



**Stratégie régionale pour la prévention,
le traitement et la prise en charge du
VIH ainsi que pour la santé et les droits
sexuels et reproductifs des populations
clés 2024-2030**

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

©SADC, 2025

Les informations contenues dans cette publication peuvent être reproduites, utilisées et partagées avec la mention complète de l'éditeur, la SADC.

Citation : Stratégie régionale pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des populations clés 2024-2030 , Gaborone, Botswana, 2025.

A propos de la SADC

La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) est une organisation fondée et maintenue par les pays d'Afrique australe, qui vise à renforcer la coopération socio-économique, politique et sécuritaire entre ses États membres et à favoriser l'intégration régionale afin de parvenir à la paix, à la stabilité et à la prospérité. Les États membres de la SADC sont l'Angola, le Botswana, la République démocratique du Congo, l'Union des Comores, le Lesotho, Madagascar, le Malawi, la République de Maurice, le Mozambique, la Namibie, les Seychelles, l'Afrique du Sud, l'Eswatini, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.



Stratégie régionale pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des populations clés 2024-2030

Table des matières

Remerciements	3
Avant-propos	4
Acronymes et abréviations	6
Glossaire	7
1. Introduction	10
2. Contexte	13
3. Processus d'élaboration de la stratégie	17
4. Principes directeurs	19
5. Obstacles auxquels se heurtent les populations clés	21
6. Justification de la stratégie	29
7. Interventions programmatiques en faveur des populations clés	31
8. Objectif, résultats et principaux résultats	34
9. Stratégies et indicateurs	36
10. Modalités de mise en œuvre	39
11. Suivi et évaluation	41
Annexe A : Modèle de données nationales sur la prévalence du VIH	42
Annexe B : Tableau de bord régional 2018-2024	43
Annexe C : Plan de suivi des performances	44

Remerciements

Le secrétariat de la SADC souhaite exprimer sa sincère gratitude à toutes les parties prenantes qui ont fourni des orientations stratégiques et des contributions précieuses à l'élaboration de la *stratégie régionale pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et du sida, ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des populations clés*, notamment les partenaires de développement, les agences des Nations Unies, la société civile et les organisations régionales de populations clés et de jeunes populations clés.

Le Secrétariat souhaite en particulier remercier les experts de tous les États membres représentant les ministères responsables de la santé et du VIH et du sida, ainsi que les autorités nationales chargées de la lutte contre le sida, qui ont révisé et enrichi le document lors de différents forums consultatifs.

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'appui financière et technique du PNUD à travers son programme #WeBelongAfrica, soutenu par le Royaume des Pays-Bas, ainsi que de l'UNFPA et de l'ONUSIDA à travers leurs bureaux régionaux pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe.

Le secrétariat de la SADC souhaite remercier Lamboly G.N. Kumboneki (secrétariat de la SADC), Mesfin Getahun (PNUD), Phathisani Sibanda (ARASA) et Christoforos Mallouris (ONUSIDA) pour avoir facilité la coordination du processus d'examen. Des remerciements sincères sont également adressés à Nadia Peerun et Berry Nibogora (consultants indépendants), qui sont les auteurs de la mise à jour de la stratégie. Enfin, le secrétariat de la SADC souhaite remercier les membres du comité directeur pour leurs conseils et leurs contributions au cours du processus d'examen et de mise à jour.

Avant-propos

La Stratégie régionale révisée pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et du sida, ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) des populations clés (2024-2030) a été élaborée dans le cadre d'un processus consultatif inclusif auquel ont participé les gouvernements, les populations clés, la société civile et les partenaires du développement. Cette révision s'appuie sur les fondements posés dans la stratégie originale, élaborée en 2012. La stratégie révisée souligne l'engagement de la région en faveur de l'équité en matière de santé et des droits humains, et répond aux besoins des groupes vulnérables, en particulier des populations clés exposées au risque de VIH.

Cette stratégie révisée s'aligne sur le plan indicatif régional de développement stratégique (RISDP) 2020-2030 de la SADC, qui définit des priorités pour un environnement inclusif, où tous les citoyens jouissent d'un bien-être économique durable. Le VIH reste au centre des préoccupations, l'objectif étant d'accroître l'accès à des services de qualité, d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et d'évoluer vers une génération sans sida. Cette stratégie s'aligne à la fois sur le protocole de la SADC sur la santé et sur l'objectif plus large de la couverture sanitaire universelle (CSU). La stratégie vise à surmonter les obstacles à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH, en veillant à ce que toutes les populations, en particulier les plus vulnérables, bénéficient de services complets, accessibles et centrés sur la personne.

Le passage en 2015 des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux objectifs de développement durable (ODD) a mis l'accent sur le principe de "ne laisser personne de côté". Ce principe est particulièrement important pour les populations clés, qui sont plus vulnérables au VIH. Des interventions adaptées sont nécessaires pour garantir un accès équitable aux services de santé, lutter contre les disparités et améliorer les résultats globaux en matière de santé.

Depuis l'adoption de la précédente stratégie en 2017, la région a réalisé des progrès notables, tels que l'introduction de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), le traitement antirétroviral injectable à action prolongée, et l'intégration des services VIH à la santé sexuelle et reproductive, entre autres. Cependant, des défis persistent, notamment la stagnation, voire l'augmentation, des taux d'infection dans certaines régions, ainsi que les effets de la pandémie de COVID-19, l'instabilité économique et la diminution du soutien des principaux donateurs. Cette stratégie s'inscrit dans une ère de réduction drastique des fonds alloués à la lutte contre le VIH et le sida et à l'aide à la santé en général. Parallèlement, la période actuelle correspond à la 8e reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ce qui représente un tournant décisif dans la poursuite de la lutte contre le VIH et le sida.

L'examen de la stratégie en 2024 a mis en évidence la nécessité d'une adaptation en réponse aux nouveaux défis, tout en continuant à poursuivre les objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA. Ces objectifs visent à ce que 95 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut, 95 % soient sous traitement et 95 % des personnes sous traitement parviennent à une suppression virale. La stratégie fixe également de nouveaux objectifs pour la prévention combinée du VIH, afin de garantir que 95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH aient accès à des options de prévention efficaces et centrées sur l'individu.

Dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, la stratégie vise à répondre aux besoins des femmes en tant que populations clés, en veillant à ce que 95 % des femmes en âge de procréer voient leurs besoins en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive pris en compte et à ce que 95 % des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH parviennent à une suppression virale afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

Un aspect essentiel de la stratégie est son engagement envers les objectifs 10-10-10 de l'ONUSIDA, qui visent à réduire l'impact des environnements juridiques répressifs, de la stigmatisation, de la discrimination et des violences basées sur le genre. Plus précisément, la stratégie vise à faire en sorte que moins de 10 % des pays aient des obstacles juridiques à l'accès aux services liés au VIH, que moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés soient confrontées à la stigmatisation et à la discrimination, et que moins de 10 % des femmes et des filles soient victimes de violences sexuelles.

La stratégie révisée guide les États membres de la SADC dans la conception et la mise en œuvre de programmes de VIH et de SSR inclusifs et fondés sur les droits pour les populations clés, en s'attaquant aux obstacles politiques, juridiques, institutionnels et à la prestation de services. En s'alignant sur la Vision 2050 de la SADC, la Stratégie africaine de la santé et l'Agenda 2063, la stratégie contribue à la mise en place de systèmes de santé équitables, résilients et durables en Afrique australe, rapprochant la région d'un monde où l'équité en matière de santé est réalisée et où le VIH n'est plus une menace pour la santé publique.

H.E Elias M. Magosi
Secrétaire exécutif de la SADC

Acronymes et abréviations

AEA	Afrique orientale et australe
ART	Thérapie antirétrovirale
CNLS	Conseil national de lutte contre le sida
COVID-19	Coronavirus 2019
DRC	Domaine de résultats clés
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GAM	Surveillance mondiale du sida
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
MS	Ministère de la santé
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
PC	Population clé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
RDC	République démocratique du Congo
RISDP	Plan de développement stratégique indicatif régional
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TSO	Thérapie de substitution aux opiacés
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

Adolescents : Personnes âgées de 10 à 19 ans. Les adolescents ne constituent pas un groupe homogène ; la maturation physique et émotionnelle vient avec l'âge, mais son évolution varie selon les individus du même âge.¹

Violence basée sur le genre : Tout acte intentionnel – ou toute omission - qu'il s'agisse d'une menace ou d'un acte réel, commis à l'encontre d'une personne sur la base de son genre, qui entraîne ou est susceptible d'entraîner un préjudice physique, sexuel ou psychologique. La violence basée sur le genre peut viser des femmes, des filles, des hommes, des garçons, des personnes issues de minorités sexuelles et des personnes ayant des identités de genre non conformes. Elle peut être perpétrée par des partenaires intimes, des membres de la famille, des amis, des collègues, des contacts sociaux, des étrangers et des personnes en position d'autorité.²

Santé : L'état de bien-être physique, mental et social complet, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé a de nombreuses dimensions (anatomiques, physiologiques et mentales) et est en grande partie définie par des facteurs culturels.³

Soins de santé : Services et interventions préventifs, curatifs et palliatifs fournis à des personnes ou à des populations dans le but de promouvoir, maintenir, surveiller ou restaurer le bien-être physique, mental ou émotionnel.

Droits humains : Les droits humains sont les droits dont toute personne dispose simplement parce qu'elle est un être humain. Les droits humains ne sont octroyés par aucun État. Ces droits universels sont inhérents à toute personne, indépendamment de sa nationalité, de son sexe, de son genre, de son origine nationale ou ethnique, de sa couleur, de sa religion, de sa langue ou de tout autre statut.⁴ Par exemple, ils incluent le droit à la vie et à la liberté, la protection contre l'esclavage et la torture, la liberté d'opinion et d'expression, le droit au travail et à l'éducation, entre autres. Chacun peut se prévaloir de ces droits, sans discrimination.

