



**STRATÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SADC POUR LA PRÉVENTION,  
LE TRAITEMENT ET LES SOINS  
DU VIH / SIDA AINSI QUE POUR LA  
SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS  
ET REPRODUCTIFS EN FAVEUR DES  
POPULATIONS CLÉS**

Secrétariat de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC)  
Plot 54385 CBD Square  
Private / Bag 0095  
Gaborone, Botswana  
Tél.: +267 395 1863  
Email : [prinfo@sadc.int](mailto:prinfo@sadc.int)  
Site web: [www.sadc.int](http://www.sadc.int)

©SADC, 2018

ISBN: 978-99968-435-2-5

Les informations contenues dans la présente publication peuvent être reproduites, utilisées et partagées en reconnaissant pleinement le rédacteur, à savoir la SADC.

Citation : « Stratégie régionale de la SADC pour la prévention, le traitement et les soins du VIH / sida ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs en faveur des populations clés »

À propos de la SADC

La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) est une organisation fondée et maintenue par des pays d'Afrique australe dont le but est de renforcer la coopération en matière socioéconomique, politique et sécuritaire entre ses États membres et de favoriser l'intégration régionale afin de réaliser la paix, la stabilité et la prospérité. Les États membres de la SADC sont les suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, République démocratique du Congo, Union des Comores, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Seychelles, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

Conception : Ian Mungall.



**STRATÉGIE RÉGIONALE DE LA SADC POUR LA  
PRÉVENTION, LE TRAITEMENT ET LES SOINS  
DU VIH / SIDA AINSI QUE POUR LA SANTÉ ET  
LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS EN  
FAVEUR DES POPULATIONS CLÉS**

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>Avant-propos</b>	<b>4</b>
<b>Acronymes et abréviations</b>	<b>5</b>
<b>Glossaire des termes</b>	<b>6</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>8</b>
<b>2. Contexte</b>	<b>10</b>
<b>3. Processus d'élaboration de la stratégie</b>	<b>12</b>
<b>4. Principes directeurs</b>	<b>14</b>
<b>5. Entraves auxquels les populations clés font face</b>	<b>16</b>
<b>6. Raison d'être de la stratégie</b>	<b>21</b>
<b>7. Interventions à mener au titre du programme en faveur des populations clés</b>	<b>23</b>
<b>8. But, réalisations et résultats clés</b>	<b>25</b>
<b>9. Produits, stratégies et indicateurs</b>	<b>27</b>
<b>10. Modalités de mise en œuvre</b>	<b>30</b>
<b>11. Suivi et évaluation</b>	<b>32</b>
<b>Annexe A : Modèle de données nationales sur la prévalence du VIH</b>	<b>33</b>

# REMERCIEMENTS

---

Le Secrétariat de la SADC souhaite exprimer sa sincère gratitude à toutes les parties prenantes qui ont fourni une orientation stratégique et des contributions précieuses à l'élaboration de la « Stratégie régionale de la SADC pour la prévention, le traitement et les soins du VIH / sida ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs en faveur des populations clés », y compris les partenaires de développement, les Agences de l'ONU, la société civile et les organisations régionales des populations clés et des jeunes populations clés.

Plus précisément, le Secrétariat souhaite remercier les experts de tous les États membres représentant les ministères chargés de la Santé et du VIH / sida et les autorités nationales de lutte contre le sida qui ont examiné et enrichi le document au cours de différents forums consultatifs.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'appui financier et technique du PNUD, du FNUAP et de l'ONUSIDA par l'intermédiaire de leurs bureaux régionaux pour l'Afrique orientale et australe.

L'engagement des experts suivants, qui ont coordonné l'ensemble du processus d'élaboration de la stratégie, a également été vivement apprécié : Alphonse M. Mulumba (Secrétariat de la SADC), Mesfin Getahun et Senelisiwe Ntshangase (PNUD), Innocent Modisaotsile (UNFPA), Malviya Alankar (ONUSIDA).

# AVANT-PROPOS

---

La « Stratégie régionale de la SADC pour la prévention, le traitement et les soins du VIH / sida ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs en faveur des populations clés » est le fruit d'une série de processus participatifs et interactifs impliquant les membres des populations clés, les pouvoirs publics, la société civile et les partenaires de développement. Il a été approuvé, en novembre 2017, par les ministres de la santé et ceux chargés de la lutte contre le VIH et le sida de la SADC. La stratégie est conforme au Plan stratégique indicatif de développement régional (RISDP)révisé de la SADC, qui fournit au Secrétariat et aux autres institutions de la SADC une vision claire des politiques et priorités économiques et sociales approuvées par la SADC.

Les interventions sur le VIH et le sida restent l'un des domaines prioritaires du RISDP révisé et son objectif général est de réduire le nombre de personnes et de familles infectées et affectées par le VIH et le sida dans la région de la SADC, afin que ces fléaux ne constituent plus une menace à la santé publique et au développement socio-économique des États membres.

En 2015, la communauté internationale est passée des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux objectifs de développement durable (ODD), qui soulignent en particulier la nécessité de « ne laisser personne pour compte », y compris les populations clés, si l'on veut que la communauté mondiale réalise son développement durable. Parmi eux figure l'ODD 3, qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

À l'échelle mondiale et dans la région de la SADC, alors que le nombre de nouvelles infections continue à diminuer, le taux de réduction a diminué depuis 2010 et, dans certains cas, nous avons assisté à une augmentation du nombre de nouvelles infections, faisant craindre un rebond de l'épidémie. La Déclaration politique de haut niveau de 2016 a fixé un objectif ambitieux en matière de prévention du VIH. On s'attend à ce que les pays réduisent leurs nouvelles infections chez les adultes de 75% d'ici 2020, sur la base des niveaux enregistrés en 2010. Compte tenu de la diminution des ressources consacrées à la prévention du VIH depuis 2010, il est nécessaire d'accroître considérablement nos investissements dans la prévention si la région de la SADC doit contribuer à mettre fin au sida à l'horizon 2030. Un effort extraordinaire supplémentaire sera nécessaire si les pays de la SADC doivent atteindre l'objectif de prévention visé pour 2020 et mettre fin au sida d'ici à 2030.

C'est dans ce contexte que le Secrétariat de la SADC, en collaboration avec les États membres, les agences des Nations Unies et d'autres parties prenantes régionales, a élaboré la « Stratégie régionale de la SADC pour la prévention, le traitement et les soins du VIH / sida ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs en faveur des populations clés ».

La stratégie régionale devrait guider les États Membres dans la conception et la mise en application de programmes appropriés de prévention, de traitement et de prise en charge de la SSR et du VIH destinés aux populations clés, en mettant l'accent sur les enjeux principaux à aborder aux niveaux politique, juridique, institutionnel et des établissements de santé.

## **La Secrétaire exécutive de la SADC**

# ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

---

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
Cadre catalytique	Cadre catalytique pour mettre fin au sida, la tuberculose et éliminer le Paludisme en Afrique à l'horizon 2030
CAE	Communauté de l'Afrique de l'Est
CDI	Consommateurs de drogues par injection
CNLS	Conseil national de lutte contre le sida
EM	État membre
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH / SIDA
PCD	Personnes qui consomment des drogues
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TB	Tuberculose
TSO	Traitement de substitution aux opioïdes
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# GLOSSAIRE DES TERMES

---

**Adolescents** : Personnes âgées de 10 à 19 ans. Les adolescents ne forment pas un groupe homogène. La maturation physique et émotionnelle vient avec l'âge, mais ses progrès varient d'un individu à l'autre.<sup>1</sup>

**Violence sexiste** : Violence dirigée contre une personne en raison de son sexe ou touchant de manière disproportionnée les femmes. Le terme inclut les actes qui causent des souffrances physiques, mentales ou sexuelles, des menaces de tels actes, la contrainte et d'autres privations de liberté.<sup>2</sup>

**Soins de santé** : Services fournis à des particuliers ou à des communautés par des prestataires de services de santé dans le but de promouvoir, maintenir, surveiller, rétablir la santé et prévenir les maladies. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé a de nombreuses dimensions (anatomique, physiologique et mentale) et est en grande partie définie par la culture.

**Droits humains** : Droits inhérents à tous les êtres humains, sans distinction de race, de sexe, de nationalité, d'ethnie, de langue, de religion ou de tout autre statut. Les droits humains comprennent les droits civils, politiques, sociaux et économiques. Ceux-ci incluent, par exemple, le droit à la vie et à la liberté, le droit de ne pas être soumis à l'esclavage ou à la torture, la liberté d'opinion et d'expression, le droit au travail et à l'éducation, etc. Toute personne a droit à ces droits, sans discrimination aucune.

**Populations clés** : Groupes 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. Ils font également souvent face à des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité au VIH. Aux fins de la présente stratégie, les populations clés incluent : 1) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2) les personnes incarcérées, 3) les consommateurs de drogue, 4) les travailleurs de sexe et 5) les transgenres. Les jeunes populations clés qui sont de plus en plus vulnérables au VIH et qui ont des besoins sexuels et reproductifs spécifiques font également partie de cette catégorie. Les populations clés sont importantes dans le cadre de la dynamique de la transmission du VIH. Elles sont également des partenaires essentiels pour une réponse efficace à l'épidémie.<sup>3</sup>

**État membre** : Un État membre est défini dans le traité de la Communauté de développement de l'Afrique australe en tant que membre de la Communauté de développement de l'Afrique australe.

**Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)** : Tous les hommes ayant des relations sexuelles et / ou amoureuses avec d'autres hommes. Les mots « hommes » et « rapport sexuel » sont interprétés différemment selon les cultures et les sociétés et selon les individus. Par conséquent, le terme englobe la grande variété de situations et de contextes dans lesquels se déroule le rapport sexuel entre hommes, quelles que soient les motivations multiples pour avoir des relations sexuelles, les identités sexuelles et de genre autodéterminées et les identifications diverses auprès d'une communauté ou un groupe social particulier.<sup>4</sup>

**Consommateurs de drogues par injection (CDI)** : Personnes qui s'injectent des substances psychotropes (ou psychoactives) à des fins non médicales. Ces médicaments comprennent, mais sans s'y limiter, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les hypno-sédatifs et les hallucinogènes. L'injection peut s'effectuer par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou par d'autres voies injectables. Les personnes qui s'auto-injectent des médicaments à des fins médicales - appelée « injection thérapeutique » - ne sont pas incluses dans cette définition. La définition n'inclut pas non plus les personnes qui s'injectent elles-mêmes des substances non psychotropes, telles que des stéroïdes ou d'autres hormones, pour modeler leur corps ou améliorer ses performances sportives.

