



RAPPORT DE LA 4^{ème} CONFERENCE REGIONALE POPULATIONS CLES

28 - 29 NOVEMBRE 2018

HÔTEL 2 FEVRIER

LOME - TOGO



TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	5
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
CONTEXTE	9
Mise à jour sur les projets clés concernant les populations clés dans la région	11
1. Revue de la déclaration de Dakar.....	11
2. Principales conclusions des évaluations récentes	12
3. Centre d'excellence pour les populations clés (kpcoe)	16
SESSION 1 : INFORMATIONS STRATÉGIQUES POUR LA MISE À ÉCHELLE DES PROGRAMMES ...	16
4. Suivi de la cascade de couverture de services pour les pc : exemple du cameroun.....	16
5. Utiliser le microplanning pour la mise a echelle des programmes sur les pc– exemple du togo ...	17
SESSION 2 : INNOVATIONS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE	18
6. Prep	18
7. Hiv auto- test (hivst)	19
8. Dépistage par cas index	19
DISCUSSIONS DE GROUPE LIÉES AUX SESSIONS 1 ET 2	18
9. Améliorer l'efficacite des programmes: comment mieux utiliser les estimations de la taille de la population clés et les données de risque, de prévalence et d'incidence du vih, pour etendre des programmes complets pour les pc ?	20
10. Améliorer les systemes de surveillance : comment suivre les populations clés pour un suivi amélioré, une duplication réduite et une fourniture améliorée de services ?	20
11. La prep : comment piloter sa mise en œuvre ? Services pilotes pour les populations à information stratégique limitée - tg et prisonniers : comment ?.....	21
12. Sensibilisation aux services cliniques et communautaires pour les populations adolescentes et jeunes des populations clés : comment ?.....	22
13. Faire du centre d'excellence du populations clés une plateforme permettant de mettre à profit d'autres investissements dans les activites du populations clés en aoc : comment ?.....	23
CÉRÉMONIE OFFICIELLE D'OUVERTURE	24
SESSION 3 : ENVIRONNEMENT FAVORABLE	26
14. Intégration des programmes sur les droits de l'homme dans les programmes pour les populations clés.....	26
15. Promotion des populations clés de l'accès au service par l'approche integree de la prevention du vih et des droits de l'Homme -experience d'alco/ocal	27
16. Rôle et besoin en ressources des réseaux pour apporter un appui technique aux organisations à base communautaire	27
SESSION 4 : MODÈLES DE SERVICES DIFFÉRENTIÉS	28
17. Prévention: ict et média sociaux	28
18. Dépistage et tar : services de dépistage du vih et tar pour les populations clés.....	29

19. Liens avec les services : approches de la gestion des cas - leçons apprises à appuyer les populations clés pour un réengagement en cascade de soins	31
DISCUSSIONS DE GROUPE LIÉES À LA SESSION 4	32
20. Exécution des évaluations de capacité organisationnelle et des plans de renforcement de capacité	32
21. Piloter un programme de média social pour augmenter la demande de services	33
22. Mettre en place un programme de dépistage et traitement base dans la communauté	33
23. Boîte à outils pour les services différenciés pour le traitement des populations clés	34
24. Mise en place d'un programme de navigation de pairs	35
EXEMPLE DE PLANS D'ACTION PAYS	36
PROCHAINES ÉTAPES – RECOMMANDATIONS GÉNÉRIQUES DE LA RÉUNION.....	36
CLÔTURE	37
SYNTHÈSE DES ÉVALUATIONS	37
Annexe 1 – liste des participants.....	39
Annexe 2 – agenda	44

ACRONYMES

90 90 90 Les objectifs de traitement accélérés de l'ONUSIDA - c'est-à-dire qu'en 2020, 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique, 90% des PVVIH diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral et 90% de celles-ci ont une charge virale supprimée.

AO :	Afrique de l'Ouest
AOC :	Afrique occidentale et centrale
CEDEAO :	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CIU :	Code d'identifiant unique
DIC :	Drop in Center Centre de services
DSD :	prestation de services différenciés
#EAWA :	Ending AIDS in West Africa / En finir avec le sida en Afrique de l'Ouest
Fonds mondial :	Fonds mondial de lutte contre le VIH / sida, la tuberculose et le paludisme
HIVST HIV :	Self testing Auto-dépistage du VIH
HSH/MSM :	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IBBS :	Surveillance biologique et comportementale intégrée
IST :	Infections sexuellement transmissibles
KPCoE :	Centre d'excellence des population clé
OOAS :	Organisation de la santé en Afrique de l'Ouest
PE :	Pairs éducateurs
PC :	Populations clés
PN :	Pairs navigateurs
Prep :	Prophylaxie pré-exposition
PSN :	Plan stratégique national
PVVIH :	Personnes vivant avec le VIH
S&E :	Suivi et évaluation
SI :	Information stratégique
TAR :	Traitement antirétroviral
TS/SW :	Travailleurs du sexe
TSF/FSW :	Travailleuses du sexe
TG :	Personnes transgenres
UDI :	Usagers de drogues injectables
USAID :	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La 4^{ème} réunion régionale de partage d'expérience sur les populations clés (PC), tenue les 28 et 29 novembre 2018 à Lomé, au Togo, a réuni 208 participants - organisations identitaires, responsables de la mise en œuvre de programmes VIH pour les PC, responsables gouvernementaux, partenaires de développement et experts techniques – qui ont partagé les enseignements tirés et pratiques prometteuses de mise en œuvre, de recherches pertinentes et novatrices, et de données programmatiques, afin de créer des réseaux et des plateformes d'échanges techniques.

La réunion a été l'occasion de fournir aux participants les points saillants relatifs aux points suivants :

- Examen 2018 de la Déclaration de Dakar de la CEDEAO sur les programmes en direction des populations clés ;
- Examen 2018 des plans stratégiques nationaux en Afrique par l'OMS du point de vue des programmes pour les PC ;
- Évaluation 2018 soutenue par le Fonds mondial sur la conception, la mise en œuvre, le suivi et le financement des services pour les populations clés dans 65 pays ;
- Travaux d'AMSHER sur l'environnement favorable ;
- Travaux de OCAL sur le corridor Abidjan-Lagos, et
- Centres d'excellence pour les populations clés conceptualisés par le projet #EAWA.

Ce fut également l'occasion de partager les bonnes pratiques et les outils en termes de :

- Suivi des populations clés pour améliorer la prise en charge, réduire les doublons et accroître la fourniture de services ;
- Microplanification pour mieux cibler les programmes ;
- Innovations et « game changers » tels que la prophylaxie pré-exposition et l'autotest du VIH ;
- Estimation de la taille de la population des PC, et données sur le risque, la prévalence et l'incidence du VIH ;
- Services sensibles pour les adolescents et les jeunes populations clés ;
- Droits humains dans le cadre des programmes pour les PC ;
- Approches via les médias sociaux ;
- Services différenciés de dépistage du VIH et fourniture d'ARV pour les populations clés ;
- Services communautaires de dépistage et traitement antirétroviral ;
- Navigation des pairs pour les approches de gestion de cas ;
- Évaluations des capacités organisationnelles et des plans de renforcement des capacités.

Des visites de sites ont été organisées dans la matinée de la seconde journée de la conférence dans les sites suivants : EVT (Espoir Vie Togo) ; DIC (Drop in Center Centre d'accueil pour HSH) et FAMME (Force en action pour le mieux-être des femmes et des enfants). Plus de 100 participants ont participé aux visites.

Les délégués de pays ont formulé des « plans d'action pays » (messages clés hiérarchisés / actions de suivi prioritaires) pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'ampleur des programmes liés au VIH destinés aux populations clés dans leurs pays respectifs. Les plans de pays sont disponibles à la demande (envoyer un courriel à Jean Paul Tchupo ; Email : jptchupo@fhi360.org).

En marge de la conférence, des représentants d'un certain nombre de partenaires engagés dans le soutien et la mise en œuvre de programmes pour les PC ont discuté de la revitalisation de la

plateforme régionale pour les PC créée en 2015. Comme prochaine étape, Enda Santé résumera les principaux points abordés lors de la discussion, et reviendra vers le groupe avec un projet de voie à suivre.

Des recommandations génériques ont également été élaborées pour guider la planification, la mise en œuvre, la coordination, le partage d'expériences, etc., aux niveaux régional et national.

1. Données et informations stratégiques - Définition et standardisation des paquets minimums de services pour les populations clés

- Plus d'investissements dans des stratégies innovantes pour toucher les populations les plus difficiles à atteindre au niveau des points chauds non traditionnels (online outreach)
- Amélioration de l'offre de services
 - o Diversification et intégration des services
 - o Standardisation des paquets de service
- Information stratégique
 - o Amélioration de la qualité des données
 - o Utilisation des données pour la prise des décisions dans la mise en œuvre
 - o Mécanisme de surveillance flexibles pour capter les changements des populations (mutation de points chauds, changements de comportements)

2. Développement du partenariat, de l'appropriation et de la responsabilisation

- Mobilisation de ressources domestiques, recherche de financements innovants (tels que les taxes...) et renforcement des partenariats public-privé
- Apprentissage croisé (mentorat) entre organisations de populations clés
- Opérationnalisation des plans d'action nationaux élaborés (en soutien des programmes nationaux existants), pendant la conférence

3. Discrimination et stigmatisation – environnement favorable

- Compréhension des termes utilisés pour les populations clés, y compris les détenus et autres (Reference définitions OMS/ONUSIDA)
- Définir un paquet de service dans les centres conviviaux (DICs) et Centre d'excellence (prévention, réponse aux violences basées sur le genre, environnement favorable (local et national))
- Opérationnalisation de la Déclaration de Dakar au niveau national.

4. Développement des capacités & diffusion et mise à l'échelle des meilleures pratiques - Prestation différenciée des services et innovations

- Offre de services et d'interventions spécifiques et complets pour les populations clés mineures, les personnes transgenres, les usagers de drogue et les usagers de drogues injectables (programmes de réduction de risques)
- Développement des capacités des populations clés, en matière de leadership, de plaidoyer et de mobilisation des ressources
- Passage à l'échelle et dissémination des meilleures pratiques (ex : en matière de test and start, décentralisation du test).
- Scale up and dissemination of best practices (e.g., test and treat, decentralization of testing).

CONTEXTE

En Afrique occidentale et centrale, l'épidémie de VIH est largement concentrée au sein de populations spécifiques qui varient selon le contexte et le lieu. Les populations clés - y compris les travailleuses du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes transgenres (TG), les utilisateurs de drogues injectables et les populations carcérales - sont les plus touchées par l'infection. Alors que la prévalence du VIH dans la population générale est en moyenne de 2,2% - allant de moins de 1% à 4,9% dans les pays de l'AOC - les données disponibles indiquent une prévalence nettement plus élevée parmi les populations clés et à la fin de 2017, 40% des nouvelles infections à VIH dans la région sont estimés provenir des populations clés et leurs partenaires (ONUSIDA Global Update 2018).

Malgré l'attention accrue portée aux besoins des populations clés, l'accès aux services complets de prévention, de soins et de traitement du VIH reste insuffisant. Cela est dû à la fragilité des systèmes de santé, à la stigmatisation persistante, à la discrimination, à la violence institutionnelle, à la violence sexuelle et sexiste et à des environnements politiques non favorables. Celles-ci perpétuent à leur tour les comportements à risque et les obstacles liés à l'accès aux services VIH.

Bien que des interventions ciblant les populations clés de haute qualité et mondialement reconnues existent dans toute la région, les possibilités d'échanges d'apprentissage et de renforcement des capacités sud-sud restent limitées.

Le projet « Mettre fin au sida en Afrique de l'Ouest » (Ending AIDS in West Africa, #EAWA), est un accord de coopération de cinq ans financés par l'Agence Internationale de Développement des États-Unis (USAID), pour adresser les populations clés. Sous la direction de FHI 360 et de ses partenaires stratégiques - l'Université Johns Hopkins (JHU) et ENDA Santé, #EAWA mène diverses activités pour soutenir la réduction de la transmission du VIH parmi les PC, y compris des efforts de prestation de services et des échanges de renforcement des capacités / d'apprentissage pour soutenir la région. Les pays prioritaires d'intervention du projet sont le Togo et le Burkina Faso. L'une des activités clés du projet consiste à organiser une réunion régionale sur les populations clés en partenariat avec plusieurs organisations et réseaux, notamment le Fonds mondial, l'Organisation pour la santé en Afrique de l'Ouest (OOAS), l'ONUSIDA, l'USAID, d'autres programmes régionaux et nationaux en direction des PC. Ces entités, ainsi que l'ancien programme régional pour les PC financé par l'USAID (PACTE-VIH), avaient déjà organisé trois réunions régionales pour les PC au Ghana (2014), au Togo (2015) et au Cameroun (2016).

La 4^{ème} réunion régionale de partage d'expérience sur les PC a réuni ces organisations, des programmes et réseaux d'associations, ainsi que des responsables gouvernementaux, des experts techniques et des membres des populations clés afin de partager leurs expériences et projets répondant aux besoins des prestataires de services liés au VIH en Afrique centrale et occidentale. Elle avait également pour ambition d'insuffler des actions pour les PC une fois les participants rentrés dans leurs pays respectifs. La réunion s'est tenue les 28 et 29 novembre 2018 à Lomé (Togo) avec plus de 200 participants provenant essentiellement d'Afrique occidentale et centrale. (Voir la liste des participants en annexe) Le thème de la réunion était : « Action unie: travailler ensemble pour renforcer la qualité et l'efficacité des programmes de populations clés afin de mettre fin au sida en Afrique centrale et de l'Ouest ».

Un comité d'organisation composé des principales parties prenantes au Togo, y compris les entités nationales de coordination de la lutte contre le VIH / sida, les représentants du système des Nations Unies, la communauté des bailleurs de fonds ; la société civile et des représentants des populations clés a été mis en place pour mener à bien l'organisation de cet événement, sous la direction du Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA (CNLS) et avec l'appui de #EAWA pour la coordination. Un comité scientifique et d'orientation composé d'experts régionaux et internationaux sur le VIH a fourni des conseils stratégiques pour assurer la pertinence et le succès de la réunion. Les principes

suyvants ont guidé l'organisation de la réunion : se concentrer sur un nombre limité de domaines techniques afin que les participants puissent acquérir des connaissances et des compétences plus approfondies ; l'élaboration de plans d'action spécifiques aux pays pour améliorer les programmes en direction des PC dans les pays respectifs, Un nombre réduit de participants qui ont une influence sur les programmes pour les PC dans leurs pays et qui participeront activement au suivi de la mise en œuvre des plans d'action.

La réunion a été une occasion essentielle pour réunir les communautés des PC, les donateurs, les universitaires, les partenaires de mise en oeuvre, les agences techniques des Nations Unies et les responsables gouvernementaux afin de partager les enseignements tirés et les pratiques prometteuses de mise en œuvre, les données de recherche et les données programmatiques pertinentes et novatrices. Ce fut également une occasion de créer des réseaux et des plateformes pour le partage des connaissances et les échanges techniques ; de formuler des plans d'action par pays pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'ampleur des programmes liés au VIH destinés aux populations clés - plans d'action qui seront suivis tous les trimestres par l'équipe du programme #EAWA et la plateforme régionale en cours de réactivation.