Populations clés (PC) : Groupes de personnes qui, en raison de comportements spécifiques à haut risque, sont exposés à un risque accru de contracter le VIH, indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local. Ils rencontrent souvent des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements, ce qui augmente 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 personnes qui consomment des drogues ; 4) les travailleurs et travailleuses du sexe, tous genres confondus ; et 5) les personnes transgenres. Cela inclut les jeunes populations clés qui sont de plus en plus vulnérables au VIH et qui ont des besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive. Les populations clés jouent un rôle important dans la dynamique de la transmission du VIH, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles. Elles sont également des partenaires essentiels pour une réponse efficace à l'épidémie. Une même personne peut appartenir à plusieurs groupes de populations clés et avoir plusieurs comportements à risque, et certaines personnes peuvent adopter des comportements à risque sans s'identifier comme membres d'un groupe particulier.⁵

État membre : L'État membre est défini dans le traité de la Communauté de développement de l'Afrique australe comme un membre de la Communauté de développement de l'Afrique australe.

1 Cette définition a été adaptée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (2022). Genève : OMS.

2 Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). 2024. UNAIDS Terminology Guidelines . Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3 OMS. 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (2022). Genève : OMS.

4 Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH). Que sont les droits de l'homme ? Genève : OHCHR (<https://www.ohchr.org/en/what-are-human-rights>).

5 Cette définition a été adaptée de l'OMS. 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (2022). Genève : OMS.

Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) : Tous les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les mots "hommes" et "relations sexuelles" sont interprétés différemment dans diverses cultures et sociétés et par les individus concernés. Par conséquent, le terme englobe la grande variété d'environnements et de contextes dans lesquels des rapports sexuels entre hommes ont lieu, indépendamment des multiples motivations qui poussent à avoir des rapports sexuels, des identités sexuelles et de genre autodéterminées et des diverses identifications à une communauté ou à un groupe social particulier.⁶

Personnes qui s'injectent des drogues : Les personnes qui s'injectent des substances psychoactives à des fins non médicales. Ces drogues comprennent, entre autres, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les hypno sédatifs, ainsi que les nouvelles substances psychoactives. L'injection peut se faire par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou par d'autres voies injectables. Les personnes qui s'auto-injectent des médicaments à des fins médicales - appelées "injections thérapeutiques" - ne sont pas incluses dans cette définition. Cette stratégie s'adresse à toutes les personnes qui consomment des drogues, mais reconnaît que les personnes qui s'injectent des drogues sont plus vulnérables au VIH en raison du partage de matériel d'injection contaminé par le sang.⁷

Personnes qui utilisent des drogues : Les personnes qui consomment des substances psychotropes illégales par n'importe quelle voie d'administration, y compris l'injection, la voie orale, l'inhalation, la voie transmuqueuse (sublinguale, rectale, intranasale) ou la voie transdermique. Cette définition n'inclut pas la consommation de substances largement répandues telles que les boissons alcoolisées, les boissons contenant de la caféine et les aliments.⁸

Travailleurs du sexe (TS) : Adultes (18 ans et plus) de sexe féminin ou masculin, transgenres ou de genre différent, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement. Le travail du sexe est une activité sexuelle consensuelle entre adultes, qui peut prendre de nombreuses formes et varie d'un pays et d'une communauté à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Le travail du sexe varie également selon qu'il est plus ou moins "formel" ou organisé. Conformément à 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 considérés comme victimes d'exploitation sexuelle et ne sont pas reconnus comme travailleurs du sexe.⁹ Note sur l'usage du genre : Le terme « travailleuse du sexe » est utilisé au féminin dans cette stratégie afin de ne pas invisibiliser la majorité des femmes concernées par cette réalité. Ce choix n'exclut pas les travailleurs du sexe de genre masculin, trans ou non binaire, également pris en compte dans toutes les actions mentionnées.

Santé sexuelle et reproductive (SSR) : Un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Pour que la SSR soit atteinte et maintenue, les droits de toutes les personnes en matière de SSR doivent être respectés, protégés et réalisés.¹⁰ Tous les individus ont le droit de prendre des décisions concernant leur propre corps et d'accéder à l'information, aux biens, aux structures et aux services qui soutiennent ce droit. Ces décisions concernent notamment la sexualité, la reproduction et l'utilisation des services de SSR.¹¹ La SSR exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination ni violence.¹²

Les personnes transgenres et les personnes de genre différent : Terme générique désignant les personnes dont l'identité et l'expression de genre diffèrent de celles typiquement associées au sexe assigné à la naissance. Les identités des personnes transgenres comprennent les hommes, les femmes,

6 OMS. 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (2022). Genève : OMS.

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Ibid.

10 Adapté de l'OMS. 2006. Defining sexual health. Genève : OMS (<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>).

11 ONUSIDA. 2024. UNAIDS Terminology Guidelines . Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0.

12 Adapté de l'OMS et al. 2017. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach (2017). Genève : OMS.

les personnes non binaires, les personnes ayant une combinaison de genres ou ne s'identifiant à aucun genre. Les personnes transgenres peuvent ou non avoir accès à des soins qui confirment leur identité de genre, y compris des soins médicaux tels que la thérapie de remplacement hormonal ou la chirurgie, et des soins non médicaux. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme transgenre, femme, homme, non binaire, femme transgenre ou homme transgenre, ou comme l'une des nombreuses autres identités transgenres. Elles peuvent exprimer leur genre de diverses manières masculines, féminines et/ou androgynes.¹³

Populations vulnérables : Groupes de personnes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH et au développement du sida en raison de l'inégalité des chances, de l'exclusion sociale, du chômage ou de la précarité de l'emploi et d'autres facteurs sociaux, culturels, politiques, juridiques et économiques.¹⁴ Il s'agit notamment des adolescents (en particulier des adolescentes en Afrique subsaharienne), des orphelins, des enfants des rues, des personnes handicapées et des travailleurs migrants et itinérants. Ces populations ne sont pas touchées par le VIH de manière uniforme dans tous les pays et toutes les épidémies. La présente stratégie n'aborde pas spécifiquement les populations vulnérables, mais elle prend acte des vulnérabilités spécifiques des jeunes populations clés.

Jeunes populations clés : Ce terme désigne les jeunes femmes, hommes et personnes de sexe différent âgés de 15 à 24 ans qui font partie de populations clés telles que les jeunes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes transgenres, les jeunes qui s'injectent des drogues et les jeunes âgés de 18 ans et plus, ainsi que les jeunes en conflit avec la loi. Les jeunes populations clés ont souvent des besoins spécifiques. Leur participation significative est essentielle à la réussite de la lutte contre le VIH.¹⁵

Jeunes : Individus âgés de 15 à 24 ans.¹⁶ Les jeunes ne constituent pas un groupe homogène ; la maturation physique et émotionnelle vient avec l'âge, mais sa progression varie selon les individus du même âge.¹⁷ En 2022, les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) représentaient environ 16% de la population mondiale, mais on estimait qu'ils représentaient 27% des nouvelles infections par le VIH et 3,2 millions de jeunes vivant avec le VIH.¹⁸

13 ONUSIDA. 2024. UNAIDS Terminology Guidelines. Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0.

14 Ibid.

15 Ibid.

16 ONUSIDA. 2021. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA (<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).

17 OMS. 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (2022). Genève : OMS.

18 Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2023, comme mentionné dans ONUSIDA. 2024. Youth Next Level : guidance to strengthen sustainable youth-led HIV responses. Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youth-next-level_en.pdf).

1. Introduction

Depuis le début du siècle, l'Afrique, en particulier l'Afrique de l'Est et australe (AEA), la région la plus touchée par le VIH, a accompli des progrès considérables dans la lutte contre la pandémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Entre 2010 et 2023, le nombre de nouvelles infections par le VIH et la mortalité liée au sida, tous âges confondus, ont chuté de 59 % et 57 % respectivement¹⁹ dans la région AEA. Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le nombre nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne est passé de 1,4 million en 2001 à 600 000 en 2010 et 260 000 en 2023.²⁰ De plus, l'accès au traitement antirétroviral (TAR) s'est considérablement améliorée, 83 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) recevaient un traitement en 2022, contre seulement 25 % en 2010.²¹

En outre, au moins six pays d'Afrique australe - le Botswana, l'Eswatini, le Malawi, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe - ont atteint les objectifs de l'ONUSIDA pour 2025, avec 95 % des PVVIH connaissant leur statut, 95 % de ceux qui connaissent leur statut recevant un traitement et 95 % de ceux qui sont traités obtenant une charge virale supprimée.²² Le Lesotho et la Namibie font partie des 10 pays proches de l'objectif 95-95-95, ayant atteint plus de 86 % de suppression virale parmi les PVVIH sous traitement.

Les données comparatives concernant la cascade du VIH pour les populations clés sont rares. Toutefois, les quelques exemples disponibles montrent que la couverture du traitement antirétroviral parmi les populations clés est généralement inférieure aux moyennes nationales. Alors que la couverture globale du TAR au Zimbabwe et en Zambie était de 98 % en 2023, la couverture du TAR en Zambie était de 64,5 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), de 74,6 % pour les personnes qui s'injectent des drogues, de 68,4 % pour les travailleurs du sexe et de 17,1 % pour les personnes transgenres. Au Zimbabwe, le taux de couverture des travailleurs du sexe était de 83,4 %.²³ Ces chiffres suggèrent que, malgré les efforts déployés pour atteindre les populations clés, il est encore possible d'augmenter la couverture des traitements antirétroviraux pour atteindre les niveaux nationaux et maintenir les progrès accomplis dans la lutte contre le VIH.

L'un des éléments clés des progrès réalisés dans la région a été l'engagement des instances mondiales, continentales et régionales à mettre fin au VIH, en mettant en place des stratégies permettant aux pays d'atteindre cet objectif. L'objectif du Millénaire pour le développement 6 des Nations Unies (ONU) visait à stopper la propagation du VIH et à inverser la tendance actuelle d'ici 2015.²⁴ L'ONUSIDA a mis en place une stratégie intitulée "Objectif zéro" pour la période 2011-2015, qui visait à mettre fin aux nouvelles infections, aux décès liés au sida et à la discrimination.²⁵ Au niveau continental, en 2013, l'Union africaine a réaffirmé l'engagement des pays à éliminer le VIH, en reconnaissant en particulier la nécessité de renforcer les protections juridiques fondées sur les droits pour les populations clés, et de garantir leur participation significative les populations clés dans la riposte au VIH.²⁶ La Communauté de

19 ONUSIDA. 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins — Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

20 ONUSIDA. 2013. Objectif zéro : le VIH en Afrique orientale et australe. Genève : ONUSIDA ; ONUSIDA. 2024. L'urgence du présent : Le point sur le sida dans le monde 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

21 ONUSIDA. 2023. La voie de l'éradication du sida. Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2023-unaids-global-aids-update-path-ends-aids-report.pdf#page=140.00>).