1 Cette définition a été adaptée de l'OMS. Lignes directrices unifiées pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH en faveur des populations clés (juillet 2014).

2 CEDEF, Recommandation générale n° 19 (1992), alinéa 6.

3 Cette définition a été adaptée de l'OMS. Lignes directrices unifiées pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH en faveur des populations clés, ci-dessus n° 1.

4 Idem

La présente stratégie vise toutes les personnes qui utilisent des drogues, mais reconnaît que les consommateurs de drogues par injection sont plus vulnérables au VIH en raison du partage de matériel d'injection contaminé avec du sang.<sup>5</sup>

**Personnes qui consomment des drogues (PCD) :** Personnes qui consomment des substances psychotropes illégales par n'importe quel mode d'administration, notamment par injection, par voie orale, par inhalation, par voie transmuqueuse (sublinguale, rectale, intranasale) ou par voie transdermique. Cette définition n'inclut pas l'utilisation de substances aussi largement utilisées que les boissons et les aliments alcoolisés et contenant de la caféine.<sup>6</sup>

**Travailleurs(es) de sexe :** adultes femmes, hommes et transgenres (âgés de 18 ans et plus) qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels. Le travail de sexe est un rapport sexuel consensuel entre adultes qui peut prendre de nombreuses formes et varie au sein des et entre pays et communautés. Le travail de sexe varie également dans la mesure où il est plus ou moins « formel » ou organisé. Selon la définition fournie dans la Convention relative aux droits de l'enfant, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui échangent des relations sexuelles contre de l'argent, des biens ou des faveurs sont « exploités sexuellement » et ne sont pas définis comme des travailleurs de sexe.<sup>7</sup>

**Santé sexuelle et reproductive :** Un état de complet bien-être physique, mental et social dans tous les domaines liés au système de reproduction et à la sexualité, qui ne consiste pas simplement en l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. Pour que la santé sexuelle et reproductive soit atteinte et maintenue, les droits de toutes les personnes en matière de santé sexuelle et reproductive doivent être respectés, protégés et réalisés. La santé sexuelle et reproductive requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sans danger, exemptes de contrainte, de discrimination et de violence.<sup>8</sup>

**Transgenre :** Les personnes transgenres ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées au sexe qui leur est attribué à la naissance. Le terme inclut les personnes transsexuelles, transgenres ou non-conformes à leur sexe. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme un transgenre, une femme, un homme, une femme transsexuelle ou un homme transsexuel, ou comme l'une des nombreuses autres identités transgenres. Elles peuvent exprimer leurs genres de diverses manières, masculines, féminines et / ou androgynes.<sup>9</sup>

**Populations vulnérables :** Groupes de personnes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH dans certaines situations ou contextes, tels que les adolescents (en particulier les adolescentes en Afrique subsaharienne), les orphelins, les enfants en situation de rue, les personnes vivant avec un handicap et les travailleurs migrants et mobiles. Ces populations ne sont pas affectées par le VIH de manière uniforme dans tous les pays et par toutes les épidémies. La présente stratégie ne vise pas spécifiquement les populations vulnérables, mais elle prend en compte les vulnérabilités spécifiques des jeunes populations clés.<sup>10</sup>

**Jeunes populations clés :** Ce terme désigne les individus âgés de 15 à 24 ans 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. Ils font également face à des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité au VIH. Aux fins de la présente stratégie, les populations clés comprennent : 1) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2) les personnes incarcérées, 3) les consommateurs de drogue, 4) les travailleurs de sexe et 5) les transgenres.<sup>11</sup>

**Jeunes :** Ce terme désigne les personnes âgées de 15 à 24 ans. Les jeunes ne forment pas un groupe homogène. La maturation physique et émotionnelle vient avec l'âge, mais ses progrès varient d'un individu à l'autre.<sup>12</sup>

---

5 Idem

6 Idem

7 Idem

8 Adapté de l'OMS et al. La santé sexuelle et ses liens avec la santé reproductive : une approche opérationnelle (2017).

9 Idem

10 Idem

11 Idem

12 Idem

# 1. INTRODUCTION

---

Depuis le tournant du siècle, l'Afrique a réalisé des progrès considérables dans la lutte contre le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la pandémie du Syndrome d'immunodéficience acquise (sida). De 2010 à 2016, les nouvelles infections à VIH et la mortalité liée au sida chez tous les âges en Afrique de l'Est et australe ont chuté de 29% et 42%, respectivement.<sup>13</sup> L'Afrique australe, la région la plus touchée par le VIH, affiche des progrès similaires à ceux du reste du continent. Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida (ONUSIDA), le nombre de nouvelles infections à VIH en Afrique australe a diminué de 32%, passant de 1,4 million en 2001 à 950 000 en 2011.<sup>14</sup>

L'un des éléments clés de ce succès a été la prise en compte par des organismes mondiaux, continentaux et régionaux de la lutte contre le VIH et la mise en place de stratégies permettant aux pays d'atteindre cet objectif. L'objectif 6 du Millénaire pour le développement des Nations Unies (ONU) cherchait à enrayer et à inverser la propagation du VIH d'ici 2015. L'ONUSIDA a mis en place, de 2011 à 2015, une stratégie intitulée « Objectif zéro » visant à mettre fin aux nouvelles infections, aux décès liés au sida et à la discrimination. Au niveau continental, en 2013, l'Union africaine a réaffirmé l'engagement des pays en faveur de l'élimination du VIH et a notamment reconnu la nécessité de renforcer les protections fondées sur les droits des populations clés et de les associer de manière significative à la riposte au VIH.<sup>15</sup> La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a publié un Cadre stratégique pour la période 2010-2015 visant à réduire le nombre de personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH au sein des États membres.<sup>16</sup>

En 2015, la communauté internationale est passée des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable (ODD), qui soulignent spécifiquement la nécessité de ne laisser personne pour compte, y compris les populations clés, si l'on veut que la communauté mondiale réalise un développement durable. Parmi ces objectifs figure l'ODD 3, qui vise à assurer des vies saines et à promouvoir le bien-être de tous et de tous les âges. En outre, un certain nombre d'autres objectifs de développement durable contribuent également à réaliser l'égalité et l'équité. L'ODD 1 cherche par exemple à éliminer la pauvreté en ciblant les plus vulnérables et en améliorant l'accès aux ressources et aux services de base, entre autres. L'ONUSIDA s'est fixé des objectifs ambitieux dans le cadre de sa stratégie accélérée pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Il vise à faire connaître à 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH leur statut sérologique à l'égard du VIH d'ici 2020 et à 95% d'ici 2030 ; 90% de toutes les personnes séropositives ayant reçu un traitement antirétroviral d'ici 2020 et 95% d'ici 2030 ; et 90% de toutes les personnes sous traitement antirétroviral ont une suppression virale d'ici 2020 et 95% d'ici 2030.<sup>17</sup> Il vise en outre à mettre fin à la discrimination d'ici à 2020. L'ONUSIDA a défini cinq piliers et 10 points d'action permettant d'atteindre ces objectifs.<sup>18</sup> En outre, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur le VIH et le sida affirmant son engagement à mettre fin au sida d'ici 2030.<sup>19</sup> Certains pays se sont engagés à atteindre des objectifs nationaux de prévention du VIH dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration politique sur le VIH et le sida lors d'une réunion d'experts tenue en 2017 à Victoria Falls, au Zimbabwe. L'Union africaine s'est engagée, entre autres, à accélérer les efforts visant à contrôler et à mettre fin au sida en Afrique d'ici 2030 dans le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030 (Cadre catalytique). La Déclaration du Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur l'élimination du VIH / sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique d'ici 2030, entre autres, s'est engagée à impliquer

13 Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida (ONUSIDA). Fiche d'information (juillet 2017), disponible à l'adresse [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf) (dernière visite le 26 septembre 2017).

14 ONUSIDA. Objectif zéro : Le VIH en Afrique de l'Est et australe (2013) 10

15 Déclaration du Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH / sida, la tuberculose et le paludisme « Engagements d'Abuja pour l'élimination du VIH et du sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique à l'horizon 2030 » (juillet 2013).

16 Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC). Cadre stratégique pour le VIH et le sida 2010-2015.

17 ONUSIDA. Accélérer: mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 (2014).

18 Rapport de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention contre le VIH, 2016 (2016) ; Stratégie de l'ONUSIDA pour mettre fin au sida 2016-2021 (2015).

19 Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : Accélérer la lutte contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030, A / 70 / L.52 (7 juin 2016).

de manière significative les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés en tant que partenaires pour garantir la responsabilité et l'efficacité de la riposte nationale au sida. La SADC a récemment publié la stratégie 2016-2020 d'intégration des programmes de paludisme, VIH, tuberculose, santé sexuelle et reproductive, qui identifie l'accès limité à tous les services en faveur des populations clés comme une lacune stratégique et fait de cet accès une intervention prioritaire pour les États membres de la SADC.<sup>20</sup> L'objectif général de la stratégie d'intégration des programmes de lutte contre le VIH, la SSR, la tuberculose et le paludisme 2016-2020 de la SADC est de créer un environnement favorable au Secrétariat de la SADC afin de faciliter et de coordonner la mise en œuvre de programmes et la prestation de services intégrés entre les États membres de la SADC, en vue d'accélérer la prestation efficace de services de santé et de services sociaux connexes complets et de qualité, sans distinction d'âge, d'orientation sexuelle, d'état matrimonial et de sexe.

---

<sup>20</sup> SADC. Stratégie 2016-2020 pour les programmes d'intégration du VIH / TB / SSR / Paludisme (2017).