JOUR 1

Session de Bienvenue

Le professeur Vincent Pitche, Coordonnateur du Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST (SP/CNLS) du Togo a souhaité la bienvenue à tous les participants. Souley Wade, directeur du projet #EAWA, a donné un aperçu de la réunion de deux jours, structurée autour de sessions plénières et discussions de groupe regroupées en quatre thèmes. Les thèmes des quatre sessions et leurs objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Informations stratégiques : développer les connaissances et les compétences nécessaires pour améliorer l'utilisation des données nationales et sous-régionales afin d'étendre la couverture de programmes complets destinés aux populations clés, d'atteindre des zones géographiques ou des sous-groupes non encore atteints (par exemple, notamment les PC à risque élevé, les adolescents et les jeunes, les groupes de PC moins connus tels que les Transgenres (TG) et les personnes qui utilisent les drogues injectables (PWID), et améliorer le suivi des populations clés vivant avec le VIH et celles non infectées.

2. Méthodes de prévention innovantes : développer les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des activités de prévention efficaces et fondées sur les droits afin de répondre aux objectifs de prévention et aux objectifs 90-90-90 tels que la PrEP, l'autotest du VIH, la notification aux partenaires, les services de réduction des risques, au profit des populations mal desservies telles que les jeunes populations clés, transgenres et usagers de drogues injectables.

3. Environnement favorable : partager les expériences et les enseignements tirés de la manière dont les programmes de réduction de la stigmatisation, de vulgarisation en matière de droits humains et d'accès à la justice peuvent être intégrés dans le cadre d'un ensemble complet de programme pour les populations clés; et partager les pratiques prometteuses en travaillant avec les gouvernements et les législateurs pour réduire les obstacles juridiques à l'accès aux services et augmenter la couverture pour les populations clés.

4. Modèles différenciés de prestation de services, y compris la décentralisation et le transfert de tâches : démontrer le bienfondé des modèles de soins basés sur la communauté ou appuyés par la communauté, y compris la délégation des tâches des médecins aux infirmières, et des infirmières aux agents de santé communautaires et relâchant les rênes d'une approche centralisée. Les programmes de lutte contre le VIH, associés à une évolution vers une prévention, fourniture de

traitements antirétroviraux et de soins antirétroviraux différenciés aideront à lutter efficacement contre l'épidémie.

Le Directeur du projet EAWA a souligné que les résultats attendus de la réunion incluent : (1) des plans d'action de pays (ou des recommandations par pays) prenant en compte les points clés discutés lors des travaux, et (2) un consensus sur un dispositif de suivi et d'évaluation des recommandations de la conférence et des plans d'action par pays.

Il a également fait mention des documents de support pour la réunion, tels que le guide du participant, le guide des orateurs et des modérateurs et le rapport final. A ce titre, il a remercié Mary Engel de s'être porté volontaire pour rédiger le rapport final de la conférence. En outre, un bulletin quotidien présentera les points saillants de la réunion. Il a également encouragé les participants à visiter la dizaine de stands présents à la conférence et à se joindre à l'une des trois visites de sites à EVT (Espoir Vie Togo) ; au Drop In Center (Centre d'accueil pour HSH) ou à FAMME (Force en action pour le mieux-être des femmes et des enfants), se déroulant dans la matinée du deuxième jour.

Il a remercié l'USAID, le Fonds mondial, l'ONUSIDA, le CNLS Togo et Heartland Alliance pour leurs contributions financières, ainsi que les autres partenaires activement impliqués dans la préparation de la réunion - FHI 360 y compris le projet LINKAGES, Université Johns Hopkins, ENDA santé, OMS, AMSHER, OOAS et HP +, des organisations locales telles que EVT et FAMME, des organisations de la société civile et des associations et réseaux d'associations identitaires locales telles que Arc en Ciel, Cupidon et AFAZ. Il a remercié les membres leaders du comité d'organisation, dont le président le professeur Vincent Pitche, coordonnateur du secrétariat permanent du CNLS Togo, les vice-présidents Dr Christian Mouala, directeur pays de l'ONUSIDA au Togo, et le Pr Claver Dagnra, coordonnateur du PNLS Togo, Assetina Singo, conseillère principale pour les populations clés à #EAWA qui a assumé le rôle de secrétaire permanent du comité d'organisation. Il a également remercié les membres du comité scientifique et d'orientation coordonné par Jean Paul Tchupo, directeur adjoint de #EAWA.

MISE À JOUR SUR LES PROJETS CLÉS CONCERNANT LES POPULATIONS CLÉS DANS LA RÉGION

Joshua Galjour, gestionnaire de portefeuille du Fonds mondial pour la Guinée-Bissau, et Dr Meskerem Grunitzky Bekele, ancienne directrice du bureau régional de l'ONUSIDA pour l'AOC, ont présidé cette session.

1. REVUE DE LA DECLARATION DE DAKAR



Le Docteur Tete Amouh, chef du Département des maladies non transmissibles de l'OOAS, a présenté un aperçu de la Déclaration de Dakar de la CEDEAO sur les programmes en faveur des populations clés, qui contient quatre engagements (renforcement de

l'information stratégique, renforcement du système de santé, renforcement des services communautaires et lutte contre la stigmatisation et la discrimination).

Les principales conclusions de l'étude appuyée par l'OOAS, USAID et ONUSIDA indiquent que quatre pays ont élaboré des feuilles de route spécifiques pour mettre en œuvre la Déclaration - le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Togo. Cependant, dix autres pays ont déclaré disposer de mécanismes de coordination pour mettre en œuvre des activités axées sur les PC. Un certain nombre d'activités ont eu lieu dans des pays depuis la signature de la Déclaration mais ne sont pas nécessairement enregistrées dans le suivi de la Déclaration.

Il a souligné que malgré une diffusion relativement faible de la Déclaration au niveau des pays, celle-ci constituait un instrument politique utile ayant créé un élan significatif, associé à un certain nombre de réalisations, d'innovations et de bonnes pratiques au niveau des pays. Les principaux problèmes de mise en œuvre concernent l'environnement juridique et social défavorable ; la stigmatisation et la discrimination persistantes à tous les niveaux et un financement insuffisant. Les pays de la CEDEAO sont encouragés à élaborer ou à mettre à jour leurs feuilles de route d'ici à la fin du mois de février 2019 par le biais d'un examen sommaire des activités existantes et des lacunes potentielles ; et en convoquant une réunion réunissant les parties prenantes de différents secteurs et incluant les populations clés afin d'élaborer une courte feuille de route alignée sur les plans stratégiques existants.

Au cours de la session de questions / réponses, les défis liés au suivi de la mise en œuvre de déclarations politiques telles que la déclaration de Dakar ont été évoqués. Le Docteur Amouh a expliqué que pour le suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar, les travaux sont entrepris par l'OOAS et en collaboration avec des partenaires tels que l'USAID, le PNUD, l'ONUSIDA, des partenaires de la société civile, une possible plateforme régionale, etc.

2. PRINCIPALES CONCLUSIONS DES ÉVALUATIONS RECENTES

Le Dr Frank Lule, responsable traitement et soins du VIH au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a résumé une publication récente (septembre 2018) de l'OMS sur l'examen des plans stratégiques nationaux en Afrique du point de vue des programmes pour les PC. L'OMS a commandité un examen des derniers plans stratégiques nationaux (PSN) de 47 pays de la Région africaine de l'OMS concernant la couverture des populations clés. Cet examen visait à identifier les forces, les lacunes et les faiblesses dans la manière dont ces plans considèrent les populations clés. Ils ont notamment évalué la manière dont les populations clés et les facteurs de risque du VIH sont représentés dans les PSN : ces plans incluent-ils des informations épidémiologiques sur l'épidémie de VIH parmi les populations clés ? comprennent-ils l'ensemble des interventions recommandées par l'OMS pour les populations clés ? et le degré d'implication envisagé pour les communautés de populations clés dans les interventions de lutte contre le VIH est-il satisfaisant ?

Les conclusions de l'analyse des PSN sont les suivantes :

- Tous les PSN (45) mentionnent les populations clés : les 45 PSN mentionnent les TS, 42 mentionnent les prisonniers, 41 mentionnent les HSH, 38 mentionnent les consommateurs de drogues injectables, 10 mentionnent les personnes transgenres. Le chevauchement entre populations clés est rarement reconnu. Peu d'attention spécifique est accordée aux membres jeunes et adolescents des populations clés
- L'accent est mis sur la prévalence du VIH et on parle peu de l'incidence ou du risque individuel. Certains signalent le manque de données comme un problème ; parfois les données disponibles sont oubliées ou omises
- Les PSN font principalement référence aux interventions en matière de santé, et les interventions structurelles ou les catalyseurs essentiels sont rarement mentionnés
- Les méthodes innovantes de prévention (PrEP), des tests (test du prestataire non professionnel, notification assistée du partenaire et autotest) sont rarement mentionnés.

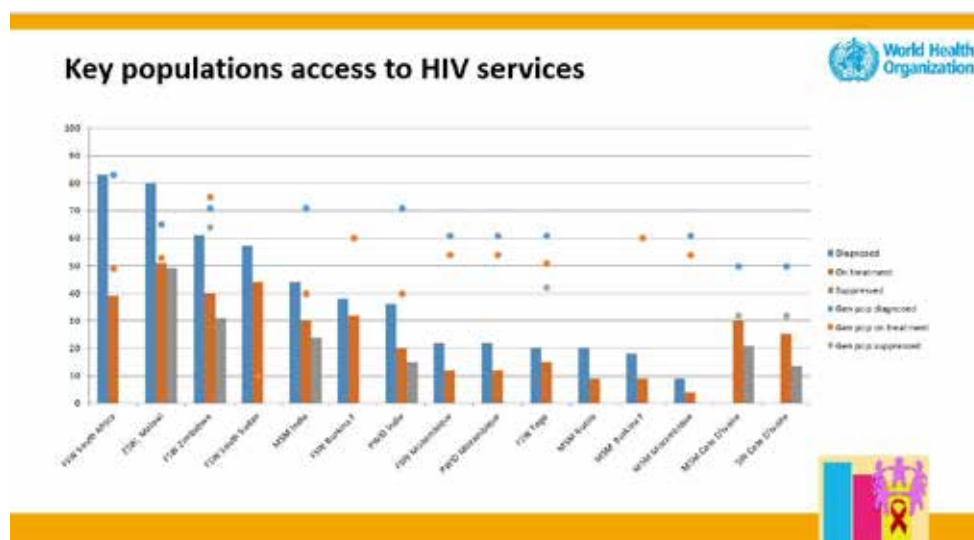
- 17 PSN mentionnent la réduction des risques pour les utilisateurs de drogues injectables (16 programmes d'aiguilles et de seringues et 8 de traitements de substitution aux opioïdes)
- La moitié des PSN reconnaissent la nécessité d'impliquer les communautés de HSH et de TS dans l'élaboration de la riposte nationale au VIH, afin de faciliter l'accès aux services de santé, l'amélioration de leurs politiques, le suivi des politiques, le plaidoyer et la responsabilisation. Mais cela est rarement mentionné pour les personnes handicapées, les prisonniers ou les transgenres. Peu de PSN mentionnent l'importance de l'autonomisation pour les PC pour lutter contre l'épidémie de VIH.

Au cours des prochaines étapes, l'OMS et toutes les parties prenantes doivent plaider en faveur de l'inclusion des PC dans les nouveaux PSN; améliorer l'information stratégique en mettant l'accent sur la diversité, le chevauchement et l'âge des PC; et examiner les obstacles structurels et inclure des catalyseurs essentiels. Les interventions sanitaires doivent inclure l'accès au traitement et l'adhésion au traitement et impliquer les communautés des PC dans la planification, la conception et la prestation.

Il a été noté que, si les PSN sont une source d'information riche sur la manière dont les populations clés sont comprises et intégrées dans les processus de planification nationaux, ils ne reflètent pas nécessairement la programmation financée et mise en œuvre : certaines stratégies d'intervention décrites dans un PSN peuvent ne pas être mises en œuvre au cours de la période de mise en œuvre. En même temps, certaines interventions innovantes conduites par des organisations locales dirigées par une population clé, bien que pertinentes pour la riposte nationale au VIH, pourraient ne pas être prises en compte dans le PSN.

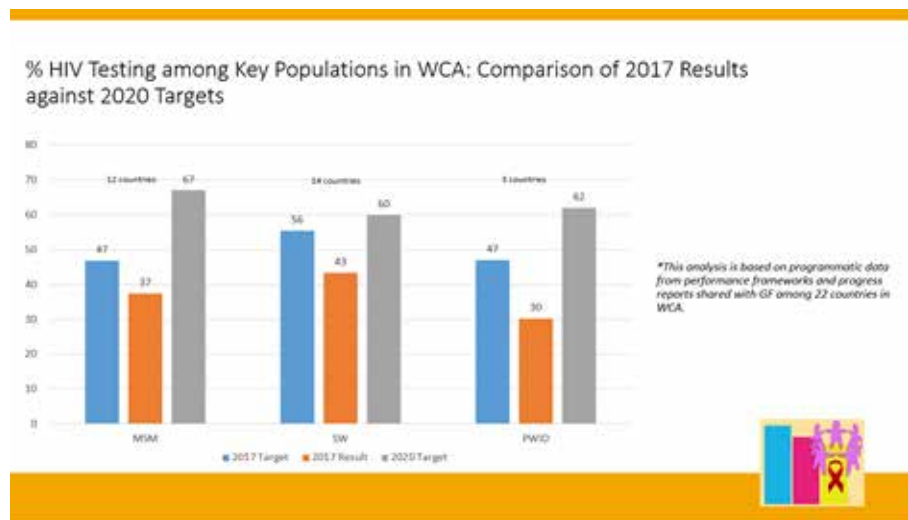
Le Dr Lule a clarifié la définition des populations clés - les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les prisonniers. Les populations clés sont des groupes définis qui, en raison de comportements spécifiques à risque plus élevé, courent un risque accru de contracter le VIH, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local. En outre, ils ont souvent des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité au VIH. En d'autres termes, les populations clés sont : affectées de manière disproportionnée par la maladie ; isolées des services ; criminalisées et faisant face à d'autres obstacles juridiques ; faisant l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination; faisant l'expérience de la violence et des taux élevés d'incarcération / détention.

Il a partagé avec le graphique ci-dessous des données sur le fait que les populations clés ont moins facilement accès aux services de VIH que la population en général.



Ed Ngoksin, conseiller technique pour les ripostes communautaires dans le département des populations clés, des communautés, des droits et du genre au Fonds mondial, a fait le point sur le soutien du Fonds mondial aux investissements pour les PC. Il a souligné le soutien intensif apporté à au programme global des droits humains et à l'amélioration de la qualité et de l'ampleur des programmes concernant les populations clés. Un montant de 26 millions d'euros est inclus dans l'investissement du Fonds mondial en 2017 - 2019 dans le cadre du financement catalytique : Fonds de contrepartie pour les droits à la personne et les populations clés pour le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la république démocratique du Congo (droits de l'homme uniquement), le Ghana, le Sénégal et Sierra Leone (droits de l'homme uniquement).