22 ONUSIDA. 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins — Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

23 ONUSIDA. 2024. Rapport mondial de suivi sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA.

24 Nations Unies. 2000. Objectifs du Millénaire pour le développement - SIDA. New York : Nations Unies (<https://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>).

25 ONUSIDA. 2011. Getting to zero. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf).

26 Union africaine. 2013. Déclaration du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme "Actions d'Abuja pour l'élimination du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique d'ici 2023". Abidjan : Union africaine.

développement de l'Afrique australe (SADC) a publié un cadre stratégique pour la période 2010-2015 visant à réduire l'impact du VIH dans les États membres.²⁷

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 de côté, y compris les populations clés, si la communauté mondiale veut parvenir à un développement durable.

L'ODD 3 vise à garantir une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge.²⁸ En outre, d'autres ODD contribuent à la réalisation de l'égalité et de l'équité - par exemple, l'ODD 1 vise à mettre fin à la pauvreté en ciblant plus vulnérables et en améliorant l'accès aux ressources et aux services de base, entre autres.

Lorsque la stratégie régionale de 2017 pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et du sida, ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs parmi les populations clés a été formulée, l'objectif mondial et continental était de faire en sorte que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 90 % des personnes diagnostiquées reçoivent un traitement et que 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale supprimée d'ici 2020, avec l'ambition d'atteindre 95 % pour l'ensemble de ces paramètres d'ici 2025. Cependant, de nouveaux objectifs intermédiaires pour 2025 ont été introduits en juin 2021²⁹ pour s'aligner sur les ODD 2030, y compris l'objectif de mettre fin au sida.

Les objectifs pour 2025, décrits dans la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026,³⁰ donnent la priorité aux personnes vivant avec le VIH et à d'autres groupes vulnérables tels que les populations clés. L'objectif de la stratégie mondiale de lutte contre le sida en matière de prévention du VIH est que 95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH aient recours à des options de prévention combinée, appropriées, prioritaires, centrées sur la personne et efficaces. La feuille de route de la stratégie mondiale de prévention du VIH pour atteindre cet objectif comprend cinq piliers prioritaires.³¹ Le premier pilier vise à garantir que toutes les populations clés ont accès à des programmes de prévention combinée et de réduction des risques fondés sur des données probantes et sur les droits humains et exempts de stigmatisation et de discrimination. L'accent est mis sur l'élimination des obstacles sociétaux et juridiques à la prestation de services et sur l'intégration des services liés au VIH à d'autres services essentiels dont ces populations ont besoin. Au-delà des objectifs 95-95-95, les objectifs 2025 visent à ce que 95 % des femmes aient accès aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. Les piliers prioritaires préconisent également que 90 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque, y compris les populations clés, bénéficient de services intégrés centrés sur la personne et adaptés au contexte. En outre, les objectifs 10-10-10 visent à éliminer des obstacles sociaux et juridiques à la création d'un environnement favorable à l'accès ou à l'utilisation des services liés au VIH, en s'assurant que :

- moins de 10 % des pays disposent d'un environnement juridique et politique punitif qui refuse ou limite l'accès aux services ;
- moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de stigmatisation et de discrimination ; et
- moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes d'inégalités et de violences fondées sur le sexe.

27 SADC. Cadre stratégique de la SADC en matière de VIH et de SIDA 2010-2015. Windhoek : SADC.

28 Nations Unies. 2015. Objectifs de développement durable - Objectif 3. New York : Nations unies (<https://sdgs.un.org/goals/goal3>).

29 Assemblée générale des Nations unies. 2021. Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. New York : Nations Unies (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf).

30 ONUSIDA. 2021. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA (<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).

31 ONUSIDA. 2022. La prévention du VIH pour 2025 — Feuille de route — Se mettre sur la voie de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/prevention-road-map>).

En 2017, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur le VIH et le sida, réaffirmant son engagement à mettre fin au sida d'ici à 2030.³² Certains pays se sont engagés à atteindre des objectifs nationaux de prévention du VIH dans le cadre de la mise en œuvre de cette déclaration lors d'une réunion d'experts qui s'est tenue en 2017 à Victoria Falls, au Zimbabwe. L'Union africaine s'est engagée, entre autres, à accélérer les efforts pour contrôler et mettre fin au sida en Afrique d'ici 2030, notamment à travers le Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici 2030.³³ En outre, le Plan d'action de l'Union africaine sur le contrôle des drogues et la prévention de la criminalité (2019-2023) guide les pays dans l'élaboration de politiques et de programmes nationaux en matière de drogues. Ce plan fournit des orientations pour l'intégration de mesures de réduction de risques associés à la consommation de drogues, y compris la mise en œuvre d'un paquet complet de services de santé pour les personnes qui consomment des drogues et la prévention et la prise en charge du VIH, des infections sexuellement transmissibles (IST), de l'hépatite C et de la tuberculose parmi les personnes qui consomment des drogues.³⁴

La déclaration du sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique d'ici à 2030 a, entre autres, engagé les États à impliquer de manière significative les personnes vivant avec le VIH/sida et les membres des populations clés en tant que partenaires pour garantir la redevabilité et l'efficacité de la riposte nationale au sida.

En 2018, le Forum parlementaire de la SADC, en collaboration avec ses partenaires, a élaboré les Normes minimales pour la protection de la santé sexuelle et reproductive des populations clés afin de lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la violence auxquelles ces groupes sont confrontés.³⁵ Cette initiative, alignée sur la Stratégie régionale 2017 pour la prévention, le traitement et les soins du VIH et du sida et la santé et les droits sexuels et reproductifs parmi les populations clés, visait à inciter les États membres à réformer les lois, les politiques et les pratiques répressives. Ces normes fournissent un cadre permettant aux parlementaires d'intervenir au niveau du parlement et des circonscriptions pour protéger la santé sexuelle et reproductive des populations clés et promouvoir le droit à la santé pour tous les individus. Les normes constituent un outil parlementaire et politique central pour guider les réformes essentielles, favorisant un consensus croissant parmi les parlements nationaux de la SADC pour protéger les populations clés.

Par ailleurs, la Stratégie pour la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) dans la région de la SADC 2019-2030 a été approuvée en 2018 afin d'améliorer les SDSR pour toutes les personnes de la région.³⁶ Cette stratégie guide les États membres dans l'élaboration et l'affinement de leurs stratégies nationales, en améliorant la collecte de données et le suivi des résultats en matière de SDSR et de VIH, en particulier parmi les populations clés. Parallèlement, la Stratégie régionale et le Cadre d'action pour lutter contre les violences basées sur le genre 2018-2030 ont également été approuvés, fournissant une approche régionale pour combattre les violences basées sur le genre.³⁷ Le Cadre stratégique de la SADC pour le VIH et le sida vise à atteindre les objectifs de 2025 et 2030 en matière de VIH et de sida afin de combler les lacunes dans la couverture de la prévention et du traitement du VIH, en mettant l'accent sur les populations les plus touchées. Ces stratégies, ainsi que le plan indicatif régional de développement stratégique (RISDP) 2020-2030 de la SADC, qui comprend des dispositions relatives au VIH et aux populations clés,³⁸ aident les États membres à améliorer la collecte de données et le suivi de la riposte régionale au VIH, garantissant ainsi une protection plus efficace des populations clés.

32 Assemblée générale des Nations unies. 2021. Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. New York : Nations Unies (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf).

33 Union africaine. 2016. Cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme en Afrique d'ici à 2030. Abidjan : Union africaine (https://au.int/sites/default/files/pages/32904-file-catalytic_framework_8pp_en_hires.pdf).

34 Union africaine. 2019. Plan d'action de l'Union africaine sur la lutte contre la drogue et la prévention de la criminalité (2019-2023). Abidjan : Union.

35 Forum parlementaire de la SADC. 2018. Normes minimales du Forum parlementaire de la SADC pour la protection de la santé sexuelle et reproductive des populations clés dans la région de la SADC. Windhoek : SADC.

36 SADC. 2019. Stratégie pour la santé et les droits sexuels et reproductifs dans la région de la SADC 2019-2030. Windhoek : SADC (https://www.sadc.int/sites/default/files/2024-06/Final_SADC_SRHR_Strategy.pdf).

37 SADC. 2018. Stratégie régionale et cadre d'action de la SADC pour lutter contre la violence basée sur le genre, 2018-2030. Windhoek : SADC (https://www.sadc.int/sites/default/files/2022-06/SADC_Regional_Strategy_and_Framework_of_Action_for_Addressing_Gender-Based_Violence_2018-2030.pdf).

38 SADC. 2020. Plan stratégique indicatif de développement régional de la SADC (RISDP) 2020-2030. Windhoek : SADC.

2. Contexte

Malgré les progrès accomplis et les engagements pris aux niveaux mondial, continental et régional en matière de lutte contre le VIH, la réponse au VIH en Afrique australe reste confrontée à des défis importants qui limitent les avancées. L'un des principaux obstacles à la réalisation des objectifs internationaux et régionaux est la persistance de niveaux élevés de prévalence du VIH et de vulnérabilité au VIH au sein de certaines populations, à savoir les travailleurs du sexe, les HSH, les personnes vivant avec le VIH, les personnes transgenres et les personnes incarcérées.³⁹ Ces groupes sont souvent appelés "populations clés" car ils subissent un impact accru du VIH et un accès réduit aux services, en raison notamment de leur marginalisation et/ou de leur criminalisation.⁴⁰

L'évaluation des progrès de la stratégie régionale de la SADC réalisée en 2024 a montré qu'entre 2018 et 2024, le taux de réalisation des indicateurs de la stratégie est passé de 62 % à 75 %, ce qui indique des progrès significatifs dans la région. Cependant, les populations clés sont toujours confrontées à des obstacles importants aux services liés au VIH en raison de la stigmatisation, de barrières juridiques et de l'insuffisance de l'offre de soins de santé, en particulier en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour les jeunes populations clés. Plusieurs initiatives stratégiques, dont les normes minimales de la SADC pour les populations clés, visent à remédier à ces disparités. Malgré les progrès réalisés dans l'extension des services liés au VIH, notamment avec l'adoption de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et de modèles de prestation de services différenciés, il reste des défis à relever pour atteindre pleinement les populations clés. Des progrès ont été réalisés dans la réduction de la stigmatisation et de la violence à l'encontre des populations clés, avec des pratiques prometteuses telles que les initiatives de lutte contre les violences basées sur le genre au Botswana,⁴¹ mais la violence reste un problème omniprésent, exacerbé par les mouvements antisexistes et les tendances à la criminalisation observées après la pandémie. Le financement des interventions en faveur des populations clés dépend fortement des donateurs et est de plus en plus soumis à des pressions, d'où la nécessité croissante de mobiliser les ressources nationales.