## 2. CONTEXTE :

---

Malgré les progrès accomplis et les engagements pris aux niveaux mondial, continental et régional en matière de lutte contre le VIH, la riposte au VIH en Afrique australe fait toujours face à des défis importants qui limitent les progrès. L'un des principaux obstacles à la réalisation des objectifs internationaux et régionaux est la persistance des taux élevés de prévalence du VIH et de vulnérabilité au VIH parmi certaines populations, notamment les travailleurs de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes qui consomment des drogues (PCD), les personnes transgenres et les personnes incarcérées.<sup>21</sup> Ces groupes sont souvent désignés comme des populations clés en raison du fait qu'ils subissent un impact accru du VIH et un accès réduit aux services, en partie à cause de leur marginalisation et / ou de leur criminalisation.<sup>22</sup>

La prévalence du VIH parmi les populations clés en Afrique australe est systématiquement et considérablement supérieure à celle de la population générale de la région. Par exemple, l'ONUSIDA a estimé que près d'une personne sur huit des nouvelles infections à VIH dans la région de l'Afrique de l'Est et australe concernait des travailleurs de sexe, des HSH et des PCD.<sup>23</sup> Des données par pays récentes montrent que la prévalence du VIH parmi les travailleurs de sexe au Lesotho et au Swaziland était d'environ 70%; au Botswana, en Afrique du Sud, au Zimbabwe et en Zambie, près de 60%; en Tanzanie, environ 30%; au Malawi, environ 25%; à Maurice à près de 15%; et aux Seychelles, moins de 5%.<sup>24</sup> En ce qui concerne les HSH, les données de prévalence du VIH indiquent une prévalence supérieure à 30% au Lesotho; 27% en Afrique du Sud, moins de 20% en Tanzanie, à Maurice et au Malawi; environ 15% au Botswana, aux Seychelles, au Swaziland et à Madagascar.<sup>25</sup> Les données sur la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues par injection dans les pays de la SADC sont minimes. Cependant, en Tanzanie, à Maurice et aux Seychelles, la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables est d'environ 16%, 44% et 4% respectivement.<sup>26</sup> La prévalence du VIH parmi les personnes âgées de moins de 25 ans vivant avec le VIH est également élevée dans ces pays, ce qui indique que les personnes sont infectées par le VIH à un jeune âge. Par exemple, en Tanzanie, la prévalence du VIH parmi les personnes âgées de moins de 25 ans était de 12,3%.<sup>27</sup>

Les données sur la prévalence du VIH parmi les personnes incarcérées montrent également des taux plus élevés que ceux de la population en général. Au Lesotho, une enquête nationale sur la séroprévalence du VIH réalisée en 2011 par les services correctionnels du Lesotho auprès des détenus, estimait la prévalence du VIH chez les détenus à 31,4%.<sup>28</sup> Au Swaziland, la prévalence du VIH parmi les prisonniers est de près de 35%; environ 28% en Zambie et au Zimbabwe; près de 25% au Mozambique; près de 20% au Malawi; plus de 11% à Maurice; près de 7% en Tanzanie et plus de 4% aux Seychelles.<sup>29</sup> Une étude récente sur les taux de prévalence du VIH et de la tuberculose en Afrique australe a révélé une prévalence du VIH allant de 7,2% à 34,9% et des taux de tuberculose allant de 3,6% à 7,6%.<sup>30</sup>

Les informations sur la prévalence du VIH parmi les personnes transgenres sont pratiquement inexistantes dans la SADC. De même, les données spécifiques sur la prévalence du VIH parmi les jeunes populations clés sont rares. Cependant, en Afrique subsaharienne, le sida est la principale cause

---

21 Idem

22 Voir Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Fiche d'information Populations clés : une définition (juillet 2015).

23 Rapport de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention contre le VIH, n ° 18, 99

24 Idem à 100. Les taux de prévalence au Botswana, en Afrique du Sud et au Malawi incluent les travailleurs de sexe de sexe masculin.

25 Idem à 101

26 Idem

27 Idem

28 ONUSIDA, Synthèse régionale : Épidémie de VIH parmi les travailleurs de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues par injection et les personnes transgenres : Région de l'Afrique de l'Est et australe (2016), 89.

29 Données compilées par l'ONUSIDA sur la base du Rapport mondial sur la surveillance du sida 2017.

30 Telisinghe, L et al. « Le VIH et la tuberculose dans les prisons en Afrique subsaharienne » 388 The Lancet 1215, 1219 (17 septembre 2016).

de décès chez les adolescents. Dans le monde entier, bien que les décès liés au sida aient globalement diminué, ils ont augmenté chez les adolescents.<sup>31</sup> Les populations clés adolescentes présentent un risque plus élevé de contracter le VIH que la population adolescente en général.<sup>32</sup> À l'échelle mondiale, les jeunes populations clés présentent des taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles (IST), notamment la syphilis, la gonorrhée, la chlamydia et l'herpès simplex, par rapport aux populations clés adultes.<sup>33</sup>

Il existe peu de données sur la santé sexuelle et reproductive des populations clés. La plupart des informations disponibles concernent les travailleuses de sexe. Par exemple, la prévalence de la gonorrhée, de la chlamydia et de la syphilis chez les travailleuses de sexe au Botswana était estimée à 10,5%, 11,9% et 3,5%, respectivement.<sup>34</sup> Cependant, la prévalence des IST non liées au VIH est élevée en Afrique. Bien qu'il existe peu de données sur la prévalence spécifique des IST parmi les populations clés, les données de 2012 montrent que l'Afrique compte 10% des cas de chlamydia dans le monde ; 18% des cas de gonorrhée dans le monde ; 26% des cas de trichomonase dans le monde et 42% des cas de syphilis dans le monde.<sup>35</sup> En outre, le cancer du col de l'utérus est l'une des principales causes de décès liés au cancer chez les femmes en Afrique australe.<sup>36</sup>

Compte tenu de la vulnérabilité des populations clés, la présente stratégie vise à concrétiser les engagements actuels aux niveaux mondial, continental et régional et à remédier à ces lacunes en fournissant aux États Membres un cadre leur permettant d'élaborer une programmation spécifique destinée aux populations clés. La stratégie doit être utilisée conjointement avec les initiatives existantes de la SADC, y compris le nouveau Cadre stratégique de la SADC pour l'intégration du VIH, de la tuberculose, de la santé sexuelle et reproductive et du paludisme, ainsi qu'avec les initiatives internationales et continentales existantes telles que les ODD et le Cadre catalytique.

Le Cadre stratégique n'est pas un Plan stratégique mais un cadre directeur pour les États membres de la SADC. Il vise à fournir des détails sur la manière dont les populations clés sont et restent plus vulnérables au VIH que la population en général. Il identifie en outre les principaux obstacles auxquels ils se heurtent pour accéder aux services de VIH et de SSR, et identifie les mesures que les États Membres peuvent prendre pour surmonter ces obstacles et réduire ainsi la vulnérabilité des populations clés au VIH et améliorer leur accès aux services de VIH et de SSR.

31 UNICEF. Éliminer le sida chez les enfants : septième rapport de synthèse 2016 (2016) 2

32 Idem à 36

33 De Lany-Moretlwe, S et al. « Fournir des services de santé complets aux jeunes populations clés : besoins, obstacles et lacunes » 18 (2) Suppl.1 Journal de l'International AIDS Society 19833 (26 février 2015).

34 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus n 28, 51.

35 Newman, L et al. « Estimations mondiales de la prévalence et de l'incidence de quatre infections sexuellement transmissibles guérissables en 2012 sur la base de l'examen systématique et du rapport global » 10 (12) PLoS ONE (2015).

36 Centre de litige en Afrique australe. Lutte contre le cancer du col de l'utérus : Améliorer l'accès au cancer du col de l'utérus (2014).

### 3. PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE

---

La stratégie régionale est le résultat d'une série de processus participatifs et interactifs impliquant les membres des populations clés, les pouvoirs publics, la société civile et les partenaires de développement. Les principales activités ayant contribué à l'élaboration de la stratégie régionale sont mentionnées ci-dessous.

