programmes pour les populations clés;

- Les financements internationaux pour les pays à revenu élevé et intermédiaire doivent être maintenus là où les gouvernements nationaux refusent de répondre aux besoins des populations clés.
- Assurer des fonds spécifiques et du support technique aux initiatives visant à valoriser les populations clés et à répondre à leurs besoins, y compris l'investissement dans les réseaux communautaires, le renforcement de la société civile et la création d'une communauté de pratiques.

Inclusion de programmes pour les populations clés à tous les niveaux;

- dans le cadre des guides et orientations cliniques et budgétaires des services de santé nationaux
- Fournir une offre de prise en charge VIH complète et intégrée, comprenant des services de prévention; des services de soins dont des renouvellements d'ARV pouvant couvrir de longues périodes, le diagnostic et le traitement de la tuberculose et des OI; de santé reproductive/sexuelle dont les interruptions de grossesse, le choix de contraceptifs à action prolongée, et un accès au PrEP.
- une offre de services intégrée combinant des prestataires de santé du MdS et indépendant/privés issus de la communauté
- le financement, l'accréditation de la formation continue des cadres pairs

Un investissement plus important pour la recherche et le plaidoyer

- recherche démontrant l'impact et le rapport coût/efficacité des modèles de soins pour les populations clés.
- plaidoyer et militantisme pour lutter contre la violence, la criminalisation, la stigmatisation et l'accès aux services de santé refusé pour ces populations.

Remerciements

Nous tenons à remercier les équipes de terrain des projets de MSF. Merci aux ministères de la Santé du Malawi et du Mozambique et à de nombreuses organisations internationales et nationales (OMS, ONUSIDA, SWEAT, SISONKE, ANOVA Health for Men, Pathfinder International et nos partenaires locaux: Banja La Mtsogolo (BLM), ICRH, Kupulumussama, LAMBDA, Liga Mocambicana dos Direitos Humanos, Organizacao da Mulher Mocambicana, Malawian Sex Workers Alliance, Muleide, Pakachere et Partners in Health) dont le partenariat et la volonté de partager leurs expériences ont rendu ces programmes possibles. Plus que tout, nous aimerions remercier les communautés PS et HSH et les pairs éducateurs. Nous sommes impressionnés par leur courage, leur force et leur résilience.