Les données les plus récentes montrent que l'incidence du VIH a diminué parmi toutes les populations clés entre 2010 et 2022 dans la région, mais à un rythme plus lent chez les hommes gays et HSH et les personnes qui s'injectent des drogues.⁴² En outre, les estimations récentes pour les pays d'Afrique subsaharienne montrent que dans les endroits où la couverture en TAR est de 80 % dans la population générale, la couverture est inférieure de 11 à 13 % chez les travailleuses du sexe et les HSH, et de 30 % chez les femmes transgenres.⁴³

La prévalence médiane du VIH parmi les populations clés en AEA est systématiquement plus élevée que la prévalence du VIH parmi les adultes (âgés de 15 à 49 ans), soit 5,9 % (IC : 4,9-6,9 %), comme l'illustre la figure 1.⁴⁴

Selon l'Atlas des populations clés de l'ONUSIDA (2024),⁴⁵ la prévalence du VIH parmi les HSH était de 27,2 % en Eswatini, 29,7 % en Afrique du Sud, 22,8 % en Zambie, 12,9 % au Malawi et 7,8 % en Namibie.⁴⁶ Le Botswana a signalé une prévalence de 14,8 %, tandis que les Comores, la République

39 SADC. 2017. Stratégie d'intégration des programmes VIH/TB/SRH/Paludisme 2016-2020. Windhoek : SADC

40 Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. 2015. Fiche d'information. Populations clés : Une définition Genève : GFATM ONUSIDA.

41 SADC. 2024. Examen de l'état d'avancement de la stratégie régionale de la SADC pour la prévention, le traitement et les soins du VIH et la santé et les droits sexuels et reproductifs parmi les populations clés. Windhoek : SADC.

42 ONUSIDA. 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins — Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

43 Ibid.

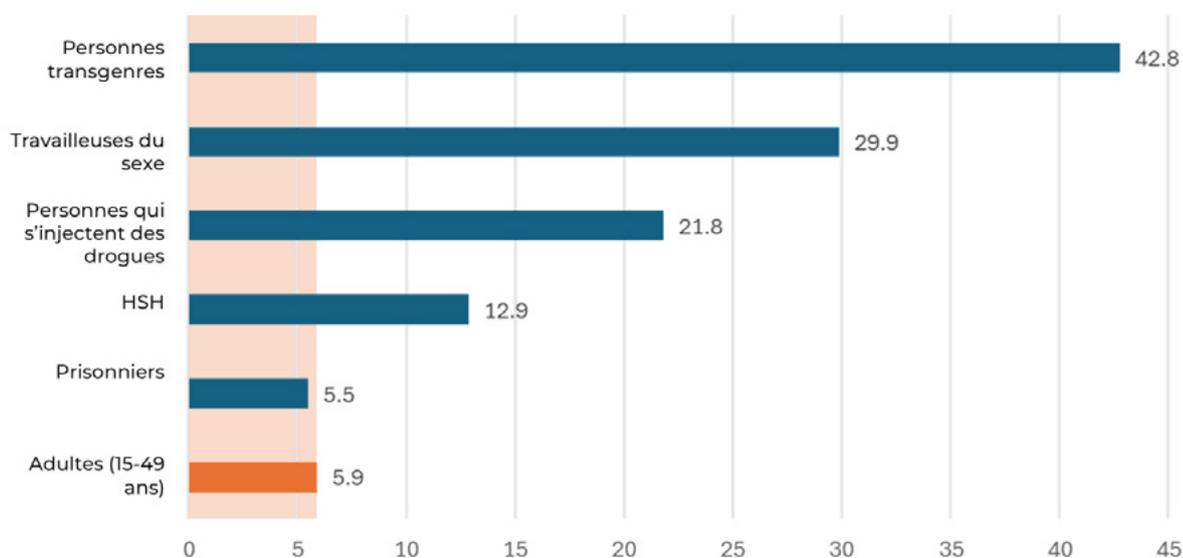
44 ONUSIDA. 2023. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2023-unaids-global-aids-update-path-ends-aids-report.pdf#page=140.00>).

45 ONUSIDA. 2024. Atlas des populations clés de l'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>). Accessible entre août et septembre 2024.

46 Données de l'Observatoire mondial du sida consultées via l'Atlas des populations clés de l'ONUSIDA entre août et

démocratique du Congo (RDC) et le Zimbabwe ont signalé des taux de prévalence plus faibles, respectivement de 1,8 %, 7,1 % et 8,1 %.⁴⁷ La prévalence actuelle du VIH chez les HSH et les femmes transgenres en Afrique subsaharienne est alarmante et reste élevée dans toutes les régions et tous les pays.⁴⁸ Les données sur la prévalence du VIH chez les personnes transgenres en Afrique subsaharienne sont limitées, mais indiquent des taux de 28 % à Maurice, 58 % en Afrique du Sud, 8,9 % en Zambie et 17,6 % au Zimbabwe.⁴⁹

Figure 1. Prévalence médiane du VIH dans la population générale et les populations clés des pays de l'AEA, 2023



Source : ONUSIDA. 2023. *La voie vers l'éradication du sida : Mise à jour mondiale sur le sida 2023*. Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2023-unaids-global-aids-update-path-ends-aids-report.pdf#page=140.00>)

La prévalence parmi les travailleuses du sexe était de 62,3 % en Afrique du Sud, de 60,8 % en Eswatini et de 50 % au Malawi.⁵⁰ Au Botswana et au Zimbabwe, la prévalence se situait entre 40 % et 42 %, et à Maurice et en Namibie, elle était respectivement de 18,2 % et 29,9 %, tandis qu'en République-Unie de Tanzanie, elle était de 15,4 %.⁵¹ La prévalence est beaucoup plus faible aux Comores (0,5 %)⁵² et en RDC (7,7 %).⁵³

Les données sur les personnes qui s'injectent des drogues indiquent une prévalence élevée du VIH dans certains pays. Maurice et l'Afrique du Sud ont rapporté une prévalence de 21,2% et 21,8%, respectivement ; la Zambie 10,9%, les Seychelles 8,1%⁵⁴ et la RDC 3,9%.⁵⁵ La prévalence du VIH parmi

septembre 2024.

47 ONUSIDA. 2024. Atlas des populations clés de l'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>). Accessible entre août et septembre 2024.

48 Kloek, M., Bulstra, C.A., van Noord, L., Al-Hassany, L., Cowan, F.M. et Hontelez, J.A.C. 2022. HIV prevalence among men who have sex with men, transgender women and cisgender male sex workers in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2022 Nov;25(11):e26022. doi: 10.1002/jia2.26022. PMID: 36419343; PMCID:PMC9684687.

49 ONUSIDA. 2024. Atlas des populations clés de l'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>). Consulté entre août et septembre 2024.

50 Ibid.

51 Ibid.

52 Ibid.

53 Tel que rapporté directement par le pays.

54 Ibid.

55 ONUSIDA. 2024. Atlas des populations clés de l'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>). Consulté entre août et septembre 2024.

les personnes incarcérées est estimée à 7% en Afrique du Sud, 12,3% en Zambie, 16,7% au Zimbabwe, 1,4% en RDC, 0,9% au Malawi et 0,4% aux Seychelles.⁵⁶

En ce qui concerne la couverture des populations clés par des services complets de prévention du VIH, les dernières données du tableau de bord de la Coalition mondiale pour la prévention indiquent que la plupart des résultats se situent dans la fourchette "très faible" pour l'utilisation du préservatif et la couverture des interventions de prévention, avec des données insuffisantes pour les communautés transgenres et des personnes qui s'injectent des drogues (figure 2).⁵⁷

Figure 2. Couverture de la prévention du VIH parmi les populations clés

Indicateurs (résultats 2023)	Angola	Botswana	Comores*	RDC	Eswatini	Lesotho	Madagascar	Malawi	Maurice*	Mozambique	Namibie	Seychelles*	Afrique du Sud	Tanzanie	Zambie	Zimbabwe	Source
Utilisation du préservatif déclaré par les travailleuses du sexe avec le client le plus récent (%)		76		48	50	62		65						72		95	GAM/IBBS
Pourcentage de toutes les travailleuses du sexe ayant bénéficié d'au moins deux interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois	51	90		38	9	31	93	68		57			34	90		79	GAM/IBBS/données du programme
Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel anal chez les HSH (%)		78		57	80	46		79					72		58	69	GAM/IBBS
Pourcentage de tous les HSH ayant bénéficié d'au moins deux interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois	3	32		39	29	26	28	65		31	33		10	4	5	26	GAM/IBBS/données du programme
Pratiques d'injection sûres parmi les personnes qui s'injectent des drogues (%)				23													GAM/IBBS
Pourcentage de l'ensemble des toxicomanes ayant bénéficié d'au moins deux interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois				23	37		100	0		40			17	11	3		GAM/IBBS/données du programme
Utilisation du préservatif chez les personnes transgenres (%)				52				50					77			82	GAM/IBBS
Pourcentage de toutes les personnes transgenres ayant bénéficié d'au moins deux interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois				12									2		6	28	GAM/IBBS/données du programme
La stratégie de prévention comprend les éléments essentiels du paquet de mesures de prévention à l'intention des détenus	<50%	<50%		<50%	>50%		<50%	<50%			aucun		>50%	>50%	>50%	>50%	ICPN

très bon

bon

moyen

faible

très faible

données insuffisantes

Source : Données de Global AIDS Monitoring consultées par le biais de l'Atlas des populations clés de l'ONUSIDA entre août et septembre 2024.

Note : * Les pays ne font pas partie de la base de données du tableau de bord de la prévention du DPC ; GAM - Global AIDS Monitoring ; IBBS - integrated bio-behavioural surveys ; NCPI - National Commitments and Policy Instrument.