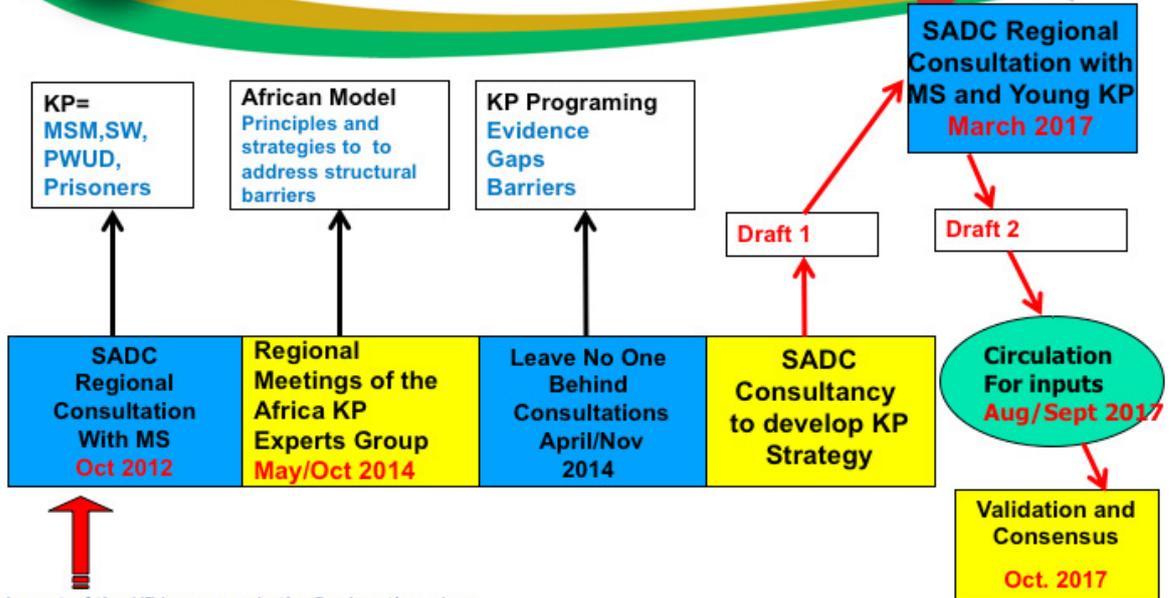
1. Un examen documentaire a été entrepris lors de l'élaboration de la stratégie. Les documents consultés lors de l'examen documentaire comprenaient des engagements politiques et stratégiques aux niveaux mondial, continental et sous-régional, des lois nationales, des études universitaires, des documents publiés et des rapports d'agences internationales et continentales.
2. Une consultation régionale avec les États membres de la SADC a été organisée en octobre 2012 à Johannesburg, en Afrique du Sud, afin de débattre de la nécessité cruciale de mettre l'accent sur l'accès aux services de santé des populations clés. La réunion a rassemblé les Commissions / Conseils nationaux sur le sida ainsi que les Programmes nationaux de lutte contre le sida. La réunion a été convoquée afin de parvenir à un consensus sur une définition régionale de la population clé. Les États membres ont présenté leurs définitions et ont discuté des besoins des populations clés de leur pays et des stratégies adoptées pour atténuer ces besoins. Au terme de la réunion, les participants ont convenu que, dans ce cadre, les populations clés incluront les groupes suivants : HSH, travailleurs de sexe, PCD et les personnes incarcérées.<sup>37</sup>
3. Le groupe d'experts sur les populations clés d'Afrique a élaboré un modèle de cadre stratégique régional sur le VIH en faveur des populations clés d'Afrique<sup>38</sup>. Le groupe d'experts sur les populations clés d'Afrique comprenait des travailleurs de sexe, des HSH, des PCD et des personnes transgenres originaires de plusieurs pays africains. Le groupe a organisé deux réunions régionales en mai et octobre 2014 avec l'appui financier et technique du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Secrétariat de la SADC, de la Communauté de l'Afrique de l'Est (CAE) et d'organisations régionales de la société civile. La stratégie type, qui est la première du genre à être développée en Afrique, décrit les principes et les principaux éléments nécessaires pour lever les principaux obstacles structurels à la mise en place d'un programme complet de prévention, de traitement et de soins du VIH en faveur des populations clés dans le contexte africain.
4. L'ONUSIDA a organisé une séance de travail sur les populations clés et une consultation régionale sur les personnes laissées pour compte en avril et novembre 2014. Ces réunions ont examiné les données disponibles concernant la réponse programmatique au VIH, identifié les lacunes et les obstacles dans les pays et fourni une plateforme de discussion entre communautés / décideurs / gestionnaires sur le renforcement de la programmation en faveur des populations clés.
5. Le Secrétariat de la SADC et le PNUD ont organisé deux consultations régionales en mars 2017 à Johannesburg, en Afrique du Sud, avec les jeunes populations clés et les États membres pour leurs contributions et commentaires sur le projet de stratégie. Les États membres participant à cette réunion ont convenu que les personnes transgenres devraient être incluses dans la définition des populations clés aux fins de la présente stratégie.

<sup>37</sup> SADC. Rapport final sur la consultation régionale sur les populations clés (octobre 2012).

<sup>38</sup> PNUD. Cadre stratégique régional type sur le VIH en faveur des populations clés d'Afrique (décembre 2014).



# Development Process



As part of the HIV response in the Region, there is a critical need to identify and address the barriers specific populations face in accessing HIV and SRH services

## 4. PRINCIPES DIRECTEURS

---

Les principes directeurs suivants sous-tendent l'élaboration de la stratégie régionale et devraient guider sa mise en œuvre :

### 4.1 Droits fondamentaux

Toutes les personnes, y compris les populations clés, ont droit à des services de santé équitables, ce qui comprend l'accès à des services adéquats de prévention, de traitement et de soins du VIH, de soutien et de santé sexuelle et reproductive. Les droits pertinents suivants sont également garantis par les lois internationales, régionales et nationales : droit de ne pas subir de discrimination ; droit à l'égalité ; droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants ; droit à la dignité ; droit à la sécurité de la personne ; et droit à l'information.

### 4.2 Engagement politique

Un engagement politique de haut niveau est nécessaire afin d'assurer l'accès universel aux services de santé. Le Secrétariat de la SADC et les États membres ont démontré un tel engagement dans l'élaboration de la présente stratégie régionale et suivront un principe similaire dans sa mise en œuvre.

### 4.3 Partenariats efficaces

Reconnaissant la nature complexe et exigeante de l'accès des populations clés aux services de santé, la conception et la mise en œuvre de la stratégie régionale nécessitent une coopération continue et soutenue entre les différents acteurs gouvernementaux, les populations clés, la société civile et le secteur privé. Les partenariats ont inclus et continueront d'inclure des membres des populations clés dans la conception et la mise en œuvre de la stratégie régionale.

### 4.4 Respect de la diversité

La stratégie régionale reconnaît, respecte et reflète la diversité des expériences, de l'orientation sexuelle, de l'expression sexuelle, de l'identité sexuelle et du choix de profession parmi les populations clés. Elle reconnaît et s'engage à défendre le droit de toute personne à l'égalité, à l'équité, à la dignité et à l'élimination de stigmatisation et de violence.

### 4.5 Participation, inclusion et équité

Tous les efforts ont été déployés pour assurer la participation effective et significative des populations clés à l'élaboration de la stratégie régionale. La stratégie régionale prévoit en outre l'allocation de ressources adéquates, en termes de financement, de temps et de compétences, afin de garantir la participation et la contribution effectives des populations clés lors de la mise en œuvre.

### 4.6 Programme de la plus haute qualité fondé sur des preuves

La stratégie régionale devrait être de la plus haute qualité, fondée sur des preuves complètes, précises et à jour sur tous les groupes de population clés. Les groupes de population clés sont donc encouragés à participer activement à la collecte de données fiables sur le terrain, ainsi qu'à l'analyse et à la corroboration des données collectées. La stratégie régionale s'appuiera également sur l'expérience pratique et sur les acquis dans la région et ailleurs pour s'assurer qu'elle est conçue et mise en application avec les normes les plus élevées en matière d'efficacité et d'efficience.

## **4.7 Éviter de nuire**

Les précautions nécessaires doivent être prises afin qu'aucun membre des groupes de population clés ne soit exposé à un préjudice en tant que résultat direct ou indirect de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie régionale.

# 5. ENTRAVES AUXQUELS LES POPULATIONS CLÉS FONT FACE

Identifier et aborder correctement les entraves spécifiques auxquels les populations clés font face pour accéder aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive est un élément essentiel de la riposte au VIH dans la SADC afin de s'assurer qu'aucune population ne soit laissée pour compte.<sup>39</sup> Les HSH, les travailleurs de sexe, les personnes transgenres, les personnes vivant avec un handicap et les personnes incarcérées ont une prévalence du VIH nettement plus élevée que la population en général, comme indiqué à la section 1, et ont donc davantage besoin de services. Il existe un certain nombre de raisons pour lesquelles les populations clés sont incapables d'accéder aux services nécessaires qui répondent à leurs besoins en matière de santé. Cette section traite de ces raisons, en mettant l'accent sur la stigmatisation, la discrimination et la violence ; les lois punitives ; l'insuffisance d'informations sur les besoins des populations clés ; et le manque de programmes, de fonds et de services destinés à des populations clés spécifiques.

## 5.1 Stigmatisation et discrimination

Toutes les populations clés identifiées dans la présente stratégie font face à des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination, ce qui entrave leur accès aux services de santé, y compris les services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. Les populations clés font face à la stigmatisation et à la discrimination dans les établissements de soins de santé, le lieu de travail, les familles et les communautés. Une étude mettant l'accent sur l'Afrique de l'Est et australe a révélé des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination à l'égard des hommes homosexuels et d'autres HSH.<sup>40</sup> L'ONUSIDA a noté que les programmes de lutte contre le VIH destinés aux HSH étaient « particulièrement limités par l'homophobie généralisée ».<sup>41</sup> En Angola, une étude a révélé que près de 3 participants sur 4 avaient été homophobes et que 40% d'entre eux avaient été homophobes plus d'une fois au cours des 12 derniers mois.<sup>42</sup> Cette stigmatisation et cette discrimination s'étendent aux travailleurs de la santé, ce qui limite l'utilisation des services de santé par les HSH. Une étude a montré qu'environ 20% des HSH interrogés craignaient de faire appel à des services de santé en raison de leur orientation sexuelle.<sup>43</sup> Dans le district sanitaire d'Antananarivo, environ deux tiers des travailleurs de la santé ont exprimé une attitude discriminatoire à l'égard des HSH.<sup>44</sup>

C'est également le cas pour les travailleurs de sexe et les personnes transgenres.<sup>45</sup> À Maseru, 20,3% des travailleuses de sexe ont déclaré avoir peur d'accéder aux services de santé en raison de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence.<sup>46</sup> Dans une étude de surveillance bio-comportementale intégrée réalisée en 2012, plus de 12% des travailleuses de sexe à Maurice s'étaient vu refuser des services de santé et des services publics.<sup>47</sup> En Angola, seules 19% des travailleuses de sexe interrogées en 2008 ont déclaré avoir été exposées à au moins un service de lutte contre le VIH.<sup>48</sup>

Les PCD et les personnes incarcérées ont du mal à accéder aux services en raison de la stigmatisation et de la discrimination. Aux Seychelles, par exemple, 68% des personnes interrogées ont déclaré s'être

39 Rapport de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention contre le VIH, n° 18, 95.

40 Alliance contre le sida et les droits en Afrique australe. Le VIH et les droits humains en Afrique australe et de l'Est : Rapport 2014 (2014) 26.

41 Rapport de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention contre le VIH, ci-dessus n° 18, 104.

42 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus n° 28, 47.

43 Beyrer C et al. « Épidémiologie mondiale de l'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » 380 The Lancet 367-77 (2012).

44 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus n° 28, 96.

45 Divan, V et al. « Inclusion sociale et égalité des personnes transgenres : un chemin essentiel pour le développement » 19 (2) Journal de l'International AIDS Society (2016).

46 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus n° 28, 87.

47 Idem à 110.

48 Idem à 46.

vu refuser un service au cours des 12 derniers mois en raison de leur consommation de drogues injectables.<sup>49</sup> Les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination parmi les exécutants en milieu carcéral limitent l'accès des personnes incarcérées aux services.