Il a également souligné qu'au cours de la période d'allocation 2017-2019, certains pays de l'AOC ont commencé à introduire certaines «innovations» dans le cadre de l'offre différenciée de services aux populations clés dans leurs subventions. Au Sénégal, par exemple, un programme de réduction des risques est mis en œuvre et un plus grand nombre de pays mèneront des projets pilotes dans ce domaine.



Il a été noté que la plupart des pays pour lesquels des données étaient disponibles n'avaient pas atteint leurs objectifs de dépistage du VIH pour 2017 au sein des PC. Les principales limites identifiées sont :

En termes de conception :

- Des données inexactes sur la taille de la population rendent difficile la planification et le ciblage des ressources ;
- Les offres de services étaient similaires pour toutes les populations clés (à l'exception de la réduction des risques pour les UDI) avec une variation minimale, c'est-à-dire un manque d'interventions spécifiques adaptées aux besoins de chaque sous-population (âge et sexe) ;
- Seules quelques activités structurelles sont incluses, avec des lacunes majeures dans l'autonomisation des communautés, la stigmatisation et la réduction de la discrimination ;
- Peu de détails sont disponibles pour les programmes relatifs aux prisonniers, aux personnes transgenres, et personnes handicapées.

En termes de mise en œuvre :

- L'écart par rapport à la conception et la couverture est extrêmement variable selon les pays et au sein d'un même pays ;
- L'environnement multi-donateur a un impact sur la mise en œuvre (incitations, ratio d'extension, rendements, code unique d'identification) ;

- Des ruptures régulières de stock de produits de prévention / traitement des IST et des lacunes dans les liens avec les soins pour les personnes séropositives sont signalées ;
- Les travailleurs de proximité font face à la menace de maltraitance et de violence ;
- Les progrès sont lents en ce qui concerne l'introduction de la PrEP, et la couverture limitée des TG et des prisonniers.

En termes de suivi:

- Seul le Cameroun a un seul code national d'identification permettant la déduplication entre fournisseurs / bailleurs de fonds ;
- Aucun pays ne peut surveiller la livraison du paquet complet des services en raison principalement des différences dans les systèmes utilisés pour surveiller la prévention du VIH et le traitement médical ;
- La surveillance des activités essentielles du facilitateur est limitée. Aucune surveillance pour des services de qualité ou un accès des PC à des services autres que de santé n'est incluse dans les packages conçus ;
- Manque de sensibilité au sexe et au genre dans l'ensemble des activités de collecte d'informations stratégiques.

En termes de financement :

- L'absence de croissance substantielle du financement du PEPFAR et du Fonds mondial pour les activités pour les PC et les dépenses domestiques limitées signifient qu'il est difficile de mener les programmes pour les PC à grande échelle et qu'ils dépendent fortement des bailleurs de fonds externes ;
- Les services sont sous-financés pour les HSH et TS, bien qu'il s'agisse de deux PC dont la prévalence du VIH est la plus élevée parmi tous les groupes de la région.
- Le Fonds mondial joue un rôle plus important dans certains pays.

Il a également donné un aperçu d'une initiative quinquennale du Fonds mondial visant à fournir un soutien intensif en vue de l'élargissement de la programmation globale des droits de l'homme en Côte d'Ivoire, au Ghana, en RDC, au Cameroun, au Bénin, en Sierra Leone et au Sénégal.

À l'avenir, le Fonds mondial et ses partenaires devront :

- Mettre l'accent sur la qualité et l'efficacité de la mise en œuvre des programmes ;
- Poursuivre les efforts en cours pour renforcer les estimations de la taille de la population, la cartographie programmatique et la prévalence du VIH, l'accès aux services et les données comportementales (IBBS) ;
- Il est essentiel que les communautés des populations clés participent activement à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des programmes. L'assistance technique du Fonds mondial et autres opportunités d'assistance technique (par exemple, Expertise France) sont disponibles pour les y aider.
- Accorder une attention particulière aux domaines prioritaires suivants :
 - o Étendre la fourniture de services différenciés aux populations clés et vulnérables, à savoir la prévention, le dépistage, le traitement et les liens avec les soins ;
 - o Renforcer et élargir la capacité des systèmes de santé (communautés et systèmes de santé) à traiter les problèmes de santé de manière durable, équitable et efficace ;
 - o Réduire la morbidité et la mortalité dues à la co-infection tuberculose-VIH ;

- o Éliminer les obstacles aux services liés aux droits de l'homme, au genre et à l'âge, y compris la stigmatisation et la discrimination et toutes les formes de violence à l'encontre des PVVIH et des populations clés.

3. CENTRE D'EXCELLENCE POUR LES POPULATIONS CLES (KPCOE)

Jean Paul Tchupo, Directeur adjoint de #EAWA et Gnilane Turpin, chercheuse principale Senior à l'Université John Hopkins (JHU) / EAWA, ont donné un aperçu des principaux centres d'excellence en matière de populations clés (KPCoE) au Togo et au Burkina Faso dirigés par FHI 360 avec le soutien de JHU et Enda Santé.

Les KPCoE sont des plateformes qui fournissent des services de haute qualité et différenciés, des centres d'apprentissage pour le renforcement/ développement des capacités. Ils servent de modèle aux autres structures d'offre de services aux niveaux local, national et régional ; et de pépinières d'innovation pour faire progresser le leadership dans la région.

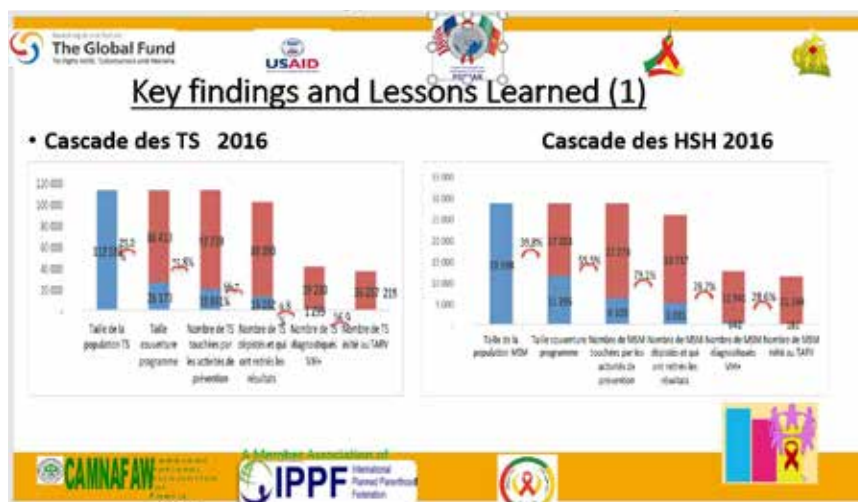
Le projet #EAWA a pour objectif d'avoir deux centres dans chacun des deux pays, le Burkina Faso et le Togo. Un centre de formation régional est basé au Togo au sein de l'ONG EVT (Espoir Vie Togo). Les services comprennent l'assistance technique, la formation en ligne et la formation en présentielle. Une première série d'activités débutera en décembre 2018 avec une formation sur les tests index et une approche améliorée de la sensibilisation par les pairs, ainsi qu'un webinaire sur la 4^{ème} conférence pour les PC. Le programme de formation pour le prochain semestre sera largement partagé.

SESSION 1 : INFORMATIONS STRATÉGIQUES POUR LA MISE À ÉCHELLE DES PROGRAMMES

La séance était animée par Claude Kra, directeur de projet chez AGCS + et Shimon Prohow, conseiller régional du programme USAID à Washington, États-Unis.

4. SUIVI DE LA CASCADE DE COUVERTURE DE SERVICES POUR LES PC : EXEMPLE DU CAMEROUN

Duplextine Nguemme Ngougo, conseiller en suivi et évaluation à la CAMNAFAW, a présenté la cascade de couverture de services pour les PC récemment effectuée au Cameroun pour les TS et HSH. Elle a expliqué que les données ne sont disponibles que pour les HSH et TS car il n'existe aucune étude récente d'IBBS sur les UID.



Les principales conclusions comprennent :

- Faible couverture des interventions de prévention pour HSH et TS ;
- Difficulté à assurer une couverture complète (prévention, traitement antirétroviral, suivi) et des interventions nationales (sites uniquement) ;

- Concentration d'activités dans les villes et les zones urbaines ;
- Difficile de retracer le PC sur le traitement antirétroviral ;
- Les données de cohorte ne sont pas exhaustives ;
- L'environnement social pénalise les populations clés.

C'est pourquoi le Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA (CNLS) du Cameroun a décidé de renforcer la coordination entre les responsables de la mise en œuvre des programmes pour les PC, notamment en harmonisant les outils de collecte et d'analyse des données et en réalisant une cartographie programmatique. Un protocole d'accord entre Care et CAMNAFAW, sous la direction du CNLS, fournit une cartographie sur les prestations de services par zone géographique.

- Les prochaines étapes comprennent :
- Encourager l'émergence d'associations ou d'autres ONG intervenant dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des PC en milieu rural ;
- Capitaliser sur les résultats des différentes cartes produites pour améliorer la couverture des interventions dans les districts et régions ;
- Réviser les outils de collecte de données afin de pouvoir fournir les divers indicateurs de population clés et les informations sur le taux de rétention et de charge virale ;
- Revoir le système d'information national pour pouvoir saisir l'information sur les PC sous ARV
- Créer un observatoire des droits et poursuivre le plaidoyer en faveur d'un environnement favorable ;
- Lancer la PrEP et l'autotest comme prévu et
- Rendre le dépistage démedicalisé efficace.

5. UTILISER LE MICROPLANNING POUR LA MISE A ECHELLE DES PROGRAMMES SUR LES PC- EXEMPLE DU TOGO

Gwatiena Yina Dominique, chargé de suivi et évaluation du projet EAWA au Togo, a expliqué que la microplanification avait pour objectif de développer un plan de sensibilisation adapté à un point chaud et à une population pour l'offre de services de lutte contre le VIH, faciliter le processus de planification et de surveillance ascendants dans la communauté; et assurer des efficacités dans la prestation de services, telles que des liaisons plus fréquentes vers les points chauds présentant le plus de risques; de proposer des tests répétés pour les populations clés présentant le risque de VIH le plus élevé; et pour mettre à jour les données, analyser et agir sur la base des évidences.

Au Togo, le processus de mise en œuvre de la micro-planification comprenait la formation des pairs éducateurs sur la cartographie des points chauds, la collecte de données sur les estimations de la taille des populations clés dans les points chauds, formation à la micro-planification, profilage pour les PC et évaluation des risques individuels. Pour les HSH, la cartographie des points chauds (restaurants, bars, etc.) est complétée par d'autres approches utilisant les médias sociaux.

Les principaux avantages de la micro planification sont l'effectivité de visites répétées pour un bilan de santé des personnes les plus à risque ; le suivi individuel et la prestation de services; avoir une zone d'opération définie pour les pairs éducateurs (PE); Les PE deviennent des gestionnaires de site capables de collecter, analyser et agir sur des données; et de stimuler et maintenir la demande de la communauté en matière de services et de produits de base. La micro-planification aide à couvrir les points chauds et augmente l'efficacité du programme.

Il est à noter que les cartographies des points chauds sont mises à jour régulièrement, tous les 6 mois. Elles fournissent des coordonnées géographiques et des données programmatiques pour guider la mise en œuvre.

SESSION 2 : INNOVATIONS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE



Le Dr Hugues Guidigbi, Conseiller principal pour le VIH à l'USAID et Henry Nagai, Chef de parti chez JSI, animaient la session.

6. PREP

Tolu Alamu, responsable de l'information stratégique et de la gestion des connaissances à Heartland Alliance au Nigéria, a présenté les principales conclusions d'une étude sur la sensibilisation et la connaissance des HSH et des TS sur l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au Nigéria. L'objectif de l'étude (taille de l'échantillon : 519) était d'évaluer les connaissances sur la PrEP et de déterminer les obstacles à son utilisation.

Les principales conclusions sont les suivantes :

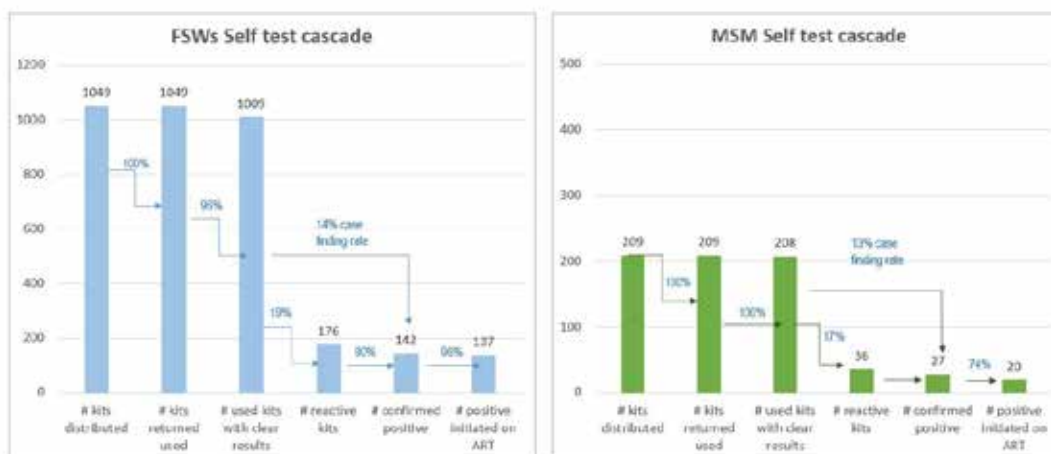
- La sensibilisation sur la PrEP était effective, mais insuffisante pour que les changements attendus se produisent.
- La stigmatisation, l'accessibilité économique (le coût des médicaments, le transport et le suivi), et le manque d'accès à des tests répétés à intervalles réguliers ont été soulevés ;
- La majorité des répondants sont disposés à utiliser la PrEP, car ils reconnaissent que leurs pratiques les exposent à un risque accru ;
- Des inquiétudes ont été exprimées quant à l'utilisation de la PrEP autour du taux d'avortement et de l'incidence des cas d'IST.
- À l'avenir, les plans sont les suivants :
- Renforcer le processus d'engagement communautaire pour une meilleure compréhension et une plus grande adhésion ;
- Identifier des moyens plus innovants de financer la composante laboratoire de la mise en œuvre de la PrEP ;
- Une approche communautaire pour traiter tous les obstacles soulevés tels que la stigmatisation, les coûts, les visites régulières de suivi clinique, etc.
- Le plan de prévention national devrait envisager l'intégration de la PrEP dans la stratégie de prévention du VIH en utilisant une approche basée sur la communauté ;

- Plus de renforcement des capacités des prestataires de services sur la PrEP ;
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des produits de la PrEP.

7. HIV AUTO-TEST (HIVST)

Le Dr Dismas Gashobotse, directeur du projet LINKAGES / FHI 360 au Burundi, a présenté un projet HIVST mis en œuvre au Burundi depuis juin 2018. En moyenne, 13% des cas de dépistage du VIH et 93% des traitements antirétroviraux ont été rapportés à la suite de 1049 tests distribués parmi des TS et de 209 parmi les HSH.