En 2024, tous les pays de la SADC, à l'exception de l'Angola, ont intégré la PrEP dans leurs protocoles nationaux.⁵⁸ Bien que le nombre total d'utilisateurs de la PrEP dans le monde reste bien inférieur aux objectifs de l'ONUSIDA, son utilisation augmente en Afrique subsaharienne. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, le nombre de personnes ayant reçu une PrEP orale au moins une fois au cours des 12 derniers mois a plus que doublé entre 2021 et 2023.⁵⁹ Cependant, des études ont montré que l'arrêt de la PrEP parmi les populations clés est un défi, et une étude menée en Zambie a conclu que les obstacles à l'utilisation de la PrEP incluaient la confusion avec les traitements antirétroviraux utilisés pour traiter le VIH, la stigmatisation anticipée et les préoccupations concernant les effets secondaires basées à la fois sur des idées reçues et des expériences vécues.⁶⁰ Les identités stigmatisées, en particulier celles des HSH, constituent un obstacle à l'utilisation de la PrEP.⁶¹ La crainte d'être étiqueté à tort comme séropositif est une préoccupation majeure pour les travailleuses du sexe.⁶²

56 Ibid.

57 Le scorecard complet est disponible à l'adresse suivante : https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/key_populations_scorecard_scorecard_0.pdf.

58 OMS. 2024. Updates on HIV policies uptake., juillet 2024. Genève : OMS (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/policy-uptake-ppt-2024-v5_mb.pdf).

59 ONUSIDA. 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins — Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

60 Ibid.

61 Ibid.

62 Stobenau, K., Muchanga, G., Ahmad, S. et al. 2024. Barriers and facilitators to uptake and persistence on prep among key populations in Southern Province, Zambia : a thematic analysis. BMC Public Health 24, 1617 (<https://doi.org/10.1186/>

La PrEP injectable a été largement adoptée dans la région de la SADC. En 2024, le Malawi, l'Afrique du Sud, la Zambie et le Zimbabwe ont introduit la PrEP injectable, avec un total de 3 850 initiations rapportées au cours du premier semestre 2024 dans ces quatre pays.⁶³ En outre, l'anneau vaginal de dapivirine (DVR), une option de PrEP à longue durée d'action pour les femmes, est disponible dans huit pays de la SADC : Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Namibie, Afrique du Sud, Zambie et Zimbabwe.⁶⁴

Il existe peu de données concernant la santé sexuelle et reproductive des populations clés, bien que la littérature soit disponible pour les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. La prévalence de la syphilis chez les HSH varie dans la région de la SADC : 42 % en Eswatini, 3,2 % au Botswana, 1,8 % aux Comores, 4,3 % en Zambie et 4,8 % au Zimbabwe.

La prévalence de la syphilis chez les travailleuses du sexe était d'environ 30% en Eswatini, au Malawi et au Zimbabwe. Le Botswana et la Zambie ont enregistré chacun une prévalence d'environ 10%, et les Comores de 1,5%.⁶⁵ Les seules données enregistrées sur la prévalence de la syphilis chez les personnes transgenres proviennent du Malawi (12%) et de Maurice (29%).⁶⁶

En 2021, l'Afrique comptait 25,6 % du total mondial des cas des quatre IST traitables chez les adultes.⁶⁷ En outre, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès liés au cancer chez les femmes d'Afrique subsaharienne.⁶⁸

Compte tenu de la vulnérabilité des populations clés, cette stratégie vise à rendre opérationnels les engagements mondiaux, continentaux et régionaux actuels et à combler ces lacunes en fournissant aux États membres un cadre pour l'élaboration de programmes spécifiques destinés aux populations clés. La stratégie doit être utilisée conjointement avec les initiatives existantes de la SADC, notamment les normes minimales pour la protection de la santé sexuelle et reproductive des populations clés, le cadre stratégique de la SADC pour le VIH et le sida 2025-2030, la stratégie pour la santé et les droits sexuels et reproductifs dans la région de la SADC 2019-2030, la stratégie régionale et le cadre d'action pour la lutte contre le VIH et le sida 2025-2030, la stratégie et le cadre d'action régionaux de lutte contre les violences basées sur le genre 2018-2030 et les initiatives internationales et continentales existantes, telles que les ODD, le plan d'action de l'Union africaine sur la lutte contre la drogue et la prévention de la criminalité (2019-2023) et le cadre catalytique.

Ce cadre stratégique n'est pas un plan stratégique mais un guide pour les États membres de la SADC. Il vise à fournir des détails sur la manière dont les populations clés restent plus vulnérables au VIH que la population générale. Il identifie en outre les principaux obstacles auxquels les populations clés sont confrontées lorsqu'elles accèdent aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. Le cadre stratégique identifie également les mesures que les États membres peuvent prendre pour lever ces obstacles, réduisant ainsi la vulnérabilité des populations clés au VIH et améliorant leur accès aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive.

s12889-024-19152-y).

63 AVAC. Tableau de bord PrEPWatch (<https://data.prepwatch.org/>).

64 ONUSIDA. 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins — Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

65 ONUSIDA. 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins — Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

66 Ibid

67 OMS. 2021. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. . Genève : OMS. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

68 OMS. 2024. Status of the Cervical Cancer Elimination Initiative in WHO African Region. Brazzaville : OMS.

3. Processus d'élaboration de la stratégie

La stratégie régionale est le résultat d'une série de processus participatifs impliquant des membres des populations clés, les gouvernements, la société civile et des partenaires de développement. Les principales activités ayant contribué à l'élaboration de la stratégie régionale de 2017 et à sa mise à jour en 2024 sont présentées ci-dessous.

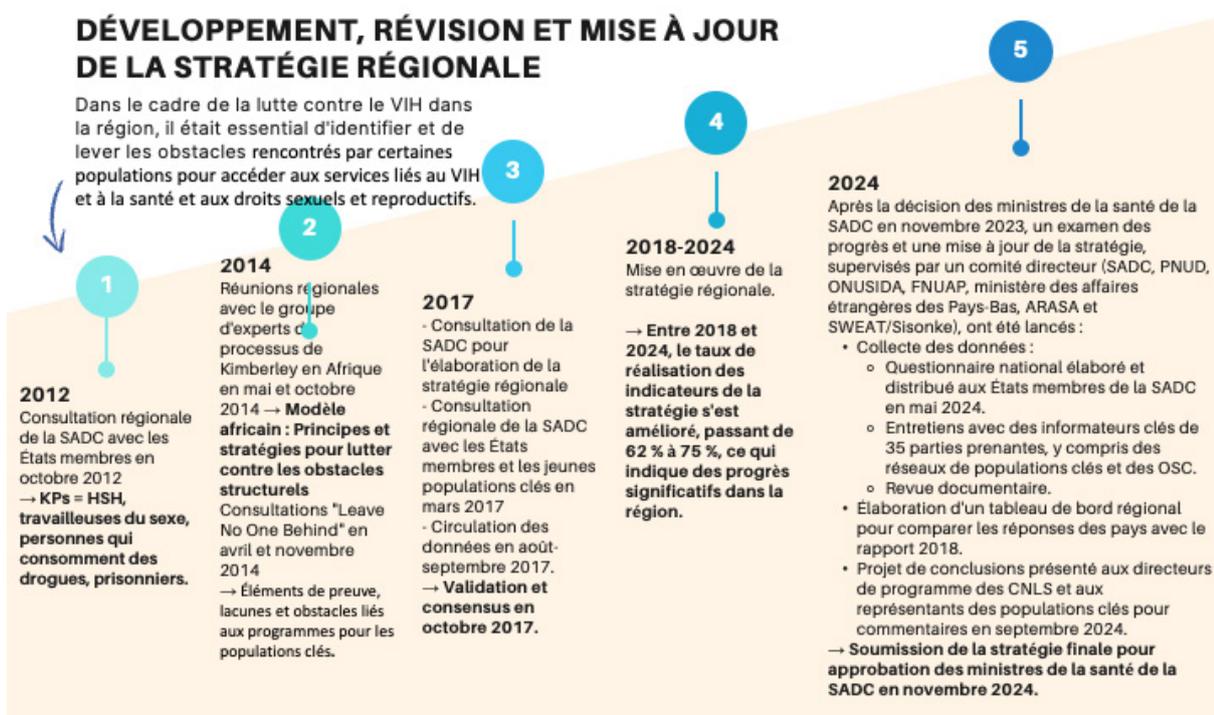
1. Une consultation régionale organisée en 2012 avec les États membres de la SADC a permis de discuter du besoin crucial de se concentrer sur l'accès aux services de santé pour les populations clés et de dégager un consensus sur une définition régionale des populations clés. Une étude documentaire a également été entreprise pour éclairer le processus. Le Groupe d'experts sur les populations clés en Afrique, qui comprenait des travailleuses du sexe, des HSH, des personnes qui s'injectent des drogues et des personnes transgenres de plusieurs pays africains, a élaboré en 2014 un modèle de cadre stratégique régional sur le VIH pour les populations clés en Afrique.⁶⁹ Ce modèle de stratégie, qui était le premier de ce type à être élaboré en Afrique, décrivait les principes et les principaux éléments nécessaires pour s'attaquer aux principaux obstacles structurels à la réalisation d'un programme complet de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH pour les populations clés dans le contexte africain. L'ONUSIDA a également organisé des séances de travail et des consultations régionales pour identifier les lacunes et les obstacles dans les pays et discuter du renforcement de la programmation pour les populations clés. Lorsqu'un projet de stratégie a été prêt en 2017, le secrétariat de la SADC et le PNUD ont organisé des consultations régionales avec les jeunes populations clés et les États membres pour recueillir leurs contributions et leurs commentaires, et le projet a été validé en octobre 2017.
2. La stratégie régionale de la SADC a été mise en œuvre à partir de 2018 et des rapports d'avancement ont été produits chaque année entre 2018 et 2021. Cependant, les rapports n'étaient pas standardisés et ne fournissaient pas d'informations complètes, et il a été décidé qu'un examen complet des progrès était nécessaire en 2024 pour informer la prochaine version de la stratégie. L'évaluation de 2024 était basée sur les processus suivants :
 - Suite à la décision des ministres de la santé de la SADC en novembre 2023, un comité de pilotage, comprenant des représentants de la SADC, du PNUD, de l'ONUSIDA, de l'UNFPA, de l'ARASA (AIDS and Rights Alliance for Southern Africa) et de SWEAT/Sisonke, a été mis en place pour superviser l'évaluation.
 - Un questionnaire national, basé sur le cadre de performance de la stratégie, a été élaboré, traduit et distribué en mai 2024 pour recueillir des données et des retours d'information sur les populations clés. Des sessions d'orientation ont été organisées, avec des suivis continus pour assurer la participation.
 - Des entretiens semi-structurés ont été menés avec 35 parties prenantes, dont des réseaux de populations clés, des organisations de la société civile (OSC), des bailleurs de fonds et des partenaires régionaux.
 - Une étude documentaire complète a été réalisée à partir de la littérature grise et de la littérature évaluée par les pairs, de rapports et de données provenant d'organismes internationaux et d'organisations de la société civile.
 - Les réponses des pays ont été compilées dans un tableau de bord régional et comparées au rapport d'avancement 2018. Un système de notation a été appliqué, avec un code couleur pour l'état d'avancement de la mise en œuvre.