## 5.2 Violence

Toutes les populations clés sont très vulnérables à la violence. Les HSH, les travailleuses de sexe et les personnes transgenres sont susceptibles de faire face à la violence sexiste car ils défient les normes de genre ou sont des femmes. Les personnes transgenres sont harcelées et maltraitées non seulement par la police, mais également par des particuliers. En effet, les personnes transgenres ont été victimes de harcèlement, de violences physiques et même de meurtres.<sup>50</sup> En raison de leur vulnérabilité et de leur expérience des abus de la police, les personnes transgenres sont moins susceptibles de faire appel aux forces de l'ordre ou aux services de santé pour obtenir l'aide nécessaire.

De même, les lois pénales rendent les travailleuses de sexe vulnérables aux abus et à la violence de la part de la police et de particuliers. Les travailleurs de sexe en Afrique australe ont signalé qu'ils craignaient et qu'ils étaient régulièrement victimes d'abus par la police, notamment de violences sexuelles et sont soumis à des brutalités.<sup>51</sup> Au Lesotho, par exemple, près de la moitié des travailleuses de sexe à Maseru ont déclaré avoir été violées au moins une fois et plus de la moitié ont déclaré avoir été intimidées ou harcelées par la police.<sup>52</sup> Dans certains États membres, les travailleurs de sexe signalent que la police et les procureurs citent la possession de préservatifs comme « preuve » de l'engagement d'une personne dans le commerce de sexe, pour justifier une arrestation et / ou pour fonder une condamnation pour prostitution.<sup>53</sup> Au Malawi, des travailleurs de sexe ont été arrêtés puis soumis à un test de dépistage du VIH forcé par des prestataires de soins de santé.<sup>54</sup> Les HSH font également face à des niveaux élevés de violence. Par exemple, en Angola, 25% des HSH ont déclaré avoir été forcés d'avoir des relations sexuelles contre leur volonté.<sup>55</sup>

## 5.3 Insuffisance d'un environnement juridique et politique protecteur

Le manque d'un environnement juridique et politique protecteur est un obstacle important à la capacité des populations clés d'accéder aux services. En 2015, environ la moitié des États membres de la SADC avaient des lois spécifiques érigeant en infraction les relations consensuelles entre adultes du même sexe et certains aspects du commerce de sexe.<sup>56</sup> Ces lois punitives rendent les HSH et les travailleurs de sexe vulnérables à la violence des forces de l'ordre et autres. Aux Seychelles, par exemple, 44% des HSH interrogés ont déclaré avoir été arrêtés au cours des douze derniers mois.<sup>57</sup> De nombreux HSH hésitent à signaler les violations des droits humains à la police, craignant d'être arrêtés.

49 Idem à 84.

50 Idem.

51 Centre de litige pour l'Afrique australe et Centre d'assistance en matière d'éducation pour les droits humains. Justice pour les pauvres : étude préliminaire du droit et de la pratique en matière d'arrestation pour des infractions liées aux nuisances à Blantyre, Malawi (2013).

52 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus n 28.

53 Open Society Foundations. Criminaliser les préservatifs. Comment les pratiques policières mettent les travailleurs de sexe et les services relatifs au VIH en péril au Kenya, en Namibie, en Russie, en Afrique du Sud, aux États-Unis et au Zimbabwe (2012).

54 La Haute Cour du Malawi a déclaré inconstitutionnel le dépistage obligatoire du VIH chez Meerkotter A et Southey-Swartz I. Blog SALC (mai 2015).

55 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus n 28, 47.

56 National Geographic. Une carte montre où être LGBT peut être puni par la loi (16 juin 2016), disponible à l'adresse <http://news.nationalgeographic.com/2016/06/lgbt-laws-gay-rights-world-map/> (dernière visite le 22 septembre 2017). Malone, K. Travail de sexe dans la région de la SADC : L'importance de créer un cadre pour protéger les travailleurs de sexe des abus du VIH et des droits humains. Mémoire de maîtrise (printemps 2010). Overs, C. « Les droits des travailleuses de sexe : élaborer des politiques partout dans le monde », The Guardian (15 sept. 2015). Programme sur la sexualité, la pauvreté et le droit. Carte du droit du travail de sexe disponible sur <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw>.

57 Ministère de la santé, République des Seychelles. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux Seychelles 2011 : Enquête intégrée sur la surveillance du comportement biologique - Séri

Ces lois punitives peuvent également rendre les prestataires de soins de santé plus réticents à traiter les travailleurs de sexe et les HSH, car ils craignent d'être considérés comme tolérant un comportement illégal. Au Malawi, certains prestataires de soins de santé ont indiqué être préoccupés par le traitement des HSH en raison des lois pénales.<sup>58</sup>

Les lois punitives et restrictives augmentent la vulnérabilité des personnes incarcérées et des personnes vivant avec un handicap au VIH. Les interdictions légales concernant la fourniture de seringues stériles et le traitement de substitution aux opiacés entravent directement les efforts de prévention du VIH. Par exemple, l'Agence nationale de lutte contre le trafic de drogues des Seychelles aurait jeté des aiguilles et des seringues lors d'arrestations, ce qui aurait conduit à un échange d'aiguilles entre les consommateurs de drogues injectables et aurait accru le risque d'exposition au VIH.<sup>59</sup> Les lois pénales interdisant les relations sexuelles entre personnes du même sexe et les lois correctionnelles interdisant les relations sexuelles en milieu carcéral sont souvent érigées en obstacle à la fourniture de préservatifs dans le milieu carcéral, nécessaire pour réduire le risque de transmission du VIH.<sup>60</sup>

Outre les lois punitives, très peu de pays de la SADC disposent d'un environnement juridique et politique protecteur. Des lois interdisant la discrimination sur la base de l'identité de genre d'un individu peuvent être citées, laissant les personnes transgenres vulnérables à la discrimination avec peu de recours. La plupart des pays de la SADC ne reconnaissent pas le sexe des personnes trans, car ils ne prévoient pas juridiquement la reconnaissance du genre.<sup>61</sup> En raison de leur marginalisation, les personnes transgenres sont exposées aux abus de la police en vertu de lois vagues criminalisant l'errance ou le vagabondage<sup>62</sup>. Les travailleuses de sexe transsexuelles font l'objet de harcèlement de la part de la police en raison de lois criminalisant le travail de sexe. Pour les jeunes populations clés, la plupart des pays de la SADC n'adoptent pas de lois claires prévoyant l'âge de consentement aux services, ce qui aurait un impact sur la capacité des jeunes populations clés à accéder à la SSR, comme l'obtention d'un contraceptif.<sup>63</sup> L'insuffisance d'un environnement juridique et politique protecteur peut également rendre difficile l'accès des populations clés aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception et les soins de santé maternelle.<sup>64</sup>

## 5.4 Insuffisance de données

Les informations sur les besoins des populations clés de la SADC sont rares, ce qui rend difficile la mise en application d'une programmation efficace. Il n'existe pratiquement aucune donnée sur les jeunes populations clés, les personnes transgenres, les personnes incarcérées et les PCD dans la région SADC.<sup>65</sup> Dans une étude de l'ONUSIDA sur les pays d'Afrique de l'Est et australe, aucun pays de la SADC ne disposait d'informations sur la prévalence du VIH parmi les populations transgenres.<sup>66</sup> Actuellement, dans la région SADC, seuls 6 pays disposent de données sur la prévalence du VIH et d'autres données sur les PCD.<sup>67</sup>

Bien que la plupart des pays de la SADC disposent de données sur la prévalence du VIH chez les HSH et les travailleurs de sexe, le type d'informations détaillées n'existe pas dans de nombreux pays de la SADC. Par exemple, il existe peu d'informations sur la répartition géographique des HSH et

58 Idem à 103.

59 PNUD. Évaluation du cadre juridique et réglementaire relatif au VIH / sida aux Seychelles (2014) 116.

60 Charles Pensulo. « Malawi : Journée mondiale de lutte contre le sida - Les lois du Malawi relatifs aux personnes de même sexe entravent l'accès des détenus aux services de lutte contre le VIH » All Africa (1er décembre 2015).

61 Centre de litige pour l'Afrique australe. Lois et politiques affectant les personnes transsexuelles en Afrique australe (juillet 2016).

62 Divan, V. et al., ci-dessus de n 45.

63 OMS. Lignes directrices unifiées, ci-dessus n 1 ; Delany-Moretlwe, S et al., Ci-dessus n 33 ; PNUD. Recherche sur l'âge de consentement 2015 (projet) ; Southern Africa Trust. Âge de consentement 2015 (projet).

64 Voir Cottingham, J. et al. Tirer parti des droits humains pour la santé sexuelle et reproductive : amélioration des cadres juridiques et réglementaires. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé (3 juin 2010).

65 Rapport de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention contre le VIH, ci-dessus n 18, 104. Forum parlementaire de la SADC et al. SDSR parmi les populations clés et vulnérables : Un accent sur les personnes vivant avec un handicap, les travailleuses de sexe, les LGBT et les personnes incarcérées (2016) ; Telisinghe, L, ci-dessus n 30, 1225. UNICEF. Éliminer le sida chez les enfants : Septième rapport de synthèse, ci-dessus des notes 31 et 37.

66 Voir ONUSIDA, Synthèse régionale, ci-dessus n 28.

67 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus n 28, 15 ; PNUD. Évaluation du cadre juridique et réglementaire relatif au VIH / sida aux Seychelles (2014).

des travailleurs de sexe dans les États membres.<sup>68</sup> Les données sur la prévalence du VIH chez les travailleurs de sexe sont rares.

Enfin, la plupart des pays de la SADC ne disposent pas d'informations sur la taille des populations clés dans le pays, ce qui rend difficile l'élaboration de programmes.