HIV Self Testing Cascades, June-September 2018



L'auto test a enregistré le plus grand nombre de cas de VIH recensés par rapport aux autres modalités de dépistage. Les défis comprenaient un grand écart entre le premier test et les tests de confirmation, un faible taux d'arrimage et initiation au TARV chez les HSH et une diminution progressive du nombre de cas identifiés et des taux de dépistage.

Des solutions ont été identifiées pour relever ces défis :

- Faire en sorte que les fournisseurs de services se rendent chez un particulier pour des tests de confirmation ;
- Référer les clients vers un établissement privé pour des tests ;
- Couvrir les frais de transport pour les tests de confirmation ;
- Former en cascade et initier des séances de mentorat sur le terrain sur le «counseling» et la manière de réaliser des tests OraQuick afin d'améliorer l'administration des tests;
- Les prestataires de services se rendent chez le particulier pour initier un traitement antirétroviral, ou les populations clés se rendent dans un établissement privé où ils se sentent plus à l'aise et
- Engager d'autres pairs éducateurs pour démarrer de nouveaux réseaux.

8. DEPISTAGE PAR CAS INDEX

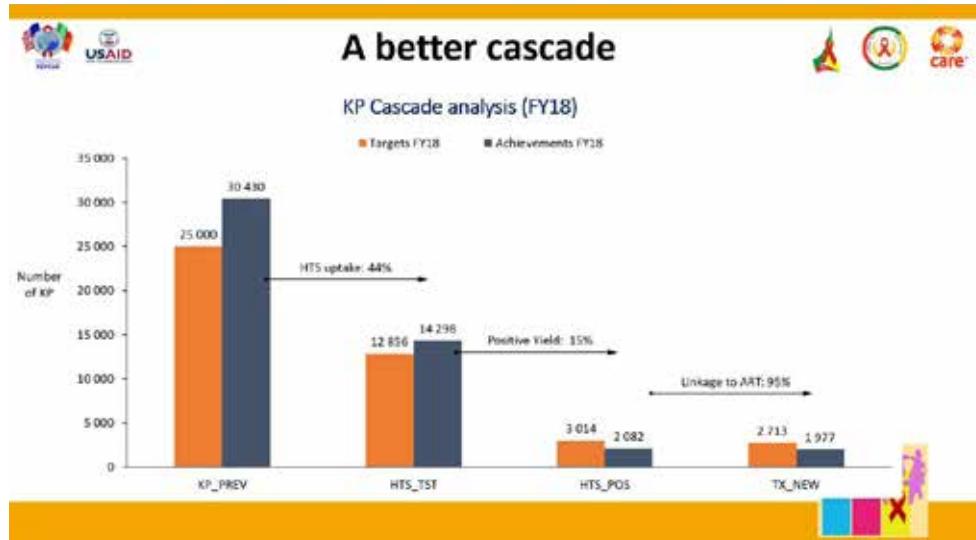
Ghislaine Fouda, chef du projet CHAMP chez Care Cameroun, a présenté un projet sur les tests par cas index.

Pour améliorer les résultats des cas index parmi les populations clés, Care a adopté les approches suivantes :

- Améliorer les outils de dépistage pour assurer le dépistage des personnes les plus à risque ;

- Recruter des mobilisateurs non traditionnels (portiers, personnel des unités de santé locales, vendeurs de médicaments de rue) et diversifier les points chauds ; et
- Élaborer des stratégies qui répondent aux craintes des clients.

Ces différentes approches ont été progressivement mises en œuvre. Les taux de séropositivité au VIH ont été considérablement augmentés pour atteindre les rendements IBBS. Les trimestres 3 et 4 ont donné lieu à un nombre de cas trois fois plus élevé que celui du premier trimestre de l'exercice 2018.



Le droit à la santé (afin de réduire la vulnérabilité et d'accroître l'accès aux services de santé) a été mis en exergue comme le point de départ pour travailler avec des populations criminalisées.

DISCUSSIONS DE GROUPE LIÉES AUX SESSIONS 1 ET 2

9. AMELIORER L'EFFICACITE DES PROGRAMMES: COMMENT MIEUX UTILISER LES ESTIMATIONS DE LA TAILLE DE LA POPULATION CLES ET LES DONNEES DE RISQUE, DE PREVALENCE ET D'INCIDENCE DU VIH, POUR ETENDRE DES PROGRAMMES COMPLETS POUR LES PC ?

La discussion a porté sur les points suivants :

- Importance de mesurer la stigmatisation et la discrimination, d'utiliser ces données pour informer le contenu des programmes ;
- Importance d'utiliser des méthodes appropriées pour atteindre la plupart des populations à risque ;

10. AMELIORER LES SYSTEMES DE SURVEILLANCE : COMMENT SUIVRE LES POPULATIONS CLES POUR UN SUIVI AMELIORE, UNE DUPLICATION REDUITE ET UNE FOURNITURE AMELIOREE DE SERVICES ?

La discussion sur le code d'identification unique (CUI) a abouti aux conclusions suivantes :

- Les méthodes varient d'un pays à l'autre ;
- Exemple du Togo : Lettre désignant le sexe de l'individu, 2 derniers chiffres de l'année de naissance, première lettre du nom de famille, première lettre du prénom, 2 premières lettres du prénom de la mère ;
- Le défi de la duplication du code est lié à la façon dont le code est construit et à la manière dont les informations sont fournies par le client ;
- Le code d'initiation aux ARV au Togo, par exemple : 12 chiffres incluant année, partenaire, région, district, établissement de santé, etc. Sierra Leone, par exemple : région, district, sexe,

nom et informations personnelles.

- Nécessité d'un système électronique, d'une base de données solide, pouvant être interconnectée dans différentes régions du pays, avec mise à jour automatique des données.

La discussion a également souligné que :

- L'absence d'ensembles minimaux harmonisés entre les partenaires d'exécution rend difficile la mesure d'indicateurs spécifiques liés aux services pour les PC. Certains programmes ont donc déclaré une couverture supérieure à 100% ;
- Pour éviter les doublons dans le numérateur des indicateurs, il est nécessaire de bien cartographier les points chauds et de voir s'ils sont alignés sur l'estimation de la taille et d'établir un CUI fiable ;
- Des données programmatiques de qualité sont essentielles pour remplir le numérateur ;
- Il faut tenir compte de la cible définie par le projet, car le responsable de la mise en œuvre peut aller au-delà de la cible.

11. La PrEP : COMMENT PILOTER SA MISE EN ŒUVRE ? SERVICES PILOTES POUR LES POPULATIONS A INFORMATION STRATEGIQUE LIMITEE - TG ET PRISONNIERS : COMMENT ?

L'ONG EVT a partagé son expérience sur la mise en œuvre d'un projet de recherche sur la PrEP auprès des HSH.: Il ressort de cette étude que :

- Les gens venaient se faire tester tous les 3 mois et recevaient des préservatifs et lubrifiants ;
- Sur une cohorte de 100 personnes, 14% de séroconversion en un an malgré les efforts de prévention et l'éducation par les pairs ;
- Une nouvelle cohorte séronégative de 100 personnes a été placée sous PrEP et suivie pendant un an (86 personnes non infectées dans la cohorte précédente, plus 14 nouvelles personnes séronégatives) :
 - o Deux méthodes d'administration de la PrEP sont offertes aux participants
 - i. Administration continue - la personne prend la pilule tous les jours à la même heure. Peut commencer avec 2 comprimés le premier jour puis 1 comprimé par jour à l'avenir
 - ii. PrEP au besoin - la personne prend 2 comprimés au moins 2 heures avant le rapport sexuel, puis 1 comprimé plus tard et 1 comprimé 48h après.
 - 1. S'il y a une autre relation sexuelle, les jours 2 ou 3, la personne doit prendre 1 comprimé 24 heures et 48h plus tard - continuer à prendre un comprimé par jour à la même heure jusqu'à ce que 48 heures se soient écoulées depuis le dernier rapport sexuel.
 - 2. Dans le cas d'une activité sexuelle régulière, la PrEP au besoin ressemble à une PrEP continue.

En termes de résultat, on peut noter :

- o Après 1 an de PrEP, il n'y avait pas de séroconversion parmi les participants ;
- o Comme la PrEP ne protège pas contre les autres IST, l'ONG effectue désormais un test de dépistage actif des IST tous les 3 mois :
 - 16 sur 100 avaient une IST au début, ils ont été traités, puis ont commencé la PrEP ;
 - Après 6 mois, 8 cas d'IST ont été enregistrés- des tests réguliers semblent prévenir les IST ;
 - La PrEP encourage les gens à venir régulièrement pour des tests / traitements, réduisant ainsi la morbidité liée aux IST.

La discussion a généré les points clés suivants :

- Biais potentiel de 86 personnes ayant déjà été exposées à une éducation à la prévention pendant un an, difficile de dire si le manque de nouveaux cas est vraiment dû à la PrEP ou à une éducation à la prévention ;
- Le coût de la PrEP peut être trop élevé, de même que les tests fréquents de dépistage des IST ;
- L'utilisation de médicaments génériques (au lieu de Truvada) réduit les coûts ;
- Également important de fournir des vaccins contre les IST (Hépatite B, VPH, etc.) ;
- Les effets secondaires de la PrEP :
 - o Moins que ce que vous voyez avec les ARV ;
 - o EVT n'a pas eu de participants hospitalisés ni de problèmes majeurs

12. SENSIBILISATION AUX SERVICES CLINIQUES ET COMMUNAUTAIRES POUR LES POPULATIONS ADOLESCENTES ET JEUNES DES POPULATIONS CLES : COMMENT ?

La discussion a porté sur la manière de rendre les services cliniques sensibles aux jeunes et adolescents:

1. Intégrer dans les cliniques des centres de consultation conviviaux pour adolescents et élargir le paquet de service (santé sexuelle et reproductive, CD4, charge virale, etc.) des autres services de santé, et revoir/ adapter les heures d'offre de service aux populations clés ;
2. Renforcer les capacités des agents de santé (y compris les réceptionnistes) en matière de fourniture de services aux adolescents (les services accordent la priorité à l'instauration d'un climat de confiance, garantissent la confidentialité et une attitude dépourvue de jugement) ;
3. Former les pairs éducateurs / pairs navigateurs pour un soutien aux adolescents et aux jeunes populations clés et pour les aider à accéder aux services de santé ;
4. Intégrer les membres des PC aux personnels des centres de santé, même s'il ne s'agit pas de personnel médical (réceptionniste par exemple) ;
5. Fourniture de PEP ainsi que de PrEP.



Et sur la manière de rendre les services communautaires sensibles aux jeunes :

1. Rendre les espaces / centres communautaires sécurisés conviviaux pour les adolescents en introduisant d'autres avantages attrayants, tels que l'internet, la télévision, des jeux, des conférences de motivation, des sessions de sensibilisation animées par le personnel, des sessions de partage d'expérience, la projection de documentaires pertinents suivis de discussions ;
2. Renforcer les capacités des adolescents et des jeunes PC en compétences de vie, compétences professionnelles, compétences en leadership, réintégration dans les écoles ;
3. Fournir des kits de prévention du VIH aux adolescents et jeunes au sein des DIC ;

4. Cibler les adolescentes vulnérables telles que les filles de travailleuses du sexe ou qui vivent à proximité des points chauds dans les programmes de sensibilisation et de prévention du VIH ;
5. Les DIC devraient constituer un guichet unique (prévention, dépistage, traitement, conseils), des services complets de lutte contre le VIH / SIDA et de réduction des risques ;
6. Soutenir et renforcer les capacités des ONG et des organisations communautaires travaillant avec et pour les PC au niveau de la communauté ;
7. Former des Pairs Éducateurs et navigateurs qui peuvent fournir un soutien entre pairs, un soutien psychosocial et faciliter l'accès aux services pour les adolescents et les jeunes populations clés ;
8. Plaider pour un changement des lois et politiques en particulier les restrictions liées à l'âge et qui stipulent que le consentement des parents / tuteur ou du conjoint est nécessaire pour accéder aux services.

Parmi les différentes présentations, les opportunités suivantes ont également été identifiées :

1. Examen des PSN du point de vue du programme des PC, y compris des interventions structurelles ciblant les adolescents et les jeunes PC ;
2. Approche différenciée en matière de soins pour atteindre les adolescents et les jeunes populations clés ;
3. Inclusion des PC dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de leurs programmes ;
4. Suivi de la couverture du service des populations clé à travers des cascades ;
5. Utilisation de la microplanification pour développer la programmation des jeunes populations clés ;
6. Auto-test, test d'index dans le cadre des approches différenciées.

13. FAIRE DU CENTRE D'EXCELLENCE DU POPULATIONS CLES UNE PLATEFORME PERMETTANT DE METTRE A PROFIT D'AUTRES INVESTISSEMENTS DANS LES ACTIVITES DU POPULATIONS CLES EN AOC : COMMENT?

La discussion a porté sur le rôle du centre d'excellence des populations clés (KPCoE). Les fonctions suivantes ont été soulignées :

- Développer des outils de plaidoyer pour plaider en faveur du recrutement de ressources et de la mise en œuvre des programmes pour les PC, et soutenir la réforme des politiques ;
- Former les prestataires de santé à la fourniture de services respectueux pour les PC ;
- Renforcer la capacité des organisations des PC à participer de la conception à la mise en œuvre des programmes pour les PC (la fonction de mentorat du centre est essentielle) ;
- Soutenir l'autonomisation économique pour les PC - activités génératrices de revenus pour les PC et le centre ;
- Aider les pays à définir un paquet minimal de services (uniformité des normes), y compris des services IST complets
- Fournir des services d'assistance juridique et d'intervention rapide en cas d'urgence
- Créer un environnement sécurisé autour des sites et travailler avec du personnel en uniforme – inclure un ensemble de services de prise en charge des cas de violences basées sur le genre
- Servir d'incubateur d'innovations
- Fournir une base de données d'informations stratégiques

La nécessité d'aligner le KPCoE sur le système de santé national, notamment pour faciliter le

financement domestique et assurer la pérennité, a été soulignée.

CÉRÉMONIE OFFICIELLE D'OUVERTURE

Raymond Adadjisso, Directeur général de RAYVISION Togo, a été le porte-parole de la communauté des PC lors de l'événement et a ouvert la cérémonie en soulignant la nécessité de s'appuyer sur les bonnes pratiques et d'innover. « Pourquoi faire bien quand on peut faire mieux, pourquoi faire mieux quand on peut être excellent », a-t-il insisté sur le fait qu'une attention particulière doit être accordée aux prisonniers, aux transgenres et usagers de drogues, sinon ils continueront d'être laissés pour compte.