⁶⁹ Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). 2014. Modèle de cadre stratégique régional sur le VIH pour les populations clés en Afrique. New York : PNUD.

- Les données issues de l'analyse documentaire, des questionnaires et des entretiens ont été utilisées pour rédiger le rapport d'avancement, qui a été présenté aux directeurs de programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) et aux représentants des populations clés lors de consultations en ligne et de réunions en personne à l'occasion de la réunion annuelle des directeurs des PNLS de la SADC, afin d'obtenir leurs commentaires.
3. Sur la base de l'examen des progrès réalisés, la stratégie régionale de 2017 a été mise à jour en octobre 2024. Après plusieurs révisions basées sur de multiples consultations, le rapport d'évaluation final et la stratégie actualisée ont été soumis aux ministres de la santé de la SADC pour approbation en novembre 2024.

La figure 3 illustre le processus d'élaboration et de mise à jour de la stratégie régionale 2017 de la SADC.

Figure 3. Processus d'élaboration et de mise à jour de la stratégie régionale 2017 de la SADC



4. Principes directeurs

Les principes directeurs suivants sous-tendent l'élaboration de la stratégie régionale et doivent 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, incluant l'accès à des services adéquats de prévention, de traitement et de soins du VIH, à des services de soutien et à des services de santé sexuelle et reproductive. Les personnes ont en outre les droits suivants, garantis par les lois internationales, régionales et nationales : le droit de ne pas subir de discrimination ; le droit à l'égalité ; le droit de ne pas être soumis à la torture et à des traitements cruels, inhumains et dégradants ; le droit à la dignité ; le droit à la sécurité de la personne ; et le droit à l'information.

4.2 Engagement politique

Un engagement politique de haut niveau est nécessaire pour garantir l'accès universel aux services de santé. Le secrétariat de la SADC et les États membres ont fait preuve d'un tel engagement lors de l'élaboration de cette stratégie régionale et suivront ce même principe lors de sa mise en œuvre.

4.3 Des partenariats efficaces

Reconnaissant la nature complexe et exigeante de l'accès aux services de santé pour les populations clés, la conception et la mise en œuvre de la stratégie régionale nécessitent une coopération continue et durable entre les différentes parties prenantes : gouvernement, populations clés, société civile, secteur privé, organisations régionales et internationales. Les partenariats efficaces seront caractérisés par la transparence, le respect mutuel et la participation active de toutes les parties prenantes, en particulier celles des populations clés, afin de garantir que la stratégie soit inclusive et ait un impact.

4.4 Respect de la diversité

La stratégie régionale reconnaît, respecte et reflète la diversité des expériences, des orientations sexuelles, des expressions et identités de genre, ainsi que des choix professionnels parmi les populations clés. Elle reconnaît et s'engage à faire respecter le droit de chaque personne à l'égalité, à l'équité, à la dignité et à l'absence de stigmatisation et de violence. Elle souligne en outre l'importance de l'intersectionnalité, en reconnaissant que les individus au sein des populations clés naviguent souvent entre des identités et des expériences qui se chevauchent, ce qui peut intensifier leur vulnérabilité à la stigmatisation, à la discrimination et aux inégalités en matière de santé. Les programmes doivent y être attentifs afin de répondre à tous leurs besoins.⁷⁰ La stratégie reconnaît également la complexité de la classification des personnes appartenant à plusieurs groupes de populations clés, car ces identités croisées posent des défis uniques pour lutter contre les disparités en matière de santé et garantir des interventions sur mesure. Pour y remédier, les pays sont encouragés à se concentrer sur la mesure de ce qui est le plus important pour leur épidémie spécifique.

4.5 Participation, inclusion et équité

Tous les efforts ont été déployés pour garantir l'engagement substantiel et significatif des populations clés dans le développement de la stratégie régionale. La stratégie régionale appelle en outre à l'allocation de

⁷⁰ Le Fonds mondial. 2022. Programmation du VIH à l'échelle pour et avec les populations clés : Période d'allocation 2023-2025. Genève : Le Fonds mondial (travail original publié en 2019, mis à jour le 20 décembre 2022).

ressources adéquates, en termes de financement, de temps et d'expertise, pour garantir la participation et la contribution effectives des populations clés, y compris des jeunes, lors de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

4.6 Des programmes fondés sur des données probantes et de la plus haute qualité

La stratégie régionale vise un niveau d'excellence, basée sur des données complètes, précises et actualisées concernant tous les groupes de population clés. À cette fin, les groupes de population clés sont encouragés à participer activement à la collecte de données fiables sur le terrain, ainsi qu'à l'analyse et à la corroboration des données recueillies. La stratégie régionale s'appuiera également sur l'expérience pratique et sur ce qui a déjà été réalisé dans la région et ailleurs pour s'assurer qu'elle est conçue et mise en œuvre selon les normes les plus élevées en matière d'efficacité et d'efficience. En outre, la stratégie encourage l'exploration et l'adoption continues de solutions innovantes, notamment en tirant parti des nouvelles technologies, des outils de santé numérique et des méthodes inédites de mise en œuvre des programmes. En intégrant des avancées de pointe à des pratiques fondées sur des données probantes, la stratégie reste dynamique et adaptée aux nouveaux défis sanitaires, avec pour objectif d'améliorer les résultats en matière de santé pour toutes les populations, en particulier celles qui sont le plus à risque.

4.7 Ne pas nuire

Toutes les précautions nécessaires doivent être prises pour s'assurer qu'aucun membre des groupes de population clés n'est exposé à un risque de préjudice résultant directement ou indirectement de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie régionale.

4.8 Approche transformatrice de l'égalité entre les hommes et les femmes

La stratégie régionale adopte une approche transformatrice du genre qui s'attaque aux causes profondes des inégalités de genre et donne du pouvoir à tous les individus, quel que soit leur sexe. Il s'agit de remettre en question les normes, rôles et stéréotypes sexistes néfastes, de prévenir la violence sexiste, d'éliminer les obstacles d'accès aux services liés au genre et de plaider en faveur de l'égalité de genre.⁷¹

4.9 Approches dirigées par la jeunesse

La stratégie régionale s'engage à donner la priorité aux approches dirigées par les jeunes, adaptées aux jeunes et incluant les jeunes, afin de garantir que les jeunes populations clés jouent un rôle central dans l'élaboration et la mise en œuvre des initiatives en matière de santé. Il s'agit de leur donner les moyens de prendre des positions de leadership dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation réponses au VIH, en reconnaissant leurs perspectives uniques et leurs expériences vécues. La stratégie encourage la collaboration avec des organisations dirigées par des jeunes afin de promouvoir des services adaptés aux jeunes, accessibles, non discriminatoires et adaptés aux besoins des diverses jeunes populations clés.⁷²

71 ONUSIDA. 2024. UNAIDS terminology guidelines. Geneva: UNAIDS. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; Partnership to Inspire, Transform and Connect the HIV Response (PITCH). 2020. What does it take to achieve a gender transformative HIV response? Brighton, UK: PITCH(<https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2020/10/Pitch-Gender-Guide-FINAL.pdf>).

72 ONUSIDA. 2024. Youth Next Level: guidance to strengthen sustainable youth-led HIV responses. Genève : ONUSIDA. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youth-next-level_en.pdf).

5. Obstacles rencontrés par les populations clés

L'identification et l'élimination des obstacles spécifiques auxquels les populations clés sont confrontées dans l'accès aux services liés au VIH et à la SSR constituent un élément essentiel de la riposte au VIH dans la SADC, afin de garantir que personne ne soit laissé pour compte.⁷³ Les HSH, les travailleuses du sexe, les personnes transgenres, les personnes vivant avec le VIH et les détenus ont une prévalence du VIH nettement plus élevée que la population générale, comme le montrent les sections 1 et 2, et leur besoin de services est donc plus important. Il existe un certain nombre de raisons pour lesquelles les populations clés ne peuvent pas accéder aux services nécessaires pour répondre à leurs besoins en matière de santé, notamment la stigmatisation, la discrimination et la violence, les lois punitives, le manque d'informations sur les besoins des populations clés et le manque de programmes, de financements et de services qui leur sont destinés.

5.1 Stigmatisation et discrimination

Toutes les populations clés identifiées dans cette stratégie sont confrontées à des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination qui entravent leur accès aux services de santé, y compris les services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. Les populations clés sont confrontées à la stigmatisation et à la discrimination dans les établissements de soins, sur le lieu de travail, au sein des familles et dans les communautés.

Les données relatives à la stigmatisation et à la discrimination subies par les populations clés sont limitées, mais dans les pays qui ont rapporté cet indicateur, les niveaux restent loin de l'objectif de moins de 10% chez les HSH (31,9% en RDC, 33,9% en Eswatini et 25,7% en Zambie), chez les IST (53,8% aux Comores, 29,9% en RDC, 56,1% en Zambie), chez les travailleurs du sexe (29,6% aux Comores, 33% en RDC et en Eswatini, 61,5% en Zambie et 56,4% au Zimbabwe) et chez les personnes transgenres (32,1% en RDC).⁷⁴

De nombreuses personnes issues des populations clés ont déclaré avoir évité de se rendre dans des établissements de soins de santé au cours des 12 derniers mois en raison de la stigmatisation et de la discrimination. La moitié (49%) des travailleuses du sexe au Malawi, 34% en Eswatini, 43,3% au Zimbabwe, 29,6% aux Comores et 24,2% en Zambie ont évité de se faire soigner pour cette raison.⁷⁵ Parmi les personnes transgenres, 10,8% au Zimbabwe et 36% en RDC ont déclaré avoir évité de se faire soigner en raison de la stigmatisation et de la discrimination.⁷⁶ Pour les HSH, 11,9% aux Comores, 12,9% au Malawi, 8,3% au Zimbabwe, 17,8% en RDC, 24% en Eswatini et 29,3% en Zambie ont évité les soins de santé.⁷⁷ En outre, 14% des personnes vivant avec le VIH en RDC, 54,7% aux Comores et 44,6% en Zambie ont évité les services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination.⁷⁸

73 ONUSIDA. 2021. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA (<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>) ; OMS. 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. (2022). Genève : OMS.