## 5.5 Manque de programmes, de fonds et de services destinés aux populations clés

Au sein de la région SADC, les fonds consacrés à la programmation spécifiquement destinée aux populations clés et des services qui répondent efficacement aux besoins de ces populations continuent d'être limités. La plupart des pays ne consacrent pas de fonds aux populations clés. Dans la SADC, aucun pays n'alloue de fonds spécifiques pour répondre aux besoins des populations transgenres en matière de VIH dans le cadre de leurs dépenses relatives au VIH, ce qui se traduit par une programmation limitée adaptée aux personnes transgenres.<sup>69</sup> Quelques pays ont désigné des fonds pour les programmes relatifs aux HSH et aux travailleurs de sexe. Toutefois, les fonds ont tendance à être très bas, à quelques exceptions près. Par exemple, en 2011/2012, le Malawi n'a consacré que 0,4% de ses dépenses totales consacrées au VIH à la programmation en faveur des travailleuses de sexe et des HSH, ce qui a entraîné peu de services ciblés pour les HSH.<sup>70</sup> Au Mozambique, l'évaluation nationale des dépenses consacrées au sida en 2011 a révélé que 2% seulement du montant total alloué à la prévention du VIH étaient consacrés aux travailleurs de sexe.<sup>71</sup> Cela n'a augmenté que légèrement en 2015 lorsque 3% du montant total consacré à la prévention du VIH ont été dépensés dans les activités liées aux travailleurs de sexe.

Ce manque de fonds se traduit par une limitation des services de santé spécialisés destinés aux populations clés.<sup>72</sup> Par exemple, étant donné les niveaux élevés de violence auxquels les femmes travailleuses de sexe sont confrontées, elles peuvent avoir besoin d'avoir accès à un ensemble complet de services de lutte contre la violence sexiste. Une étude a révélé que les travailleurs de sexe en Afrique australe ayant eu recours à des centres de santé spécialisés ont signalé des expériences positives par rapport aux travailleurs de sexe ayant eu accès à des services généraux, où ils ont rapporté des expériences négatives.<sup>73</sup> Une étude récente réalisée dans certains États membres a montré que les services VIH actuellement disponibles en milieu carcéral ne permettaient toujours pas de lutter contre le VIH et la tuberculose parmi les prisonniers.<sup>74</sup>

De même, il y a une insuffisance en matière de programmation pour répondre aux besoins des PCD. Les PCD ont besoin de programmes d'échange de seringues sécurisés et d'un accès aux services de réduction des méfaits. Malheureusement, dans la plupart des États membres de la SADC, aucun programme de TSO n'est disponible. Dans des pays tels que Madagascar, Maurice, les Seychelles et la Tanzanie, où des programmes de TSO et d'échange de seringues sont disponibles, les programmes sont à une échelle réduite et souvent limités en raison de lois punitives relatives à la consommation de drogue. Par exemple, à Madagascar, seulement 16,8% des consommateurs de drogues injectables avaient eu recours aux programmes de distribution de seringues et d'aiguilles.<sup>75</sup>

Les jeunes populations clés ont également des besoins spécifiques en matière de soins de santé. Comme pour les jeunes en général, les jeunes populations clés ont besoin de services qui répondent à leur stade de développement spécifique.<sup>76</sup> Par exemple, des études indiquent que la volonté des

68 Idem

69 Idem

70 Idem. à 105.

71 ONUSIDA, Synthèse régionale, ci-dessus n ° 28, 121.

72 L'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la population et d'autres organismes ont élaboré un outil de mise en œuvre pour les travailleurs de sexe qui fournit des conseils pratiques sur la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH et les IST destinés aux travailleurs de sexe.

73 Scorgie, F et al. « Nous sommes méprisés dans les hôpitaux : l'expérience des travailleurs de sexe en matière d'accès aux soins de santé dans quatre pays africains » 15 (4) *Cult Health Sex* 450-65 (2013).

74 Idem au 1225

75 ONUSIDA, Rapport de synthèse régionale ci-dessus n 28, 95

76 Delany-Moretlwe, S et al., Ci-dessus n 33.

prestataires de service de répondre aux questions des jeunes, leur respect et leur compréhension sont associés à l'intention des jeunes de rechercher et de s'engager dans des soins.<sup>77</sup> Il est donc essentiel de disposer de services adaptés à l'étape de la vie des jeunes populations clés. Cependant, ces services sont rares dans la région de la SADC.<sup>78</sup>

---

77 Idem

78 Idem

## 6. RAISON D'ÊTRE DE LA STRATÉGIE

---

En raison de la vulnérabilité accrue des populations clés, il est essentiel de s'attaquer aux obstacles auxquels elles se heurtent pour accéder aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. Aborder les obstacles identifiés ci-dessus pour toutes les populations clés augmentera non seulement leur utilisation des services liés au VIH et à la SSR, ce qui réduira le nombre de membres des populations clés qui sont laissées pour compte, mais aidera également les pays à respecter les engagements pris aux niveaux national, régional, continental et mondial, à s'assurer que les pays respectent les obligations juridiques internationales et régionales et fournir des avantages économiques.<sup>79</sup>

Les États membres ont pris de nombreux engagements aux niveaux national, régional, continental et international, tels que les Plans stratégiques nationaux sur le VIH et la santé et les droits sexuels et reproductifs, le Cadre catalytique et les Objectifs de développement durable pour répondre aux besoins en matière de santé des populations clés, tout en reconnaissant qu'elles risquent davantage d'être laissées pour compte. S'attaquer aux obstacles rencontrés par les populations clés peut constituer un pas en avant important pour respecter ces engagements.

L'élimination des obstacles auxquels sont confrontées les populations clés pour accéder aux services relatifs au VIH et à la SSR peut également garantir le respect des obligations légales internationales et régionales. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples garantit aux individus le droit à la santé et oblige les États Membres à « prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».<sup>80</sup> La Charte garantit en outre le droit de ne pas subir de discrimination ; le droit à l'égalité; le droit à la dignité; le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants; et le droit à l'information.<sup>81</sup> De même, au niveau mondial, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, entre autres, garantissent également aux individus les mêmes droits. Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique garantit spécifiquement aux femmes le droit à la santé et aux droits humains et demande aux États membres « d'assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes » entre autres.<sup>82</sup> La résolution 275 de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples protège en outre plus spécifiquement le droit des personnes de ne pas être soumises à la violence en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre réelle ou supposée.<sup>83</sup> L'amélioration de l'accès aux services des populations clés répond à bon nombre des obligations légales requises par ces droits.

L'élimination des obstacles identifiés ci-dessus est également judicieuse sur le plan économique. Que ce soit pour les épidémies concentrées ou généralisées, un investissement accru dans les populations clés d'un pays devrait améliorer le rapport coût-efficacité de la riposte au VIH. En outre, l'intégration du VIH et de la SSR est susceptible de faire baisser le coût des services de santé. Enfin, la criminalisation des populations clés et les tentatives d'application de ces lois utilisent des fonds et des ressources qui pourraient être investis de manière plus rentable ailleurs.

79 UNICEF. Éliminer le sida chez les enfants: Septième rapport de synthèse, ci-dessus de n° 31, 2.

80 Article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples.

81 D'autres régions ont également reconnu le droit à des moyens de subsistance comme faisant partie du droit à la vie, entre autres. Voir, par exemple, ASK c. Gouvernement du Bangladesh. Cour suprême du Bangladesh. Writ N° 3034 de 1999

82 Article 14 (2) (a) du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique.

83 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. 275 : Résolution sur la protection contre la violence et autres violations des droits humains de personnes sur la base de leur orientation sexuelle réelle ou supposée. (2014).

# 7. INTERVENTIONS À MENER AU TITRE DU PROGRAMME EN FAVEUR DES POPULATIONS CLÉS

La communauté internationale a identifié un certain nombre d'interventions programmatiques jugées efficaces pour accroître l'accès des populations clés aux services relatifs au VIH et à la SSR. Ces interventions programmatiques sont les suivantes :<sup>84</sup>

- Aborder les obstacles juridiques, politiques, structurels et socioculturels
- Assurer des engagements financiers
- Autonomiser à la fois la communauté et les populations clés
- Lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la vulnérabilité à la violence
- Assurer la disponibilité et l'accès à des services de santé complets

## 7.1 Aborder les obstacles juridiques, politiques, structurels et socioculturels

Les obstacles juridiques et politiques influencent le risque de VIH. Il est essentiel de veiller à ce que ces facteurs contribuent de manière positive à la création d'un environnement propice à la réalisation et à l'impact des interventions. Si les obstacles juridiques et politiques ne sont pas éliminés, l'impact des interventions du secteur de la santé sera limité. Les activités essentielles au succès des interventions visant à éliminer les obstacles juridiques et politiques ont notamment été les suivantes: former et sensibiliser les populations clés aux lois pertinentes, à leurs droits fondamentaux et aux moyens d'accéder à la justice; plaider pour l'examen et la réforme des lois et des politiques; fournir un accès à la justice et rendre des comptes pour les violations commises contre des populations clés; et organiser des programmes d'aide juridique et d'autonomisation juridique des populations clés afin d'accroître l'accès à la justice.

## 7.2 Assurer des engagements financiers

Il est nécessaire d'allouer des ressources financières appropriées aux programmes destinés aux populations clés afin de lever les obstacles. Les activités essentielles comprennent notamment assurer la mobilisation des ressources et la pérennisation.

<sup>84</sup> Fonds des Nations Unies pour la population, et al. Mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : approches pratiques pour des interventions collaboratives. 2015 ONUSIDA. Note d'orientation : Services pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (2014). OMS et al. Mise en œuvre de programmes complets VIH / IST auprès des travailleurs de sexe : approches pratiques d'interventions collaboratives (2013). ONUSIDA. Note d'orientation : Services destinés aux travailleuses de sexe (2014). PNUD et al. Mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et les IST auprès des personnes transgenres : approches pratiques pour des interventions collaboratives (2016). Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, et al. Mise en œuvre de programmes complets sur le VIH et le VHC auprès des consommateurs de drogues par injection : approches pratiques pour des interventions collaboratives (2017). OMS et al. Orientations techniques aux pays pour fixer des objectifs ambitieux mais réalisables, afin d'accélérer la mise en œuvre de l'accès universel à la prévention, au traitement du VIH/sida et aux soins aux consommateurs de drogues par injection (2009). OMS et al. Documents techniques Evidence for Action: Effectiveness of interventions to address HIV in prisons (2007).