Le Dr Christian Mouala, Directeur -pays d'ONUSIDA, au nom du directeur régional de l'ONUSIDA, a félicité le Togo d'avoir accueilli pour la deuxième fois cette réunion régionale. Il a souligné que cela témoignait clairement de l'engagement



du pays en faveur de la riposte au VIH et de son hospitalité. Miles to Go, le rapport mondial de l'ONUSIDA sur le sida 2018, montre que l'Afrique de l'Ouest et du Centre est à la traîne. En 2017, seulement 26% des enfants et 41% des adultes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement en Afrique de l'Ouest et du Centre, contre 59% des enfants et 66% des adultes en Afrique orientale et australe. Depuis 2010, le nombre de décès liés au sida a diminué de 24% en Afrique occidentale et centrale, contre 42% en Afrique orientale et australe. Il a souligné la nécessité de soutenir la collecte et l'analyse d'informations stratégiques afin de guider les efforts visant à faciliter l'accès des populations clés aux services de prévention, de soins et de traitement du sida; intensifier les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien social fondés sur des données et les droits; et d'investir dans des interventions structurelles pour un environnement juridique et social porteur. Il a déclaré que « le dernier rapport de l'ONUSIDA montre que la stigmatisation et la discrimination constituent l'un des principaux obstacles au dépistage du VIH. L'ONUSIDA a lancé sa campagne pour la journée mondiale du sida cette année sur le thème Vivre sa vie de manière positive. Connaissez votre statut VIH. »

Dr Youssouf Sawadogo, Gestionnaire de fonds au Fonds Mondial de lutte contre le Sida pour le Togo, a souligné que la lutte contre le VIH ne peut être gagnée que si elle est inclusive. Aucune société ne peut s'épanouir et se développer si les personnes sont exclues, et il est nécessaire de créer une société où le sort de mon voisin devient le mien. Il a souligné que nous partageons tous des valeurs universelles et que nous visons à réduire les inégalités ; Les services de lutte contre le VIH ne doivent pas laisser certains endroits et / ou populations derrière. Il a souligné qu'« il est impératif que les programmes concernant les populations clés soient étendus et, dans la mesure du possible, intégrés dans les programmes nationaux existants, notamment pour en assurer la durabilité. ». Pour le représentant du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose, 2019 serait une année charnière pour le Fonds mondial, avec la reconstitution prévue en octobre en France. La transition vers une appropriation locale et l'amélioration des

lois et des politiques devraient être notre bataille commune. Un rebond de l'épidémie aurait des conséquences catastrophiques pour la santé mondiale. Il a conclu que même s'il restait des kilomètres à parcourir pour mettre fin au sida en tant que menace majeure à la santé publique d'ici 2030, la victoire est à portée de main.

S.E David R. Gilmour, Ambassadeur des Etats Unis au Togo, a indiqué dans son allocution le fort leadership du gouvernement américain dans la lutte contre le sida. Il soutient cette thèse en précisant que « le financement du PEPFAR et la contribution américaine au Fonds mondial font des États-Unis le plus grand contributeur mondial à la lutte contre le VIH». Grâce à ce soutien, 16 millions de vies ont été sauvées l'année dernière. Il a souligné que cette conférence est une opportunité d'apprendre et d'accélérer les programmes les plus efficaces. Il a encouragé les délégués à développer leurs plans pour reproduire les meilleures pratiques et les mettre en œuvre chez eux.

Le Professeur Ahuefa Vovor, Représentant du Ministère de la Santé du Togo, a souligné que le Togo avait des politiques spécifiques pour les populations clés et un observatoire national sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Suite à la Déclaration de Dakar sur les populations clés, le pays a élaboré et met en œuvre une feuille de route en collaboration avec des agents des forces de l'ordre, des magistrats, des chefs traditionnels et religieux. Selon elle, « notre succès jusqu'ici dans la lutte contre le SIDA au Togo a été obtenu grâce à un soutien continu du gouvernement, à l'assistance de partenaires techniques et financiers et à une société civile dynamique - qui a été un moteur essentiel de la mise en œuvre des programmes ». Dans son discours, la représentante du Ministère de la Santé Togolaise indique que pour davantage d'impact, les interventions pour les PC doivent être intégrées dans les cadres de santé qui visent à atteindre la couverture sanitaire universelle. Elle s'est engagée à ce que son ministère soit attentif aux recommandations qui découleront de cette réunion pour améliorer la qualité des services offerts aux populations. Enfin, elle a officiellement ouvert la 4^{ème} réunion régionale sur les populations clés.

Une photo de groupe a été prise et un cocktail organisé pour favoriser les occasions de réseautage.



JOUR 2

Des visites de sites ont été organisées dans la matinée à EVT (Espoir Vie Togo); DIC (Centre d'accueil pour HSH) ou FAMME (Force en action pour le mieux-être des femmes et des enfants). Plus de 100 participants ont participé aux visites sur site.

SESSION 3: ENVIRONNEMENT FAVORABLE

La session était présidée par M. Olesgun Odumosu, directeur exécutif par intérim d'AMSHER (Hommes africains pour la santé et les droits sexuels) et Mme Ahadzi Justine, magistrat à la Cour suprême du Togo.

14. INTEGRATION DES PROGRAMMES SUR LES DROITS DE L'HOMME DANS LES PROGRAMMES POUR LES POPULATIONS CLES

Modibo Maiga, directeur régional pour l'Afrique de l'Ouest de HP +, a rappelé l'importance d'engager les chefs religieux, les ministres de la Justice et de la Sécurité pour garantir le droit à la santé pour tous. Il a partagé des extraits de la Bible et du Coran pour montrer que la religion devrait également être un vecteur de messages contre la discrimination.

HP + travaille avec les alliances locales de chefs religieux, fournissant des preuves et créant un groupe de champions parmi eux pour fédérer les autres. Ce n'est pas un groupe homogène de chefs religieux. C'est un long processus, les mentalités ne changent pas en un jour. Pour amener un changement, il nous faut tous parler de ces problèmes, avec nos communautés, nos enfants, etc.



Il a souligné le soutien apporté par HP + aux pays pour les aider à mettre en œuvre des feuilles de route l'opérationnalisation de la Déclaration de Dakar de 2015 sur les populations clés. Une session d'ICASA 2017 a été organisée avec succès pour faire le point sur les progrès accomplis. De plus, une réunion d'examen en prélude à la 4^{ème} réunion régionale sur les populations clés a également eu lieu.

En conclusion, il a appelé les partenaires à :

- Poursuivre les efforts contre la discrimination et la criminalisation du travail du sexe, des Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, et des consommateurs de drogue (revoir les lois et les règlements) ;
- Mettre en place des observatoires des droits de l'homme liés aux ripostes au VIH et aux mécanismes de riposte régionaux ;
- Former davantage les prestataires au respect des droits de chaque individu, en particulier des populations clés ;
- Renforcer la synergie entre la justice, la police et la santé pour le bien-être des populations clés ;
- Mettre en œuvre la Déclaration de Dakar dans les 15 pays de la CEDEAO et en assurer le suivi régulier ;

- Continuer à renforcer les compétences et le leadership des populations clés et à reconnaître les organisations identitaires selon les besoins.

15. PROMOTION DES POPULATIONS CLES DE L'ACCES AU SERVICE PAR L'APPROCHE INTEGREE DE LA PREVENTION DU VIH ET DES DROITS DE L'HOMME -EXPERIENCE D'ALCO/OCAL

Dr Abdel-Aziz Fagbemi, responsable de programme à l'Organisation du corridor Abidjan-Lagos (OCAL) dans cinq pays membres, a expliqué que ce corridor est le plus important en Afrique de l'Ouest.

Il a expliqué qu'OCAL avait commandité une enquête sur l'estimation de la taille et la prévalence parmi les utilisateurs de drogues injectables, les données n'étant pas disponibles. Au total, 8 943 usagers de drogues, dont 1843 consommateurs de drogues injectables (UDI) ont été identifiés avec une prévalence moyenne du VIH de 2,1% pour les utilisateurs de drogues et de 1,9% pour les UDI. OCAL lancera donc prochainement un projet de réduction des risques.

OCAL reçoit des fonds du Fonds mondial, travaillant par le biais d'ONG locales dirigées par les PC dans chaque pays. Ils ont également des comités de surveillance chargés de documenter la violence et de fournir une assistance juridique aux victimes. Des campagnes de sensibilisation sur ces questions sont également menées par le biais de radios nationales et communautaires.

Il a noté qu'il n'y avait pas une adhésion optimale des populations clés aux services juridiques et psychosociaux. Cela est dû à la stigmatisation et à l'auto-stigmatisation, à la peur que leur activité / orientation sexuelle soit dévoilée, à la peur des représailles, à la peur d'être jugé par leurs pairs et au doute du respect de la confidentialité.

Les prochaines étapes consistent à :

- Décentraliser les comités de surveillance ALCO et sensibiliser les membres des communautés sur les services disponibles (fournir une clinique juridique / des assistants juridiques au sein des ONG HSH et TS pour un soutien direct aux communautés) ;
- Développer davantage de plates-formes d'échange d'informations entre les PC, les parlementaires, les avocats, les juges, les organismes chargés de l'application des lois et autres, sur des questions liées aux PC en rapport avec le VIH et les droits de l'homme ;
- Étendre les activités de sensibilisation aux chefs religieux et traditionnels ainsi qu'aux gérants de maisons closes (principalement au Nigeria et au Ghana) ;
- Augmenter à travers les médias les messages de sensibilisation sur le VIH et les droits humains ;
- Établir un partenariat stratégique avec les principales parties prenantes / réseau régional d'associations HSH & TS afin d'améliorer l'environnement juridique dans les pays membres ;
- Les pays membres sont encouragés à collecter des fonds et à saisir l'occasion offerte par les fonds catalytiques pour assurer la durabilité des réalisations enregistrées jusqu'à présent dans les domaines du VIH / sida, des droits de l'homme et de l'égalité des sexes.

16. ROLE ET BESOIN EN RESSOURCES DES RESEAUX POUR APPORTER UN APPUI TECHNIQUE AUX ORGANISATIONS A BASE COMMUNAUTAIRE

Jean-Eric Nkurikiye, responsable du renforcement des capacités des membres chez African Men for Sexual Health and Rights (AMSHER), a présenté le rôle, les fonctions et les principes directeurs d'AMSHER. AMSHER est une coalition panafricaine d'organisations dirigées par des personnes LGBT, qui œuvre pour la promotion de la non-discrimination, basée notamment sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre (SOGI) et pour l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité pour les LGBT en Afrique. AMSHER fournit une plate-forme d'échange et d'apprentissage

entre les organisations communautaires, les organisations de défense des droits de l'homme et le VIH, et d'autres agences travaillant avec et pour les organisations LGBT.

En AOC, les activités de AMSHER sont :

- Développer des outils de plaidoyer ;
- Soutenir des activités de plaidoyer aux niveaux national et régional ;
- Développer des plans d'amélioration de la sécurité en matière d'intervention d'urgence et de prévention ;
- S'engager auprès des institutions mondiales de la santé et des droits de l'homme pour la viabilité et l'accès aux ressources ;
- Évaluer la capacité organisationnelle et le processus de renforcement des capacités (processus OCAT en 4 étapes).

AMSHER se concentre actuellement sur ses 18 organisations membres, procède à l'évaluation et au renforcement des capacités, et n'accepte donc pas officiellement de nouveaux membres à ce stade. Ils ont également des organisations affiliées avec lesquelles ils travaillent dans des projets au niveau des pays.

SESSION 4 : MODÈLES DE SERVICES DIFFÉRENTIÉS

Le professeur Dagnra Claver, Coordonnateur du programme national de lutte contre le sida (PNLS) du Togo, et le professeur Stefan Barral, professeur associé au département d'épidémiologie du JHU, ont animé la séance.



17. PREVENTION: ICT ET MEDIA SOCIAUX

Jules Bashi Bagendabanga, Directeur de projet à FHI 360 LINKAGES / Mali, a présenté les différentes approches de sensibilisation en ligne, notamment la version 2.0 à travers les médias sociaux et la version 3.0 avec des influenceurs et un logiciel permettant d'identifier les coordonnées géospatiales.

Il a décrit le processus en 4 étapes.

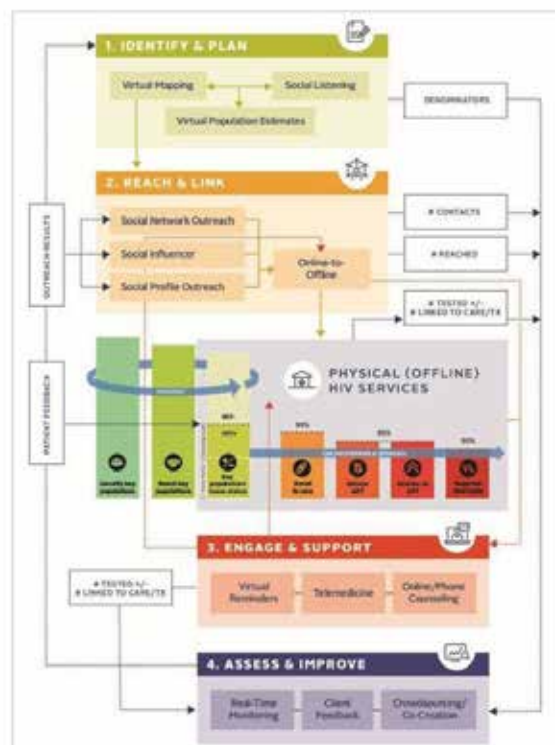
Il a souligné qu'il était important de considérer le mécanisme de renvoi aux services - il pourrait s'agir d'une référence physique (une réunion), d'un message vocal ou d'une réservation en ligne.

En AOC, le Mali, la Côte d'Ivoire, le Burundi et la RDC ont lancé de telles approches en ligne en

2018. Cinq pays asiatiques ont ouvert la voie, et les résultats de leur expérience démontrent qu'en termes de personnes identifiées VIH positives, le rendement est cinq fois supérieur qu'avec les programmeurs habituels.

Les leçons tirées de la sensibilisation en ligne sont les suivantes :

- Les approches 2.0 et 3.0 peuvent être limitées dans les contextes de faible connectivité ;
- Nécessité d'une utilisation plus sophistiquée de la technologie par le programme VIH ;
- Nouveaux publics = nouveaux obstacles : une approche combinée de sensibilisation et de promotion des médias sociaux peut être nécessaire pour que les nouveaux publics soient réceptifs à nos services VIH ;
- Établir des partenariats : des partenaires créatifs, de nouveaux fournisseurs de services et des influenceurs peuvent nous aider à faire passer le message et à amener les clients vers les services.



18. DEPISTAGE ET TAR: SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH ET TAR POUR LES POPULATIONS CLES

Le Dr Casimir Manzengo Mingiedi, responsable médical VIH-TB-Hépatite à l'OMS, a rappelé que l'accès aux services de lutte contre le VIH est plus faible parmi les populations clés. Il a exposé les raisons d'un faible accès aux services de dépistage et de traitement du VIH pour les populations clés. Il s'agit de la stigmatisation et discrimination vécues dans les services de soins de santé; la distance et le temps pour recevoir les services, les heures d'ouverture des services; la criminalisation et autres obstacles juridiques; le mauvais lien entre les services de test et de traitement pour les populations clés; les stratégies de test qui oublient les populations clés; et la mauvaise intégration des services pour les populations clés, par exemple Test VIH/IST.



D'où la nécessité d'une prestation de services différenciée (DSD), ou de soins différenciés, en tant qu'approche centrée sur le client. Il simplifie et adapte les services VIH à travers la cascade de soins VIH. Il reflète les préférences et les attentes des différents groupes de personnes vivant avec le VIH tout en réduisant les charges inutiles sur le système de santé.