74 Données de l'Observatoire mondial du sida consultées via l'Atlas des populations clés de l'ONUSIDA entre août et septembre 2024.

75 ONUSIDA. 2021. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA (<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>) ; OMS. 2022. Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH pour les populations clés (2022). Genève : OMS.

76 Ibid.

77 Ibid.

78 Ibid.

5.2 La violence

Toutes les populations clés sont particulièrement vulnérables à la violence. Les HSH, les travailleuses du sexe et les personnes transgenres sont susceptibles d'être confrontés aux violences basées sur le genre soit parce qu'ils défont les normes de genre, soit parce qu'elles sont des femmes. Les personnes transgenres sont victimes de harcèlement, de violence physique et d'abus de la part de la police et de particuliers.⁷⁹ En raison de leur vulnérabilité et de leur expérience des abus de la police, les personnes transgenres sont moins susceptibles de s'adresser aux autorités chargées de l'application de la loi ou aux établissements de soins de santé pour obtenir l'aide dont elles ont besoin.

Les seules données disponibles sur la violence à l'encontre des personnes transgenres dans la région de la SADC proviennent de la RDC, où 23,5 % des personnes transgenres ont déclaré avoir subi des violences sexuelles et/ou physiques au cours des 12 dernières années.

Parmi les HSH, 3% au Malawi, 9% en Eswatini, 26,1% en RDC et 25,7% en Zambie ont été confrontés à des violences similaires.⁸⁰ Pour les travailleuses du sexe, les taux varient de 12% à 19% en Eswatini, au Malawi et à Maurice, pour atteindre 27,8% en RDC, 49% au Zimbabwe et 81% en Zambie.⁸¹ En outre, 13% des personnes qui s'injectent des drogues en Zambie et 27,7% en RDC ont déclaré avoir subi des violences sexuelles et/ou physiques au cours de la même période.⁸²

5.3 Absence d'un environnement juridique et politique protecteur

L'absence d'un environnement juridique et politique protecteur est un obstacle important à l'accès des populations clés aux services. Les dernières données (2022) du National Commitments and Policy Instrument 2017- 2024 indiquent que tous les pays de la SADC maintiennent des cadres juridiques punitifs concernant la criminalisation liée à au moins une population clé. Quatorze États membres de la SADC criminalisent certains aspects du travail du sexe, et tous les pays de la SADC criminalisent la possession de petites quantités de drogues - à l'exception de Maurice, qui a récemment modifié la loi pour instaurer une criminalisation conditionnelle - et six pays ont des lois spécifiques criminalisant les relations consensuelles entre adultes de même sexe (figure 4).⁸³

Figure 4. Pays de la SADC dotés de lois discriminatoires et répressives en matière de VIH (NPCI 2017-2024)

Pays dotés de lois pénalisantes et punitives sur le VIH	Angola	Botswana	Comores	RDC	Eswatini	Lesotho	Madagascar	Malawi	Maurice	Mozambique	Namibie	Seychelles	Afrique du Sud	Tanzanie	Zambie	Zimbabwe
Criminalisation ou poursuites fondées sur le droit pénal général en cas de non-divulgateion, d'exposition ou de transmission du VIH								x					x		x	

79 Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH). 2024. La lutte des personnes trans et de la diversité de genre. Genève : OHCHR (<https://www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-sexual-orientation-and-gender-identity/struggle-trans-and-gender-diverse-persons>).

80 ONUSIDA. 2021. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA (<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>) ; OMS. 2022. Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH pour les populations clés (2022). Genève : OMS.

81 Ibid.

82 Observatoire mondial du sida, 2023.

83 Ibid.

Criminalisation des personnes transgenres	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Criminalisation du travail du sexe	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Criminalisation des actes sexuels entre personnes de même sexe en privé	Non	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	*	Non	Non	Oui	Oui	Oui	
Criminalisation de la possession de petites quantités de drogues	Oui	Oui	Oui	Données non disponibles	Oui	Oui	Oui	Oui	**	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

■ Oui ■ Non ■ Données non disponibles

Source : Engagements nationaux et instruments politiques, 2017-2024, complétés par des sources supplémentaires, 2024 (voir les références dans les fiches d'information régionale et <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Note : x Les poursuites sont fondées sur les lois pénales générales ; * Source : ONUSIDA. 2024. L'urgence du présent : Le point sur le sida dans le monde 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf) ; ** Criminalisation conditionnelle. Source : Mauritius Dangerous Drugs Act 2000 : Loi mauricienne sur les drogues dangereuses de 2000, telle qu'amendée en 2022.

L'Afrique du Sud a entamé un processus de décriminalisation du travail du sexe. En outre, parmi tous les pays de la SADC, seule l'Afrique du Sud autorise le changement légal de genre.⁸⁴ Une étape progressive allant au-delà de la criminalisation consisterait à adopter des lois et des politiques qui dépathologisent la diversité des genres et autorisent le changement légal de genre sans intervention chirurgicale. Il s'agit d'une voie nécessaire vers la justice reproductive et l'accès aux services de santé reproductive respectueux de l'identité de genre pour les personnes transgenres.⁸⁵

Maurice a modifié sa loi sur les drogues dangereuses afin d'y inclure des dispositions relatives à une approche alternative pour les personnes soupçonnées de trafic de stupéfiants, reflétant ainsi une évolution vers un cadre juridique axé sur la réinsertion. Une personne arrêtée en possession de petites quantités de drogue peut désormais être orientée vers une cure de désintoxication plutôt que d'être poursuivie, à condition que cette décision soit approuvée par le commissaire de police et le directeur des poursuites publiques. La personne est ensuite évaluée par le Comité administratif des usagers de drogues, opérationnel depuis avril 2024, afin de déterminer si elle est disposée à suivre un traitement et de l'orienter le cas échéant vers un établissement de réhabilitation.

Ces lois punitives rendent les populations clés vulnérables à la violence des forces de l'ordre et d'autres personnes. La dépénalisation pouvant être un processus long, l'ONUSIDA recommande d'assouplir l'application des lois et politiques punitives.⁸⁶ Des pratiques prometteuses telles que le projet Dignité, diversité et maintien de l'ordre des services de police sud-africains peuvent être reproduites pour protéger les populations clés malgré des contextes criminalisants.⁸⁷

De nombreux HSH et travailleurs du sexe hésitent à signaler les violations de leurs droits humains à la police par crainte d'être arrêtés. Ces lois punitives peuvent également rendre les prestataires de soins

84 ONUSIDA. 2022. Engagements nationaux et instrument politique 2021. Genève : ONUSIDA (<https://lawsandpolicies.unaids.org/topicresult?i=923&lan=en>).

85 ONUSIDA. 2024. Le VIH et les personnes transgenres. Le point sur le sida dans le monde. Briefing thématique. Genève : ONUSIDA.

86 ONUSIDA. 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins — Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf).

87 Pour plus d'informations, voir Global Law Enforcement & Public Health Association Inc. 2024. Le projet "Dignité, diversité et maintien de l'ordre" des services de police sud-africains : The South African Police Service's Dignity, Diversity And Policing Project: The Promotion And Protection Of Human Rights, Dignity And Safety For All (<https://glepha.com/the-south-african-police-services-dignity-diversity-and-policing-project-the-promotion-and-protectionof-human-rights-dignity-and-safety-for-all/>).

de santé plus réticents à traiter les populations clés, car ils craignent d'être perçus comme soutenant un comportement illégal.

Les lois punitives et restrictives augmentent la vulnérabilité au VIH des personnes incarcérées et des personnes qui s'injectent des drogues. Les interdictions légales concernant la fourniture d'aiguilles stériles et les traitements de substitution aux opiacés (TSO) entravent directement les efforts de prévention du VIH. Les lois pénales interdisant les activités sexuelles entre personnes de même sexe et les lois pénitentiaires interdisant les relations sexuelles dans les prisons sont souvent considérées comme un obstacle à la distribution de préservatifs dans les prisons.⁸⁸

Outre les lois punitives, très peu de pays de la SADC disposent d'un environnement juridique et politique protecteur. Par exemple, l'absence de lois interdisant la discrimination sur la base de l'identité de genre d'un individu rend les personnes transgenres vulnérables à la discrimination avec peu de recours. La plupart des pays de la SADC ne reconnaissent pas légalement le genre des personnes transgenres, en l'absence de mécanisme de reconnaissance juridique.⁸⁹ En raison de leur marginalisation, les personnes transgenres sont vulnérables aux abus de la police en vertu de lois vagues qui criminalisent le vagabondage ou l'errance.⁹⁰ Les femmes transgenres qui sont des travailleuses du sexe sont harcelées par la police en raison de lois qui criminalisent le travail du sexe. L'absence 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.⁹¹

L'impact interconnecté de la stigmatisation, de la discrimination et des barrières institutionnelles sur les résultats en matière de VIH montre comment la stigmatisation et la discrimination des populations clés par les prestataires de soins de santé et la communauté en général pour des raisons culturelles et morales les rendent susceptibles d'être victimes de violences de la part d'individus privés et/ou d'agents des forces de l'ordre.

En raison de l'hostilité qui prévaut à l'égard des populations clés en Afrique australe, les actes de violence à leur encontre ne sont pas pris au sérieux ; en l'absence de mécanismes juridiques transformateurs, efficaces ou adaptés aux besoins des populations clés, ces actes ne sont ni documentés ni poursuivis, demeurant impunis. Cette impunité est implicitement et institutionnellement entretenue par la criminalisation d'actes couramment pratiqués par les populations clés et par d'autres lois punitives/discriminatoires, qui les éloignent des services par crainte d'être démasquées, jugées ou dénoncées par les prestataires de services.

En outre, les normes sociétales dominantes liées aux jugements moraux concernant les populations clés peuvent considérablement entraver la prestation de services de santé essentiels, tels que les programmes de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues. Ces normes reflètent souvent une résistance à l'acceptation d'une approche viable et éprouvée.