### **7.3 Autonomiser les communautés**

L'autonomisation des populations clés a été essentielle au développement d'une programmation réussie. Les activités essentielles pour que les populations clés puissent participer de manière significative aux interventions programmatiques comprennent notamment: la mise en place et le renforcement des organisations et des réseaux dirigés par les populations clés; appuyer le renforcement des capacités et l'encadrement des populations clés pour leur permettre de participer à tous les niveaux d'un programme; renforcer la gestion et la capacité des organisations de populations clés et appuyer la mobilisation de la communauté et appuyer les mouvements sociaux.

### **7.4 Lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la vulnérabilité à la violence**

La lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la vulnérabilité à la violence auxquelles sont confrontées les populations clés a permis de réduire les obstacles auxquels elles se heurtent pour accéder aux services essentiels. Les activités essentielles à la réussite de ces interventions ont notamment été la formation des forces de l'ordre (police), des personnels de santé et des magistrats, ainsi que la responsabilisation des institutions vis-à-vis de la police afin de faire respecter les droits des populations clés.

### **7.5 Assurer la disponibilité et l'accès à des services de santé complets**

Un certain nombre d'interventions ont été jugées plus utiles pour assurer la disponibilité et l'accès à des services de santé complets. Les activités essentielles ont notamment été les suivantes: prestation de services d'appui sanitaire, psychosocial, juridique et autres aux populations clés victimes de violence; veiller à la disponibilité du dépistage volontaire du VIH et des services de conseil, de la prophylaxie préexposition, des services d'hépatite virale, de tuberculose et de santé sexuelle et reproductive, de réduction des méfaits et de préservatifs et de lubrifiants pour hommes et femmes; recruter et former des agents de proximité au sein de la communauté sur la manière de mettre en place une stratégie de liaison et de créer des liens avec des services; et créer des espaces sûrs pour fournir aux membres de la communauté un endroit confortable pour se détendre, se reposer, obtenir des informations et dialoguer entre eux et avec les agents du programme.

## 8. BUT, RÉALISATIONS ET RÉSULTATS CLÉS

### But

**Guider l'adoption et l'institutionnalisation d'un ensemble complet prédéfini répondant aux défis propres à la prestation équitable et efficace des droits et des services relatifs au VIH et à la santé sexuelle et reproductive aux populations clés dans la région SADC.**

La stratégie régionale devrait guider les États Membres dans la conception et la mise en application de programmes appropriés de prévention, de traitement et de prise en charge de la SSR et du VIH destinés aux populations clés, en mettant l'accent sur les enjeux principaux à aborder aux niveaux politique, juridique, institutionnel et des installations. Plus précisément, les États membres utiliseront la stratégie pour :

- concevoir et mettre en œuvre des programmes efficaces de prévention, de traitement et de prise en charge de la SSR et du VIH destinés aux populations clés et qui répondent à leurs besoins.
- concevoir un ensemble de services destinés aux populations clés conformément à l'ensemble de services prédéfinis tel que prescrit dans la stratégie régionale.
- assurer la participation active et significative des groupes de population clés à la conception et à la mise en application de la stratégie régionale aux niveaux national et sous-national.
- mobiliser les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les organisations de la société civile et les autres parties prenantes autour d'un ensemble de stratégies éprouvées basées sur leurs avantages comparatifs.

### Réalisations

Une fois pleinement mise en œuvre, la stratégie régionale devrait aider à :

1. augmenter ou assurer la disponibilité des services de prévention, de traitement et de prise en charge de la SSR et du VIH pour toutes les populations clés de la région de la SADC ;
2. concevoir et mettre en œuvre des stratégies globales couvrant les niveaux politique, juridique, institutionnel et des installations de santé dans la région de la SADC ;
3. Augmenter l'accès à des services complets et de qualité relatifs au VIH et à la SSR en faveur des populations clés dans tous les États membres (EM), de manière à ce que 90% des membres des populations clés aient accès aux services ; et
4. Assurer une mobilisation et une utilisation adéquates et durables des ressources pour les services relatifs au VIH et à la SSR au profit des populations clés.

### Résultats clés

**Domaine de résultat prioritaire 1** : La stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés, en particulier au niveau des installations de prestation de services, sont éliminées.

**Domaine de résultat prioritaire 2** : La violence à l'égard des populations clés est considérablement réduite.

**Domaine de résultat prioritaire 3** : Les programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de SSR et de VIH sont développés en faveur des populations clés, en particulier les

jeunes populations clés, conformément à l'ensemble de services prédéfinis de base, et sont également fondés sur des données probantes et axés sur les résultats.

**Domaine de résultat prioritaire 4** : les obstacles juridiques, politiques et culturels empêchant les populations clés d'accéder aux services relatifs au VIH et à la santé sexuelle et reproductive sont réduits.

# 9. PRODUITS, STRATÉGIES ET INDICATEURS

<b>Domaine de résultat prioritaire 1 : La stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés, en particulier au niveau des installations de prestation de services, sont éliminées.</b>		
<b>Produit 1.1:</b> Les mécanismes régionaux et nationaux de documentation et de lutte contre la stigmatisation sont renforcés.		
Stratégies	Indicateurs	Organismes d'exécution et partenaires
<p><b>1.1.1: Renforcement des partenariats afin de réduire la stigmatisation à l'égard des populations clés :</b> mise en place de systèmes régionaux et nationaux visant à établir et à mettre en œuvre des mécanismes de prévention, de documentation et de réponse aux situations mettant en danger les populations clés.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nombre d'États membres dotés de mécanismes institutionnalisés pour lutter contre la stigmatisation à l'encontre des populations clés</li> <li>2. Nombre d'États membres qui ont produit ou mis à jour un indice national de stigmatisation de la population clé</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Secrétariat de la SADC</li> <li>• Les Conseils nationaux de lutte contre le sida (CNLS)</li> <li>• Les Organisations de populations clés et réseaux régionaux</li> <li>• Les Organisations de la société civile</li> <li>• Les partenaires au développement</li> <li>• Les agences de l'ONU</li> </ul>
<b>Domaine de résultat prioritaire 2 : La violence à l'égard des populations clés est considérablement réduite.</b>		
<b>Produit 2.1:</b> Amélioration de l'accès à la justice des populations clés victimes de violence.		
Stratégies	Indicateurs	Organismes d'exécution et partenaires
<p><b>2.1.1 Renforcement de l'accès à la justice des populations clés :</b> mise en place et mise en œuvre de mécanismes d'accès à la justice en faveur des populations clés.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Nombre d'États membres fournissant des services d'aide juridique à la population clé</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / MS</li> <li>• Parlements nationaux</li> <li>• Organisations de populations clés et réseaux régionaux</li> <li>• Experts en droit et droits humains</li> <li>• Les agences de l'ONU</li> <li>• Les partenaires au développement</li> </ul>
<b>Domaine de résultat prioritaire 3 : Les programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de SSR et de VIH sont développés en faveur des populations clés, en particulier les jeunes populations clés, conformément à l'ensemble de services prédéfinis de base, et sont également fondés sur des données probantes et axés sur les résultats.</b>		
<b>Produit 3.1:</b> L'accès à des services de qualité et fondés sur des bases factuelles des populations clés s'est amélioré.		
Stratégies	Indicateurs	Organismes d'exécution et partenaires
<p><b>3.1.1 Élaborer et mettre en œuvre un ensemble de services prédéfinis au niveau régional destiné aux populations clés:</b> appui technique aux États Membres leur permettant d'élaborer et fournir, à toutes les populations clés, un ensemble de services prédéfinis relatifs au VIH et à la SSR de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins efficaces, volontaires, fondés sur des preuves probantes et autonomisant les communautés</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Nombre d'États membres mettant en œuvre un ensemble minimal de services de base en faveur des populations clés</li> <li>5. Nombre de populations clés ou pourcentage de populations clés estimées ayant accès à des services de prévention combinés conformément aux lignes directrices et à l'ensemble de services nationaux</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / Ministères de la Santé (MS)</li> <li>• Organisations et réseaux de populations clés</li> <li>• Les agences de l'ONU</li> </ul>

<p><b>3.1.2 Renforcer les capacités des décideurs et des prestataires de soins de santé</b> : les États membres rendent les services de SSR et de VIH disponibles, accessibles et acceptables aux populations clés, sur la base des principes d'éthique médicale, d'élimination de la stigmatisation dans les établissements de santé et du droit à la santé et à l'équité, y compris la non-discrimination et la confidentialité.</p>	<p>6. Nombre d'États Membres dotés de groupes de travail techniques fonctionnels représentant les populations clés dans les mécanismes nationaux de coordination de la riposte au sida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / MS</li> <li>• Organisations de populations clés et réseaux régionaux</li> <li>• Les agences de l'ONU</li> </ul>
<p><b>Produit 3.2</b> : Le financement des services destinés aux populations clés a augmenté.</p>		
Stratégies	Indicateurs	Organismes d'exécution et partenaires
<p><b>3.2.1 Identifier et maintenir les ressources pour les interventions auprès des populations clés</b> : mobiliser des ressources suffisantes afin de fournir des services de SSR et de VIH durables et à plus grande échelle à tous les groupes de population clés et s'assurer que les ressources sont utilisées de manière efficace et équitable.</p>	<p>7. Nombre d'États membres disposant d'allocations budgétaires spécifiques pour les interventions et programmes concernant les populations clés</p> <p>8. Nombre d'États membres mobilisant des ressources financières supplémentaires auprès des partenaires au développement pour des interventions en matière de population clés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / MS</li> <li>• Chefs d'État et autres membres du gouvernement</li> <li>• Organisations de populations clés et réseaux régionaux</li> <li>• Les partenaires au développement</li> </ul>
<p><b>Produit 3.3</b> : Données épidémiologiques et sociales sur les populations clés renforcées.</p>		
Stratégies	Indicateurs	Organismes d'exécution et partenaires
<p><b>3.3.1 Renforcer la production de preuves concernant les populations clés</b> : mettre en place et en œuvre des systèmes et protocoles innovants pour la production, la gestion et la diffusion des connaissances sur des questions liées à la santé sexuelle et reproductive, le VIH et les populations clés avec une implication, une appropriation et un leadership réels des populations clés.</p>	<p>9. Nombre d'États membres menant des études de surveillance bio-comportementale intégrée du VIH auprès de groupes de population clés, conformément aux lignes directrices de l'ONUSIDA en matière de surveillance</p> <p>10. Questions relatives aux populations clés inscrites au programme de recherche régional de la SADC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / MS</li> <li>• Organisations de populations clés et réseaux régionaux et mondiaux</li> <li>• Experts en recherche issus de populations clés et autres</li> </ul>
<p><b>Produit 3.4</b>: Participation accrue des populations clés à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes.</p>		
Stratégies	Indicateurs	Organismes d'exécution et partenaires
<p><b>3.4.1 Groupes de populations clés participant dans l'élaboration de politiques et programmes</b> : élaborer et mettre en œuvre des mécanismes pour faire en sorte que les groupes de populations clés puissent participer de manière significative à la collecte de données en vue de l'élaboration de politiques et de programmes, les informations étant suffisamment protégées pour que les groupes de populations clés ne soient pas exposés à un risque accru.</p>	<p>11. Nombre d'États membres dotés de mécanismes garantissant une participation significative des populations clés à la conception et à la mise en œuvre de programmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / MS</li> <li>• Organisations de populations clés et réseaux régionaux et mondiaux</li> <li>• Experts en recherche issus de populations clés et autres</li> </ul>