La fourniture de services différenciés vise à fournir des services centrés sur le client, à fournir des services plus acceptables et disponibles pour atteindre les populations clés, à accroître l'efficacité des programmes de dépistage du VIH en testant moins de personnes, mais en veillant à ce que les personnes les plus exposées au risque soient testées, à augmenter les taux de l'initiation et la rétention pour les PC dans les programmes de traitement du VIH et d'accroître l'efficacité, ainsi que de garantir le droit des personnes à un dépistage, un traitement et des soins du VIH confidentiels, sans jugement et de qualité.

Les différentes approches pour tester les populations clés sont les suivantes :

- Tests dans les services existants, particulièrement ceux intégrés à d'autres services ;
- Tests dans la communauté : dans les centres d'accueil, dans les centres de proximité ou dans les prisons (agents de santé, prestataires non professionnels, pairs) ;
- Test des prestataires non professionnels à l'aide de tests de diagnostic rapides ;
- Auto-test : les membres de la population clé effectuent leur propre test ;
- Notification du partenaire assisté : haut rendement, mais peut ne pas convenir à toutes les populations clés dans tous les contextes.

Il a souligné que l'OMS recommandait que les prestataires non professionnels formés (toute personne exerçant des fonctions liées à la prestation de soins de santé et ayant été formée pour fournir des services spécifiques mais n'ayant reçu aucun certificat professionnel, para professionnel ou diplôme d'enseignement supérieur formel) puissent utiliser des tests de diagnostic rapides.

Il a partagé les données disponibles pour l'autodiagnostic du VIH et l'OMS a recommandé que l'autodiagnostic du VIH soit proposé comme une approche supplémentaire des services de dépistage du VIH.

Les directives de l'OMS sur la différenciation des traitements antirétroviraux indiquent qu'elles peuvent remédier aux inégalités dans l'accès des populations clés aux services de traitement du VIH et atteindre les groupes marginalisés, criminalisés et stigmatisés. La fourniture différenciée de traitements antirétroviraux peut également permettre aux communautés des populations clés de participer davantage au traitement et aux soins du VIH.

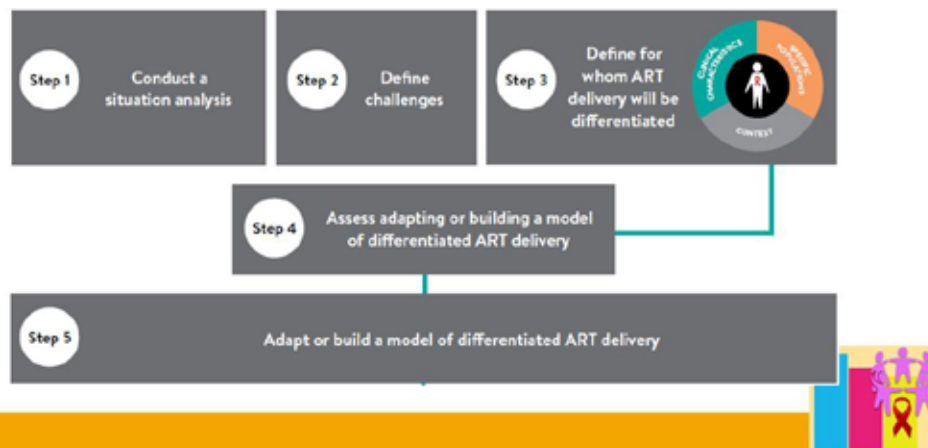
L'OMS recommande la délégation des tâches pour la fourniture du traitement antirétroviral, et où les pairs des populations clés peuvent distribuer le traitement antirétroviral. L'OMS recommande également de décentraliser l'administration du traitement antirétroviral (initiation du traitement antirétroviral dans les hôpitaux ou les établissements de santé périphériques et maintenance

au niveau des établissements de santé périphériques); Initiation du traitement antirétroviral au niveau périphérique avec maintenance au niveau de la communauté ; TARV initié dans des cliniques spécifiques pour les PC; et maintenance sous TAR dans les organisations communautaires des populations clés.

Il a présenté l'approche en cinq étapes des tests différenciés et des services de fourniture de TAR pour les populations clés.

En résumé, il a conclu que l'OMS recommandait des approches différenciées en matière de dépistage et de traitement du VIH pour les populations clés et qu'elles améliorent l'acceptabilité et la disponibilité des services, permettent une plus grande implication des pairs PC et des organisations communautaires dans la fourniture de services, et enfin améliorent l'efficacité.

Five-step approach to differentiated testing services and ART delivery for key populations



19. LIENS AVEC LES SERVICES : APPROCHES DE LA GESTION DES CAS - LEÇONS APPRISSES A APPUYER LES POPULATIONS CLES POUR UN REENGAGEMENT EN CASCADE DE SOINS

Tiffany Lillie, conseillère technique principale à FHI360 / LINKAGES, a présenté le profil des pairs navigateurs (PN). Ils sont formés, rémunérés et à plein temps ; ils ont une connaissance approfondie de tous les services disponibles dans la communauté; aident les pairs séropositifs à identifier et à surmonter les obstacles à l'accès et au maintien dans les soins et le traitement du VIH. LINKAGES a créé des indicateurs pour démontrer la valeur ajoutée de l'utilisation des pairs navigateurs.

Les résultats de l'évaluation du programme de PN montrent que la navigation par les pairs est utile pour augmenter le nombre d'initiation et d'adhésion aux TARV. Cependant, il a été noté que d'autres initiatives devraient également être mises en œuvre pour soutenir les PVVIH telles que : un traitement antirétroviral facilement disponible dans des centres d'accueil et / ou dans un autre lieu de prédilection (communauté et établissement); groupes de soutien; incitations à la PN pour le couplage TARV et la ré-initiation de l'OST ; Personnel supplémentaire à suivre ; et frais de transport.

DISCUSSIONS DE GROUPE LIÉES À LA SESSION 4



20. EXECUTION DES EVALUATIONS DE CAPACITE ORGANISATIONNELLE ET DES PLANS DE RENFORCEMENT DE CAPACITE

Heartland Alliance a présenté son expérience dans le renforcement des capacités en Côte d'Ivoire. Les premières organisations identifiées et incluses dans le projet ont été des groupes de soutien de TS qui avaient été créés dans le cadre d'un projet précédent. Des outils d'évaluation des capacités sont disponibles et peuvent être partagés par courrier électronique. Le principal défi rencontré dans le processus de soutien à ces organisations consiste à mobiliser des ressources pour fournir un premier financement aux organisations ayant atteint le niveau 3. Ces activités sont actuellement financées par le Fonds mondial et CDC. Il est à noter qu'une assistance technique continue est fournie même lorsque l'organisation est arrivée à maturité. Les organisations impliquées dans le projet sont encouragées à collaborer et à postuler aux appels à propositions en tant que sous-bénéficiaires de Heartland Alliance et à rédiger des lettres de soutien décrivant l'assistance reçue et leurs progrès.

Les recommandations suivantes ont émergé :

- Renforcer les capacités organisationnelles pour permettre aux organisations de devenir autonomes, de mobiliser leurs propres ressources et de concevoir / mettre en œuvre leurs propres interventions, au lieu de leur donner juste les outils nécessaires pour mettre en œuvre de manière satisfaisante les activités de Heartland Alliance ;
- Renforcer de manière structurelle et continue les capacités organisationnelles (plutôt que de l'assistance ponctuelle) ;
- Rendre les auto-évaluations de la capacité facilement accessibles aux organisations (ex. outils en ligne) ;
- Standardiser les niveaux de capacité dans toute la région (c'est-à-dire qu'une organisation de niveau 1 au Togo a le même standard qu'une organisation de même niveau au Sénégal) ;
- Plaider pour le soutien financier du renforcement des capacités des gouvernements nationaux ;
- Motiver les partenaires techniques et financiers à encourager/ accompagner le leadership des PC dans les organisations.

21. PILOTER UN PROGRAMME DE MEDIA SOCIAL POUR AUGMENTER LA DEMANDE DE SERVICES

Le processus et les facteurs de succès pour piloter un programme de médias sociaux ont été discutés et les leçons suivantes sont à retenir :

- Cartographie virtuelle des points chauds et estimation de la taille ;
- Identifier et former le personnel ;
- Identifier les moyens les plus appropriés pour la sensibilisation en ligne (influenceurs, travailleurs de sensibilisation sociale (pairs) ou via des applications) ;
- Établir des critères de sélection : comment recruter par exemple un influent, en fonction de la population cible. Pour les PE, entre autres critères, il y a la confidentialité, la sécurité et le respect de la vie privée (pour eux-mêmes et pour les autres) ;
- Développer des outils ;
- Développer des messages clairs et facilement accessibles.

22. METTRE EN PLACE UN PROGRAMME DE DEPISTAGE ET TRAITEMENT BASE DANS LA COMMUNAUTÉ

Les principaux points de discussion étaient les suivants :

- o Les populations clés ont rarement accès aux services publics qui ne sont pas basés sur la communauté, et les prestataires identifient rarement ceux qui y ont accès en tant que membres d'une population clé.
 - Important de travailler avec les dirigeants des organisations identitaires de PC.
- o Identifier les populations clés pendant les soins peut les exposer à un risque de stigmatisation et de discrimination supplémentaires.
 - Mieux vaut les renvoyer vers une organisation communautaire où ils peuvent recevoir des soins spécialisés.
- o Au Togo, il y a des ONG qui travaillent avec les PC, et une organisation identitaire mobilise les communautés et oriente leurs pairs vers des services adaptés (au sein d'ONG ou de services publics).
 - Collecte de données : les outils lancés par PACTE-VIH ont été adaptés et continuent d'être utilisés par le pays (par exemple, utilisation d'un identifiant unique, de coupons de référence, etc.).
- o Une étude / évaluation a-t-elle été réalisée au Togo concernant le nombre de personnes touchées par rapport à la taille de la population ?
 - JHU a fait des estimations de la taille de la population, mais il est difficile de savoir combien de personnes sont touchées étant donné le grand nombre de programmes.
- o Les PC préfèrent avoir accès à des services spécialisés (organisations communautaires qui ciblent des services sur des PC) car il y a moins de stigmatisation et de discrimination que dans les services publics.
 - Lorsqu'ils accèdent à des services publics, ils n'admettront probablement pas d'être membres d'une PC, ce qui rend plus difficile la fourniture de soins individualisés appropriés.
- o Pour mettre en œuvre les services de PC, il est important de faire une analyse de la

situation, sans se limiter à une estimation de la taille. Les services pour les populations clés sont-ils intégrés dans les services publics ?

- Les heures d'ouverture des services publics sont-elles accessibles aux populations clés ?
- L'entrée des patients et les outils de collecte de données utilisés sont-ils adaptés aux PC ?
- Si les réponses à ces questions sont non, alors les organisations communautaires qui comblent ces lacunes sont nécessaires.

o **Exemple du Ghana :**

- Il a été observé que les prestataires de soins de santé n'étaient pas par défaut en mesure de fournir des services aux PC ;
- Le programme de compétences et de formation des PC a été élaboré pour répondre à la capacité limitée des prestataires de prendre en charge de manière appropriée les PC ;
- Les services publics traitent tout le monde de la même manière, qu'ils soient membres de PC ou non ;
- Ils ont mis en place un système permettant de suivre les PC dans le système de santé public à travers la cascade de soins ;
- Nous oublions souvent le secteur privé des soins de santé. Ils ont donc travaillé avec eux pour améliorer également leur capacité à prendre en charge les populations clés.

o Il est également avantageux d'ouvrir les services communautaires au public afin de réduire la stigmatisation associée à l'accès à ces services.

o Un programme offrait des services de soins clinique aux PC sur le marché dans le but d'accroître l'accès, mais cela pose-t-il des problèmes de sécurité pour les populations clés qui accèdent à ces services?

o Expériences du Libéria : un partenariat fort avec le ministère de la Santé est essentiel. Les pairs éducateurs sont formés pour faire les tests eux-mêmes.

- Collaboration avec 22 cliniques (publiques et privées) formées à la prise en charge des PC ;
- La stigmatisation ne commence pas avec le prestataire, elle commence avec le gardien à la porte. Il est important de traiter ce problème et de sensibiliser / former tout le monde ;
- Modèle de clinique autonome (médecins, infirmières, pairs éducateurs, etc. formés pour travailler avec les populations clés) ;
- Modèle intégré avec un hôpital existant (le personnel actuel est formé / sensibilisé aux soins pour les PC et le personnel nouveau / expérimenté est embauché) ;
- Il est essentiel que les PC elles-mêmes soient le personnel de leurs programmes.

23. BOITE A OUTILS POUR LES SERVICES DIFFERENTIES POUR LE TRAITEMENT DES POPULATIONS CLES

La discussion a porté sur un document élaboré par International AIDS Alliance et ses partenaires (y compris l'OMS) sur la fourniture de services de traitement antirétroviraux aux populations clés : **un cadre décisionnel pour l'administration différenciée de traitements antirétroviraux aux populations clés.**

De tous les échanges, il ressort clairement que la fourniture de services différenciés (DSD) peut être mise en œuvre pour le test et le traitement.

Trois modèles principaux de traitement du DSD de Thaïlande ont été présentés et un autre modèle de l'Ouganda.

De nombreuses activités ont déjà lieu dans plusieurs pays à un niveau réduit, elles doivent être intégrées dans le PSN pour pouvoir être étendues.

L'approche en cinq étapes des services de test différenciés et de la fourniture de traitements antirétroviraux pour les populations clés est un outil utile pour établir un plan pour les populations clés dans les pays respectifs.

Certaines activités d'appui sont nécessaires : bon recrutement, formation, fourniture de traitements antirétroviraux, supervision, suivi du contrôle de la qualité, formation, rafraîchissement, supervision, coaching.

24. MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE NAVIGATION DE PAIRS

La discussion a porté sur les enseignements tirés des programmes de navigation par les pairs et a suggéré des actions pour remédier aux problèmes et aux lacunes.

Leçons	Actions
Les programmes utilisent des termes tels que pairs éducateurs ou médiateurs, mais leurs champs de travail ressemblent à un navigateur de pairs (aidant les individus séropositifs à initier et à suivre un traitement), ce qui prête à confusion.	Nécessité d'avoir une définition et une approche standardisées entre pairs navigateurs et pairs éducateurs afin que les domaines de travail soient clairement définis pour les différents cadres du personnel de la communauté
Les salaires des PE et des membres de la navigation sont différents selon les pays et même au sein des partenaires de mise en œuvre au sein du même pays	Nécessité d'harmoniser les paiements du même groupe de personnel dans les pays avec différents donateurs / bailleurs de fonds.
La durabilité n'est pas garantie si PN est financé par des donateurs	Nécessité pour le gouvernement de formaliser le rôle du personnel infirmier dans le système de riposte au VIH
Les profils et les critères pour embaucher un PN sont différents d'un pays à l'autre et d'un groupe de PC à l'autre	Les programmes doivent définir formellement le profil d'un PN et afin qu'ils puissent être embauchés en connaissance de cause - comprendre la portée du travail d'un PN (effectue-t-il un test de dépistage du VIH ?), Quelles compétences sont nécessaires ?
Il est important de clarifier où un PN travaillera (communauté vs clinique) et comment il travaillera avec les cliniques.	Discuter avec les parties prenantes et les membres de la communauté des populations clés de l'endroit où un PN sera le plus efficace et obtenir un accord formel entre le programme, le gouvernement et l'établissement sur la manière dont le PN travaillera avec la clinique et les prestataires.
Il y a des problèmes avec une pair récemment diagnostiquée qui accepte un PN.	S'assurer qu'il est clair que la PN est une option de support mais n'est pas obligatoire. Il existe des moyens de rendre une PN plus acceptable, par exemple en fournissant des tests afin que la divulgation ne pose pas de problème, mais aussi d'expliquer ce que fait une PN pendant la sensibilisation et avant le test.