**Domaine de résultat prioritaire 4 : Les obstacles juridiques, politiques et culturels qui empêchent les populations clés d'accéder aux services relatifs au VIH et à la SSR sont réduits.**

**Produit 4.1:** Les cadres juridiques (y compris les lois, les politiques, les pratiques, les réglementations, l'accès à la justice et l'application de la loi) en faveur des populations clés sont améliorés.

Stratégies	Indicateurs	Organismes d'exécution et partenaires
<p><b>4.1.1 Évaluation du cadre juridique et réglementaire :</b> plaider , avec la participation effective des populations clés, en faveur d'un examen des lois, politiques et pratiques répressives et protectrices, ainsi que des pratiques traditionnelles et culturelles applicables aux populations clés de la région et identifier l'impact de ces lois, politiques et pratiques concernant les populations clés et les réalisations en matière de SSR et de VIH, fondés en partie sur les expériences vécues par les populations clés.</p>	<p>12. Nombre d'États membres disposant d'évaluations du cadre juridique et réglementaire sur le VIH et la SSR validées au niveau national</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / MS</li> <li>• Organisations de populations clés et réseaux régionaux</li> <li>• Experts en recherche issus de populations clés et autres</li> <li>• Experts juridiques</li> <li>• Les agences de l'ONU</li> </ul>
<p><b>4.1.2 Dialogue régional et national :</b> documentation et partage des meilleures pratiques en matière de suppression des obstacles juridiques et politiques à l'égard des populations clés.</p>	<p>13. Nombre de meilleures pratiques sur l'élimination des obstacles juridiques et politiques en faveur des populations clés documentées et partagées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CNLS / MS</li> <li>• Organisations de populations clés et réseaux régionaux</li> <li>• Leaders politiques nationaux</li> <li>• Décideurs régionaux</li> <li>• Leaders d'opinion régionaux</li> <li>• Experts en droit et droits humains</li> <li>• Experts en politiques</li> <li>• Les agences de l'ONU</li> </ul>

# 10. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

---

La mise en œuvre de la stratégie régionale nécessitera la participation d'un large éventail de parties prenantes. Les principales responsabilités et rôles de ces parties prenantes sont les suivants :

## 10.1 Les États membres

- a) Coordonner le processus d'adaptation et de mise en œuvre de la stratégie régionale dans leurs pays respectifs à travers leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et le sida.
- b) Veiller à ce que les principaux services de SSR et de VIH axés sur la population soient fournis conformément à l'ensemble de service prédéfinis minimum régional.
- c) Appuyer la conception et la mise en œuvre d'activités de renforcement des capacités pour les prestataires de services, les populations clés et les organisations de la société civile, conformément à la stratégie régionale.
- d) Veiller à ce que des liens et des réseaux solides soient créés et maintenus entre toutes les parties prenantes, y compris les groupes de population clés et les organisations de la société civile.
- e) Veiller à ce que le cadre juridique et politique favorise l'accès des populations clés aux services de SSR et de VIH.
- f) Allouer un budget spécifique dédié aux interventions de programme destinées à la population clé.

## 10.2 Société civile / organisations non gouvernementales

- a) Plaider pour l'augmentation des services à travers la conception et la mise en place des services spécifiques de SSR et de VIH adaptés aux populations clés.
- b) Plaider et promouvoir l'adaptation et la mise en œuvre de la stratégie régionale.
- c) Élaborer des messages ciblés sur les services de SSR et de VIH axés sur les populations clés
- d) Appuyer le renforcement des capacités des groupes de population clés pour une implication significative dans la stratégie.
- e) S'impliquer dans des projets permettant de mobiliser des ressources et de générer des revenus.

## 10.3 Groupes de population clés

- a) Produire des preuves sur les techniques de mise en œuvre et sur l'impact des interventions afin d'affiner les interventions futures.
- b) Produire des informations stratégiques pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes.
- c) Établir des réseaux et des plateformes de partage d'informations et de connaissances.
- d) Aider à développer un ensemble minimum de services prédéfinis en faveur des populations clés.

## 10.4 Secrétariat de la SADC

- a) Assurer et encourager l'adaptation régionale de la stratégie régionale.
- b) Appuyer la mobilisation de ressources pour le développement des capacités des populations clés et des organisations de la société civile.

- c) Fournir un appui technique aux États membres pour la mise en œuvre de la stratégie régionale.
- d) Diriger l'élaboration et l'adaptation d'un ensemble minimal de services prédéfinis en faveur des populations clés.
- e) Promouvoir des politiques facilitant l'accès aux services de SSR et de VIH en faveur des populations clés.
- f) Élaborer un plan de diffusion et de mise en œuvre de la stratégie régionale.
- g) Coordonner la mise en œuvre de la stratégie régionale et le suivi des progrès.
- h) Partager les meilleures pratiques avec d'autres partenaires, y compris les États membres.

## **10.5 Partenaires de développement et agences des Nations Unies**

- a) Appuyer les actions régionales, nationales et sous-nationales permettant la mise en œuvre de la stratégie régionale.
- b) Appuyer le renforcement des capacités des administrations publiques, des organisations de la société civile et des groupes de population clés.
- c) Appuyer le plaidoyer fondé sur des preuves et la formulation de politiques et de programmes nationaux pour des services de SSR et de VIH axés sur la population clé.
- d) Appuyer les organisations de la société civile dans la formulation de stratégies de plaidoyer.
- e) Faciliter les échanges Sud-Sud sur l'élaboration d'un ensemble de services prédéfinis, le changement du cadre juridique et politique et la formation des agents de maintien de l'ordre et du secteur de la santé, entre autres.

# 11. SUIVI ET ÉVALUATION

---

Le suivi et l'évaluation de la présente stratégie régionale sera intégré aux mécanismes existants de suivi et d'évaluation au niveau régional et international. Le Secrétariat de la SADC veillera à ce que les indicateurs de base permettant de suivre la mise en œuvre de la stratégie régionale soient mis au point et rapportés.

1. Au niveau national, les CNLS et les ministères de la santé seront responsables de collecter, analyser et synthétiser les données, évaluer leur qualité et les diffuser, conformément au plan de suivi et d'évaluation de la stratégie régionale.
2. Les États membres produiront des rapports nationaux annuels basés sur les indicateurs de base et les soumettront au Secrétariat de la SADC. Le Secrétariat de la SADC produira un rapport régional qui documente les progrès de la mise en œuvre et les goulots d'étranglement.
3. Le rapport annuel régional sera présenté à la réunion ministérielle conjointe des ministres de la santé et des ministres responsables du VIH et du sida pour approbation.
4. Les agences internationales et les établissements universitaires appuieront le processus de surveillance au moyen d'évaluations régulières et conjointes des résultats.

# ANNEXE A : MODÈLE DE DONNÉES NATIONALES SUR LA PRÉVALENCE DU VIH<sup>85</sup>

Pays	Travailleuses de sexe	Consommateurs de drogues par injection			Personnes en milieu carcéral	Travailleurs de sexe jeunes	Jeunes HSH	PCD jeunes	Jeunes Trans	Jeunes en milieu carcéral
		HSH	Trans	Trans						
Angola	2	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	2	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Botswana	4,9	13,1	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
République Démocratique du Congo	4,7	2	3	4,9	3	4,5	2	4,6	Pas de données	Pas de données
Lesotho	4,9	4,9	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Madagascar	4,5	4,9	8,48	Pas de données	Pas de données	4,5	9	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Malawi	24,81	3	Pas de données	Pas de données	4,9	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Maurice	4,15	2	3	Pas de données	11 067,74	4,5	4,5	3	Pas de données	Pas de données
Mozambique	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	24,81	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Namibie	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
les Seychelles	4,6	2	3	Pas de données	4,1	(0,12)	4,6	4,6	Pas de données	(0,12)
14 - 15 juin, 2015, Afrique du Sud	4,7	4,8	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Swaziland	69,91	12	Pas de données	Pas de données	4,9	4,14	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
République-Unie de Tanzanie	7 652,28	4,6	4,5	Pas de données	4,7	Pas de données	4	3	Pas de données	Pas de données
Zambie	4	Pas de données	Pas de données	Pas de données	4	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données
Zimbabwe	4,9	Pas de données	Pas de données	Pas de données	7 652,28	4	Pas de données	Pas de données	Pas de données	Pas de données

\*: Données travailleurs de sexe hommes et femmes

85 ONUSIDA. Synthèse régionale, ci-dessus de n 28 ; Données compilées par l'ONUSIDA sur la base du Rapport mondial sur la surveillance du sida 2017. Rapport de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention contre le VIH, supra n 18.



---

SADC SECRETARIAT  
Private Bag 0095 Gaborone, Botswana  
Tel: 09267 395 1863 Fax: 09267 397 2848  
Email: [prinfo@sadc.int](mailto:prinfo@sadc.int) or [registry@sadc.int](mailto:registry@sadc.int) or [webmaster@sadc.int](mailto:webmaster@sadc.int)  
Website: [www.sadc.int](http://www.sadc.int)

---