Exemple de plans d'action pays

Le Burkina Faso et la Gambie ont présenté leurs exemples de plans d'action pays.

Prochaines étapes – recommandations génériques de la réunion

Jean Paul Tchupo du projet EAWA a présenté les recommandations générales issues de la réunion.

1. Données et informations stratégiques - Définition et standardisation des paquets minimums de services pour les populations clés
 - Plus d'investissements dans des stratégies innovantes pour toucher les populations les plus difficiles à atteindre au niveau des points chauds non traditionnels (online outreach)
 - Amélioration de l'offre de services
 - o Diversification et intégration des services
 - o Standardisation des paquets de service
 - Information stratégique
 - o Amélioration de la qualité des données
 - o Utilisation des données pour la prise des décisions dans la mise en œuvre
 - o Mécanisme de surveillance flexibles pour capter les changements des populations (mutation de points chauds, changements de comportements)
2. Développement du partenariat, de l'appropriation et de la responsabilisation
 - Mobilisation de ressources domestiques, recherche de financements innovants (tels que les taxes...) et renforcement des partenariats public -privé
 - Apprentissage croisé (mentorat) entre organisations de populations clés
 - Opérationnalisation des plans d'action nationaux élaborés (en soutien des programmes nationaux existants), pendant la conférence
3. Discrimination et stigmatisation – environnement favorable
 - Compréhension des termes utilisés pour les populations clés, y compris les détenus et autres (Reference définitions OMS/ONUSIDA)
 - Définir un paquet de service dans les centres conviviaux (DICs) et Centre d'excellence (prévention, réponse aux violences basées sur le genre, environnement favorable (local et national))
 - Opérationnalisation de la Déclaration de Dakar au niveau national.
4. Développement des capacités & diffusion et mise à l'échelle des meilleures pratiques - Prestation différenciée des services et innovations
 - Offre de services et d'interventions spécifiques et complets pour les populations clés mineures, les personnes transgenres, les usagers de drogue et les usagers de drogues injectables (programmes de réduction de risques)
 - Développement des capacités des populations clés, en matière de leadership, de plaidoyer et de mobilisation des ressources
 - Passage à l'échelle et dissémination des meilleures pratiques (ex : en matière de test and start, décentralisation du test).

CLÔTURE

Souley Wade, Directeur du projet #EAWA a souligné le fait qu'au moment où cette conférence régionale prend fin, les délégués se sont tous engagés à poursuivre les échanges, y compris par l'intermédiaire du centre d'excellence des populations clés. L'un des objectifs de #EAWA était que chaque pays élabore son plan d'action qui soit le plus inclusif possible. Il a félicité. En conclusion, **le Professeur Vincent Pitche**, Coordinateur du SP/CNLS a rappelé que la réunion avait pour thème une action commune visant à renforcer la qualité et l'efficacité des programmes destinés aux populations clés. Il a souligné que nous



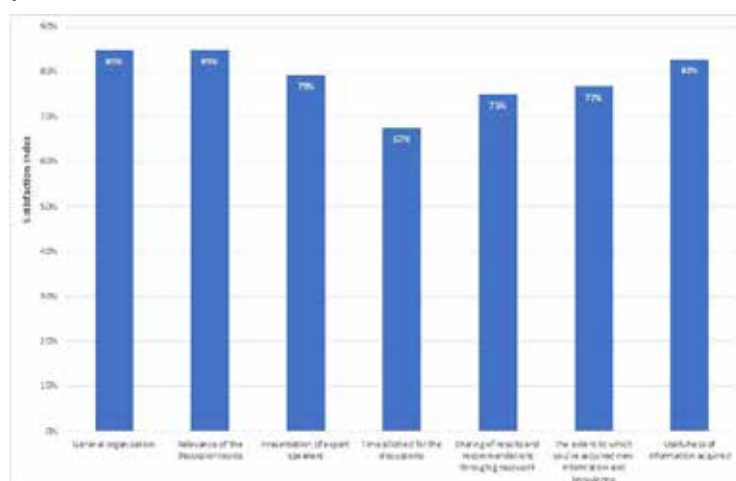
avons un certain nombre de bonnes pratiques et que le temps est venu d'abandonner les projets pilotes, mais de passer à l'échelle pour atteindre le maximum des populations clés. Il a félicité tous les collègues des différentes commissions impliquées dans la préparation de la conférence et a remercié tous les partenaires et les plus de 200 délégués et autres catégories de participants pour leur engagement actif et a souhaité un bon retour à tous. Une réunion avec certains partenaires (Enda Santé, EAWA, Groupe d'experts sur les populations clés d'Afrique, FHI360, GF, ONUSIDA, USAID, JHU, OMS Afro, OOAS, OMEA, RAMME, HP +, Heartland Alliance International, Care, CNLS Togo, etc.) a eu lieu pour discuter des questions liées à une plate-forme régionale pour les populations clés.

SYNTHÈSE DES ÉVALUATIONS

Le dernier jour de la conférence, 171 participants (soit 68% du nombre total des délégués) ont rempli le questionnaire d'évaluation.

Les participants ont été invités à évaluer les éléments suivants : l'organisation générale de l'atelier, la pertinence des points de discussions, la pertinence des orateurs, le temps alloué aux discussions, le partage des résultats et des recommandations à travers les travaux de groupes, l'acquisition de nouvelles informations/connaissances, et l'utilité des informations acquises.

Les participants ont signalé des niveaux de satisfaction élevés pour tous les éléments, comme illustré par le graphique ci-dessous :



Du point de vue des délégués, trois (3) principales catégories d'activités clés ont été identifiées comme devant être entreprises suite à cette conférence :

1. L'utilisation de stratégies nouvelles et innovantes pour atteindre et dépister les populations clés, telles que la sensibilisation via les réseaux sociaux, le dépistage communautaire, l'autotest, l'index testing et la navigation par les pairs (36%) ;
2. Prendre des mesures pour améliorer la planification et le suivi de la couverture des services à l'endroit des populations clés dans la cascade (12%). Les activités mentionnées incluent la micro-planification, la réalisation d'estimations de la taille des populations clés, la cartographie des points chauds, la définition d'un code d'identification unique et l'intégration d'indicateurs spécifiques aux PC dans le système national de suivi et d'évaluation ;
3. Restitution avec des collègues et d'autres parties prenantes nationales et la mise en œuvre du suivi des plans d'action des pays développés au cours de la conférence (11%).

Les aspects de la conférence les mieux appréciés par les participants étaient l'opportunité de réseautage et d'échange avec des participants d'autres pays (22%), le choix de sujets pertinents et d'actualité pour les présentations et les discussions de groupes (20%), ainsi que l'organisation générale et la logistique de la conférence (20%).

Plusieurs suggestions visant à améliorer la conférence ont été formulées concernant l'organisation de la rencontre (programme et dispositions) et le profil des participants. 51,5% des participants ont trouvé que le temps alloué aux présentations et aux discussions était court. Il a donc été recommandé d'organiser la conférence sur 3 jours au lieu de 2, tout en améliorant la gestion du temps. 19% des participants ont suggéré d'encourager les populations clés à participer davantage et à faire des présentations, et d'impliquer davantage d'autres parties prenantes sous-représentées à la conférence, telles que les travailleuses du sexe, les utilisateurs de drogues, les détenus, les personnes transgenres, les autorités religieuses et communautaires, ainsi que les représentants des ministères de la santé et de la justice. Bien que beaucoup aient apprécié la présence d'interprètes lors des séances plénières, 14% des participants recommandent de recruter des personnes avec une meilleure connaissance des sujets abordés, d'avoir des interprètes lors des travaux de groupe, et en portugais tout au long de la conférence.

Dans l'ensemble, la conférence a été un grand succès selon les participants, dont 88% l'auraient recommandée à d'autres.

Annexe 1 – Liste des Participants

Liste des participants (Délégués, Officiels, Personnel d'appui - Responsables stands, Secrétaire, etc.)

N°	NOMS	PAYS
1	Abalo Aklai	Togo
2	Abass Djobo	Togo
3	Abdou Gueye	Sénégal
4	Adadjisso Raymond	Togo
5	Adjakidje Senami Aurel	Bénin
6	Affognon Bertin	Bénin
7	Agbomadji Selom	Togo
8	Agbosu Afi Mabel	Benin
9	Agboyibor Mawuenyegan	Togo
10	Agossou Rodrigue	Bénin
11	Ahanhango G. Rhonel	Bénin
12	Ahmar Morgane	Maroc
13	Ahmed Jaggan Loum	Gambie
14	Akanji Michael	Nigéria
15	Ako Cyriaque Yapo	Libéria
16	Akoute Folly Aristide	Togo
17	Alfred Amoatwo	Ghana
18	Allaye Diallo	Mali
19	Alley Atsou Jean-Marie	Togo
20	Alou Dandaba, Batoma	Togo
21	Amalumilo Michael	Nigeria
22	Amani Franck	Togo
23	Amouh Tete	Burkina Faso
24	Amoussou Kegnide Oamien	Togo
26	Anani Yao Kuwornu	Togo

N°	NOMS	PAYS
27	Anato Simplicie	Togo
28	Angela E. Ahiabenu	Ghana
29	Awa Keita	Mali
30	Ayitou Akayao Albert Yvon	Togo
31	Azanledji-Ahadzi Justine	Togo
32	Aziaku Vanessa	Togo
33	Bai Cham	Gambie
34	Balade Safietou	Guinée
35	Balagou Nambima	Togo
36	Baliguini-Ndepete Annie	Centrafrique
37	Bankole Kamal-Deen	Bénin
38	Barral Stefan	USA
39	Barreto, Jorge Noel	Cap Vert
40	Basosila Junior	RDC
41	Batchassi Hodobel	Benin
42	Bato Bagnan	Togo
43	Bello Ibrahim	Nigeria
44	Bitchatou Valery	Togo
45	Bodea Luc	Ghana
46	Boka Raoul Marius	Côte d'Ivoire
47	Bonnie Franklin	Nigeria
48	Bonono Nyioto Leonard	Cameroun
49	Bore Djibril	Mali
50	Bou Tony	Togo
51	Boubacar Bocoum	Mali

N°	NOMS	PAYS
52	Camara Biomine Dady	Mali
53	Casimir Mingiedi Manzengo	RDC
54	Cheickh Tidiane Ndour	Sénégal
55	Cisse Hamed Ismael	Burkina Faso
56	Clint Trout	USA
57	Coulibaly Ibrahim	Suisse
58	Dagnra Anoumou	Togo
59	Daouda Diouf	Sénégal
60	Deena Patel	Sénégal
61	Dembele Soumaila	Mali
62	Deme Papa Adboulaye	Sénégal
63	Diadji Diouf	Sénégal
64	Diallo Sadio Sambala	Mali
65	Diawara Alama	Guinée
66	Diop Abdou Khoudia	Sénégal
67	Dismas Gashobotse	Burundi
68	Djalo, Mamadu Aliu	Guinée Bissau
69	Djarki Nadedjo Namga	Togo
70	DJE Bi Irie Justin	Caméroun
71	Djete Kouegnandan Antoine	Bénin
72	Djondo Massan	Togo
73	Djongon Prudence C.	Bénin
74	Dobehanzin Francis	Bénin
75	Dogbe-Semanou Yaokpè	Togo
76	Dokla Augustin	Togo
77	Domingos Egor Sanca	Guinée Bissau
78	Doukpo Maures	Bénin

N°	NOMS	PAYS
79	Drabo Djeneba	Burkina Faso
80	Ebenezer Kye-Mensah	Ghana
81	Ed Ngoksin	Suisse
82	Egbenou Koffi Georges	Togo
83	Ekong Theresa	Nigéria
84	Elhadji Yankhoba Dial	Sénégal
85	Emmanuel Essandoh	Ghana
86	Enemo Amaka	
87	Engel Marie	Sénégal
88	Eny Bertrand Avit	Côte d'Ivoire
89	Enyegue Belinga Jean Claude	Caméroun
90	Essiomle Edinedi	Togo
91	Esteve Mouhibatou	Togo
92	Fadiala M. Sidibe	Burkina Faso
93	Fagbemi Abdel Aziz	Bénin
94	Fassia Pamela	Bénin
95	Fatou Ndiaye	Sénégal
96	Fatou Niassé Traore	Sénégal
97	Felicia Price	Caméroun
98	Flore Armande Gangbo	Bénin
99	Fokam Pamella	Caméroun
100	Fouda Epse Onji'i Ghislaine	Caméroun
101	Franck Blitti	Togo
102	Frank Lule	Congo
103	Galjour Joshua	Suisse
104	Ganmou Euphrem	
105	Garcia Maria Quesada	Sénégal

N°	NOMS	PAYS
106	Gbenga Austen Oladapo	
108	Gbodjo Kodjo Ed	Togo
109	Gbotcho Yawo Ama	Togo
110	Gnamse Palamwé	Togo
111	Gnasse Atinedie	Togo
112	Godwin Emmanuel	Nigéria
113	Grunitzky Bekele Meskerem	Togo
114	Guiard Schmid	Burkina Faso
115	Guidigbi Hugues Serge Segla	Ghana
116	Guire Abdoulaye	Burkina Faso
117	Henry Nagai	Ghana
118	Hortense ME	Togo
119	Ibrahima KAHTARA	Guinée
120	Idrissa Elhabib	Mali
121	Idrissa Mossi Soumana	Niger
122	Ilana Lapidos-Salaiz	USA
123	Ilboudo Estelle	Burkina Faso
124	Imohier Ali	
125	Imorou Bah Chabi Ali	Benin
126	Jean Paul Tchupo	Togo
127	Jules Bashi Bagendabanga	Mali
128	Jullia Toomey Garbo	Libéria
129	Kaboré Simon	Burkina Faso
130	Kaditche Mezzah	Togo
131	Kakpo Nehemie	Bénin
132	Kamgne K. Jean	
133	Karimou Amadou Issa	Niger

N°	NOMS	PAYS
135	Kazongo Germaine	Burkina Faso
136	Keita Yacouba	Mali
137	Kob Same David	Cameroun
138	Koevi Noelie	Togo
139	Kofi Diaba	Ghana
140	Konate Issouf	Burkina Faso
141	Kouabosso Andre	Centrafrique
142	Kouakou Venance	Côte d'Ivoire
143	Kouame Alain Serge	RDC
144	Kouassi Ahou Joelle	Côte d'Ivoire
145	Kouassi Jules Venance	Côte d'Ivoire
146	Koussan IVES	Côte d'Ivoire
147	Kpakpo Gaetan	Bénin
148	Kra Yao Alain Claude	Côte d'Ivoire
149	Kugbe Yves	Togo
150	Kusiaku Komi	Togo
151	Kwateng-Addo Akua	Ghana
152	Kwaterg-Addo Akos	Ghana
153	Laercia Djamila de Carvalho	Guinée Bissau
154	Langueh dado M.	Togo
155	Lea Desgranges	Sénégal
156	Liestman Benjamin	Sénégal
157	Limazie Abalo Charles	Togo
158	Lopez Andrew	Cap Vert
159	Maboudou Akouavi Angèle	Togo
160	Maclinis Ron	USA
161	Madjadoum N. Saleh	Tchad

N°	NOMS	PAYS
162	Mahamadou Diorra	Mali
163	Mahamud Mohammed	Ghana
164	Mariama Aboubacar	Niger
165	Marie Benjamin	Sierra Léone
166	Massah Komivi	Togo
167	Massaquoi Samuel	Sierra Léone
168	M'ba Daakom	Togo
169	Mbaye, Babacar	Sénégal
170	Mensah Ephrem	Togo
171	Mensah Tele Honorine	Togo
172	Messan Damarly	Togo
173	Modibo Maiga	Ghana
174	Modou Mbye	Gambie
175	Mouala Christian	Togo
176	Nabil Alsoufi	Ghana
177	Naindouba Eric	Tchad
178	Nakpor A. Pierre	Togo
179	Nassara Valentin	Bénin
180	Ndi Martina Berinyuy	Bénin
181	NDO Abena Segolene Melissa	Cameroun
182	Nemande Tchatchoua Steave	Cameroun
183	Ngougo Nguemne Duplextine	Cameroun
184	Nguissali Turpin	Sénégal
185	Nicolau Almeida	Guinée Bissau
186	Nkurikiye Jean-Eric	Royaume Uni
187	Noumon Georges	Bénin

N°	NOMS	PAYS
188	Novon Eugène Kwami	Togo
189	Nyuma E. James	Sierra Léone
190	Nzelu Charles	Nigéria
191	Olivier Geoffroy	Côte d'Ivoire
192	Olusegun Odumosu	Nigéria
193	Ouessou Jeannot	Bénin
194	Ousmane Germain Camara	Guinée
195	Pa Ousman Bah	Guinée
196	Pamela Bernard-Sawyer	Libéria
197	Patrick Hazelton	USA
198	Paul Umoh	Nigéria
199	Pitche Vincent	Togo
200	Rose Nathalie	Suisse
201	Ross Reeves	Royaume Uni
202	Rwamuco Elvis	Burundi
203	Sanon Alice	Burkina Faso
204	Savadogo Yugbare Léa Ida	Burkina Faso
205	Schneider Georges	Togo
206	Seyni Moussa Ibrahim	Niger
207	Shimon Prohow	USA
208	Sidibe Cheick Hamala	Mali
209	Sidibe Moussa	Mali
210	Siliadin Koffi M.	Togo
211	Singo-Tokofai Assetina	Togo
212	Sodegla Pascal	Bénin
213	Sodji K. Dometo	Togo
214	Solle Therese	Cameroun
215	Some Jean Francois	Togo

N°	NOMS	PAYS
216	Souley Wade	Togo
217	Stephen Ayisi Addo	Ghana
218	SY, Fatou MBACKE	Sénégal
219	Tall Madani Moctar Saidou	Mali
220	Tchakounang Kouayep Achille	Cameroun
221	Tchalla Jules	Togo
222	Tchamie Batouani Behezah S.	Mali
223	Tchangai Mawaba	Togo
224	Tcha-Tagba Saibou	Togo
225	Tchatchoua Gilbert	Cameroun
226	Tefridj Sheima	Togo
227	Tiffany Lillie	USA
228	Tolu Alamu	Nigéria
229	Traore Alassane	Mali
230	Traore Anta-Mariam	Côte d'Ivoire
231	Traore Mahamadou	Mali
232	Traore Ndeye Tille	Mali
233	Tsatsa Yao	Togo
234	Turpin, Gnilane	USA
235	Virginia Macdonald	Suisse
236	Wadja Kouyole	Togo
237	Wita Abla Akpéné	Togo
238	Yapo Kimou Pacome Eric	Côte d'Ivoire
239	Yawa BOTOKRO	Togo
240	Yawo Ama	Togo
241	Yina Gwatiena	Togo

N°	NOMS	PAYS
242	Yousouf Koita	Guinée Bissau
243	Yousouf Sawadogo	Suisse
244	Yussif Ahmed Abdul Rahman	Ghana
245	Zacheaus Zeh Akiy	Cameroun
246	Zambou Benjamain	Cameroun
247	Zan Judith Yolande	Côte d'Ivoire
248	Zefack Jose Paulette	Cameroun
249	Zoungrana Zakaria	Burkina Faso

Annexe 2 – Agenda

Heure	Activité	Présentateur	Modérateur
Jour 0 – 27 Novembre 2018			
17.00 – 19.00	Arrivée et inscription des participants		
17.00 – 19.00	Réunion de l'équipe organisatrice (comité de pilotage et modérateurs)		
Jour 1 – 28 Novembre 2018			
7.30 – 8.15	Inscription des participants (suite)		Yawa Botokro
8.15 – 8.30	Aperçu de la réunion - Accueil par les organisateurs de la réunion - Objectifs, attentes, agenda et évaluations - Équipes des pays et plans d'action - Informations logistiques et de sécurité	Souley Wade (FHI360)	Vincent Pitche (CNLS-Togo)
8.30 – 11.00	Camper le décor	Amouh Tete (OOAS) / Hugues Guidigbi (USAID) / Marie Engel (ONUSIDA)	Meskerem Grunitzky Bekele & Joshua Galjour (GF)
8.30 – 8.40	Réunion sur la Déclaration de Dakar (26-27 novembre à Lomé : Points phares et Synergies avec la présente édition) de la réunion régionale des populations clés (PC)		
8.40 – 8.50	Principales conclusions et enseignements tirés des évaluations récentes : - Analyse des Plans stratégiques nationaux (PSN) : examen des PSN du point de vue des programmes pour les populations clés	Frank Lule, (OMS)	
8.50 – 9.00	- Évaluation pour passage à l'échelle des programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains dans le contexte du VIH – leçons apprises et opportunités	Ed Ngoksin (FM)	
9.00 – 9.10	Centre d'excellence pour populations clés en Afrique de l'Ouest et Centrale (AOC)	JP Tchupo & Gnilane Turpin (#EAWA)	

Heure	Activité	Présentateur	Modérateur
9.10 – 10.00	Questions - Réponses et discussions		
10.00 – 10.15	Pause café		
10.15 – 12.00	Session 1 : Informations stratégiques pour mise à l'échelle des programmes		
10.15 – 10.25	Suivi de la couverture des services aux populations clés à travers les cascades: le cas du Cameroun	Duplextine Nguemne (Camnafaw)	Claude Kra (AGCS) & Shimon Prohow (USAID)
10.25 – 10.35	Utilisation de la micro-planification pour développer le programme des PC en AOC : le cas du Togo	Yina Gwatiena (#EAWA)/ Sodji Dometo (FAMME)	
10.35 – 11.15	Questions - Réponses et Discussions		
11.15 – 12.00	Les délégations des pays intègrent les acquis / Leçons apprises de la session 1 dans les plans d'action	Equipes pays	
12.00 – 13.00	Déjeuner, Visites des stands et Réseautage		
12:30-13:00	Market place		
13:00-14:30	Session 2 : Prévention et tests innovants		
13.00 – 13.10	PrEP	Tolu Alamu (Heartland Alliance Intl, Nig)	Henry Nagai (JSI) & Hugues Guidigbi (USAID – WCA)
13.10 – 13.20	Autotest du VIH	Dismas Gashobotse (FHI360/ LINKAGES)	
13.20 – 13.30	Test d'index (réseau de notification des partenaires / réseau de référence des risques) et innovation dans le test des mobilisateurs pour augmenter la recherche des cas	Ghislaine Fouda (Care)	
13.30 – 14.15	Questions - Réponses et Discussions		
14.15 – 14.45	Les délégations des pays intègrent les acquis / Leçons apprises de la session 2 dans les plans d'action	Equipes pays	

Heure	Activité	Présentateur	Modérateur
14:45-15:45	Travaux de groupes (pour sessions 1 et 2 combinées). Constitution des groupes en tenant compte des pays de provenance des participants.		
	Atteindre les PC les plus difficile à toucher: Sessions 1 et 2		
	Améliorer l'efficacité des programmes: comment mieux utiliser les estimations de la taille de la population des PC et les données sur le risque, la prévalence et l'incidence du VIH pour développer des programmes complets pour les PC?	Gnilane Turpin Nunez (JHU)	Christian Mouala (ONUSIDA Togo & Clint Trout (HAI) (Note: Les Participants peuvent chacun choisir une session . Les équipes pays peuvent se subdiviser en 2 groupes ou plus pour assister à un maximum de sessions)
	Améliorer les systèmes de surveillance: comment suivre les PC afin d'améliorer le suivi, réduire les doublons et améliorer les prestations de services	Ibrahima Coulibally (GF)	
	Piloter et fournir la PrEP : comment procéder ?	Richard Agboyibor/ Ephrem Mensah (EVT)	
	Services pilotes pour les populations disposant d'informations stratégiques limitées – transgenres et prisonniers: Comment faire ?	Paul Umoh (HAI) & Marie Benjamin (SWAASL)	
	Faire des cliniques et centres communautaires des espaces conviviaux pour les adolescents et jeunes PC: comment procéder?		
Yawo Ama (ONG petite soeur à soeur)/ Noélie KOEVI (Plateforme OSC/VIH)			
Faire du centre d'excellence des PC une plate-forme pouvant impacter sur d'autres investissements dans les activités des PC en AOC: Comment faire?	Souley Wade & Daouda Diouf (#EAWA)		
15:45-16:00	Pause- café & Visite des stands		
16:00-17:00	Développement des plans d'action par pays à partir des travaux de groupes des sessions 1 et 2 (les plans d'action par pays seront présentés sous la forme de plans complets à la fin de la journée 2)		

Heure	Activité	Présentateur	Modérateur
17.00 – 17.40	Cérémonie d'ouverture officielle - Allocution de bienvenue du représentant des PC - Discours du Directeur Régional de de ONUSIDA pour l'AOC - Discours du représentant du FM - Discours de l'Ambassadeur des États-Unis au Togo - Discours du Ministre de la Santé du Togo		Vincent Pitche (CNLS)
17.40 – 18.00	Photo de groupe		
18.00 – 19.00 pm	Réception / Cocktail		
Jour 2 – 29 Novembre 2018			
8.10 – 8.20	Bilan de la première journée des travaux et programme du jour 2	Singo Assetina	
8.20 – 10.00	Session 3 : Environnement favorable - Présentation et discussions en panel		
8.20 – 8.30	Intégration des programmes de défense des droits humains dans le cadre des programmes complets des PC (réduction de stigma et discrimination, initiation aux droits humains, prévention de la violence et réparation, accès à la justice)	Modibo Maiga (HP+)	Olesegun (AMSHER) & Ahadzi Justine (Min Justice)
8.30 – 8.40	Promouvoir l'accès des populations clés aux services grâce à une approche intégrée de la prévention du VIH et des droits humains - l'expérience de ALCO et de ses 5 pays membres	Abdel-Aziz Fagbemi (OCAL)	
8.40 – 8.50	Rôle et besoins en ressources des réseaux dans l'offre d'un soutien technique aux organisations communautaires	Jean-Eric Nkurikiye (AMSHER)	
8.50 – 9.30	Questions - Réponses et Discussions		
9.30 - 10.00	Les délégations des pays intègrent les acquis / Leçons apprises de la session 3 dans les plans d'action	Equipes pays	
9.45 – 10.00	Pause-café		

Heure	Activité	Présentateur	Modérateur
10.00 – 11.50	Session 4 : Modèles de prestation de service différenciés		
10.00 – 10.15	Prévention: influence des TIC / médias sociaux	Jules Bashi Bagendabanga (FHI 360 LINKAGES/Mali)	
10.15 – 10.25	Tests et TAR : fourniture de services différenciés de dépistage et d'ARV aux populations clés: opportunités et goulots d'étranglement pour le déploiement dans les pays de l'AOC	Casimir Manzengo Mingiedi, OMS	Dagnra Claver (PNLS)
10.25 – 10.35	Arrimage aux services: approches de gestion de cas - leçons apprises sur le soutien à apporter aux PC vivant avec le VIH pour qu'elles se re-engagent dans la cascade de soins	Tiffany Lillie (FHI360/ LINKAGES)	& Stefan Barral (JHU)
10.35 – 11.25	Questions - Réponses et Discussions		
11.25 - 12.00	Les délégations des pays intègrent les acquis / Leçons apprises de la session 4 dans les plans d'action	Equipes pays	
	Travaux de groupes (pour session 4). Constitution des groupes en tenant compte des pays de provenance des participants.		
	Travaux de groupe session 4		
12.00 – 13.00	Mise en œuvre des évaluations de la capacité organisationnelle et des plans de renforcement des capacités	Venance Kouakou- (HAI)	
	Programme pilote de TIC / médias sociaux pour augmenter la demande de services	Jules Bashi Bagendabanga (FHI360/ Mali)	Soumeya Rahli (Expertise France)
	Mise en œuvre d'un programme à base communautaire de services de test, conseils et d'ARV	Raoul Marius Boka (ITPC)	&
	Boîte à outils (toolkit) de fourniture différenciée d'ARV aux populations clés	Virginia Macdonald, (OMS)	Youssef Sawadogo (GF)
	Mise en œuvre d'un programme de Navigation par les Pairs	Tiffany Lillie & Dismas Gashobotse (FHI360/ LINKAGES)	

Heure	Activité	Présentateur	Modérateur
13.00 -14.00	Déjeuner, visites des stands et réseautage		
14.00 - 15.00	Travaux de groupe : Développement des plans d'action pays et prochaines étapes pour les programme de PC au niveau des pays		Marie Engel (UNAIDS) & Jean Paul Tchupo (#EAWA)
15.00 – 16.30	Partage d'exemples de plans d'action et prochaines étapes	Rapporteurs Equipes pays	
16:30—17:30	Cérémonie de clôture et évaluation		Vincent Pitche
17.45—18:45	Réunion de la plate-forme régionale pour discuter des programmes en direction des PC et comment suivre la mise en œuvre du plan d'action des pays (FHI360, FM, ONUSIDA, USAID, Initiative 5%, JHU, OMS Afro, OOAS, OCAL, ITPC, HP+, Heartland Alliance Int, Care, CNLS & PNLs)		#EAWA (ENDA Sante & FHI360)/ ONUSIDA/ USAID



#EAWA

Quartier Kodomé, en face de l'Ambassade du Ghana

Rue Paulin Eklou Tokoin Ouest , Lomé-TOGO

www.fhi360.org - fhi360 Facebook