À la fin de ce cycle, le résultat est une augmentation des infections par le VIH, des résultats médiocres en matière de santé sexuelle et reproductive et le maintien des populations clés dans le rôle de vecteurs ou de poches de transmission du VIH, de décès liés au sida et d'échec d'efforts de prévention. Cela alimente une association biaisée de l'identité des populations clés avec un risque élevé de VIH et d'IST (pathologisation), entraînant une stigmatisation supplémentaire.

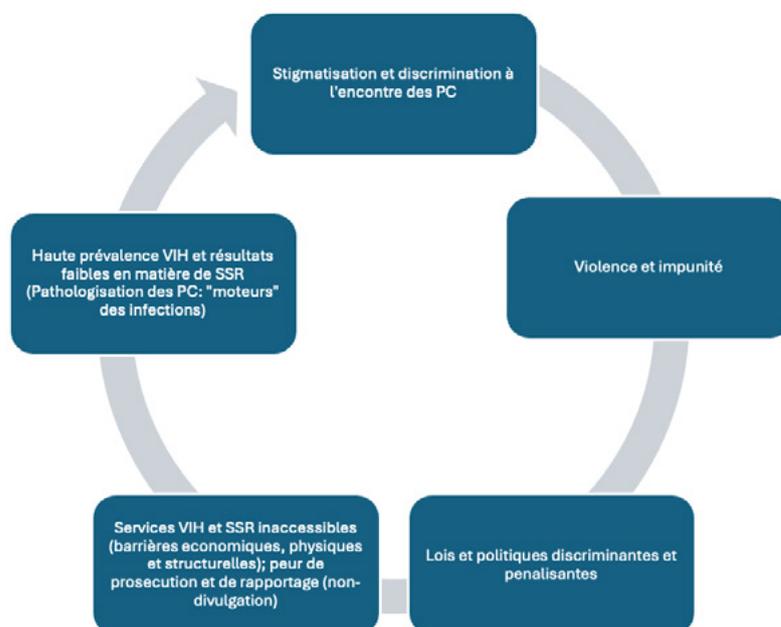
88 Struthers, J. 2023. Locked up and forgotten: African prisoners have been left behind in the fight against HIV . AIDSmap (<https://www.aidsmap.com/news/dec-2023/locked-and-forgotten-african-prisoners-have-been-left-behind-fight-against-hiv>).

89 Centre des litiges d'Afrique australe (SALC). 2016. Laws and Policies Affecting Transgender Persons in Southern Africa. Johannesburg : SALC.

90 Divan, V. et al. 2016. Transgender Social Inclusion and Equality: A Pivotal Path to Development (L'inclusion sociale et l'égalité des transgenres : une voie essentielle vers le développement). Journal of the International AIDS Society 19 (2).

91 OMS. 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : GENEVE : OMS. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Figure 5. L'impact interconnecté de la stigmatisation, de la discrimination et des barrières institutionnelles sur les résultats en matière de VIH



Cela souligne l'importance de favoriser la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les agents des forces de l'ordre, les dirigeants communautaires et les personnalités religieuses afin de modifier les perceptions, d'instaurer la confiance et de promouvoir la santé et les droits des populations clés. Des progrès durables nécessitent des efforts coordonnés pour aligner les stratégies de santé publique sur l'acceptation sociale, en veillant à ce que les services de réduction des risques soient accessibles, soutenus et mis en œuvre de manière efficace.

5.4 Manque de données

Il existe un manque d'informations sur les besoins des populations clés dans la SADC, ce qui rend difficile la mise en place de programmes efficaces. Les données concernant les jeunes populations clés, les personnes transgenres, les détenus et les personnes qui utilisent des drogues sont particulièrement limitées. Actuellement, seuls cinq pays de la SADC font état de la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, tandis que quatre pays disposent de données sur la prévalence des personnes transgenres. Trois pays ne disposent d'aucune donnée de prévalence pour les populations clés.⁹²

Bien que la plupart des pays de la SADC disposent de certaines données concernant la prévalence du VIH parmi les HSH et les travailleuses du sexe, les informations détaillées telles que la répartition géographique des HSH et des travailleuses du sexe et la prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe masculins dans les États membres sont pratiquement inexistantes.⁹³

En outre, comme l'indique l'évaluation de l'état d'avancement de la stratégie (2024), il existe des lacunes dans les estimations nationales de la taille des populations clés dans la région de la SADC. Treize pays disposent d'estimations pour les HSH, 12 pour les travailleurs du sexe, 8 pour les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres, et 5 pour les personnes incarcérées. Des préoccupations persistent quant à la mise en œuvre d'études plus représentatives au niveau national. Ces lacunes entravent la capacité à mettre en œuvre des interventions ciblées sur le VIH.

⁹² ONUSIDA. 2024. Observatoire mondial du sida 2024. Genève : ONUSIDA.

⁹³ Divan, V. et al. 2016. Transgender Social Inclusion and Equality: A Pivotal Path to Development (L'inclusion sociale et l'égalité des transgenres : une voie essentielle vers le développement). Journal of the International AIDS Society 19 (2).

Les données sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, tels que les services de planification familiale et de santé maternelle, y compris les services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) pour les populations clés, sont également absentes. Ces données seraient pourtant essentielles pour construire un parcours PTME spécifique aux populations clés (le cas échéant).

Les initiatives de suivi menées par les communautés, si elles incluent les populations clés, constituent une opportunité de générer des données sur les obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès aux services, et de proposer des stratégies pour y remédier.

Il est essentiel non seulement de produire des données sur divers aspects liés aux différentes populations clés afin d'éclairer les politiques, mais aussi les désagréger délibérément pour identifier les goulets d'étranglement dans les modèles de prestation actuels et les lacunes dans la couverture des services liés au VIH et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.

5.5 Manque de programmes, de financements et de services destinés aux populations clés

Dans les pays de la SADC, les fonds consacrés à la programmation spécifiquement destinée aux populations clés sont limités, ce qui se traduit par une offre insuffisante de services répondant efficacement à leurs besoins.

Lors de l'évaluation des progrès réalisés dans le cadre de la stratégie régionale de 2017, seuls trois pays ont pu estimer la proportion du financement de la lutte contre le VIH pour les interventions auprès des populations clés, et cinq pays ont pu estimer le pourcentage du budget nécessaire pour les interventions auprès des populations clés à l'échelle nationale qui est actuellement financé, ce taux variant entre 3 % et 17 %.

La plupart des pays de la SADC dépendent fortement du financement international pour les interventions de lutte contre le VIH auprès des populations clés, et seuls quelques-uns d'entre eux font état d'un financement national significatif pour ces populations.⁹⁴ Le Botswana a indiqué en 2019 que 100 % des interventions destinées aux personnes transgenres étaient financées au niveau national, et l'Afrique du Sud a indiqué que 25 % des interventions ciblant les prisonniers et 34 % ciblant les travailleuses du sexe étaient financées au niveau national.⁹⁵ Maurice a indiqué que 90 % du financement de son programme de TSO provenait de fonds nationaux, et les Seychelles ont indiqué que plus de 90 % de leur programme de lutte contre le VIH était financé par des ressources domestiques.⁹⁶

Le Botswana a fait état d'un financement national de 5 % pour les interventions auprès des HSH en 2019, et d'autres pays comme l'Angola, le Malawi, le Mozambique et l'Afrique du Sud déclarent dépendre entièrement du financement international pour ces interventions ; de même, les interventions auprès des travailleuses du sexe, des personnes qui s'injectent des drogues, des personnes transgenres et des prisonniers dans d'autres pays affichent une forte dépendance à l'égard du financement international.

En comparaison, la dépendance globale des donateurs pour les programmes de lutte contre le VIH dans l'AEA était de 61 % en 2023.⁹⁷ Les exemples de financement des interventions ciblant les populations clés dans la région de la SADC tendent à montrer une dépendance encore plus forte vis-à-vis du financement international que le taux global dans la région de l'AEA. Nombre de ces interventions en faveur des populations clés dépendent entièrement du soutien international, ce qui soulève des préoccupations quant à leur durabilité. Des changements dans les priorités des donateurs ou des réductions de l'aide internationale pourraient avoir un impact significatif sur la continuité et l'efficacité des programmes de prévention et de prise en charge du VIH pour les populations clés.

94 Rapports nationaux de Global AIDS Monitoring, dernière mise à jour en juillet 2024 : <https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html#>.

95 Ibid.

96 Rapporté directement par le pays.

97 Données de référence de l'ONUSIDA, 2023.

Actuellement, les progrès dans les interventions auprès des populations clés sont largement déterminés par les priorités des bailleurs de fonds, ce qui représente une opportunité pour le secrétariat de la SADC d'assurer une meilleure cohérence entre les stratégies régionales et ces efforts, de veiller à ce que les programmes en faveur des populations clés restent une priorité dans l'agenda des bailleurs, et de promouvoir une collaboration plus alignée et des initiatives de cofinancement. Une augmentation des investissements domestiques améliorerait également la durabilité des interventions ciblant les populations clés.

Au-delà des problèmes de financement, il existe des lacunes importantes dans la programmation et la prestation de services aux populations clés dans les pays de la SADC. Bien que des efforts importants aient été déployés en matière de prévention et de traitement du VIH, avec des initiatives telles que des modèles de prestation de services adaptés aux populations clés, certains services restent sous-développés ou complètement absents dans de nombreux contextes. Par exemple, l'accès aux services de santé mentale est limité dans une grande partie de la région de la SADC, en particulier pour les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres et les prisonniers.

De même, il n'existe pas de programmes répondant aux besoins des personnes qui s'injectent des drogues qui ont besoin de programmes d'échange de seringues sûrs et d'un accès à des services de réduction des risques. Malheureusement, dans la plupart des États membres de la SADC, aucun programme de TSO n'est disponible. Dans des pays comme la RDC, l'Afrique du Sud et la République-Unie de Tanzanie, où des TSO et d'échange de seringues sont disponibles, les programmes sont souvent à petite échelle et limités en raison de lois répressives liées à la consommation de drogues. Maurice et les Seychelles sont les deux seuls pays à faire état d'institutions spécialisées dans les programmes de réduction des risques, qui sont largement disponibles au niveau national et financés par des ressources domestiques.

5.6 Lacunes dans la prise en compte des besoins des jeunes populations clés

Les jeunes populations clés ont des besoins spécifiques en matière de soins de santé qui sont insuffisamment pris en compte dans la région de la SADC, de nombreux pays n'offrant pas d'interventions et de programmes ciblés. Comme les jeunes en général, ils ont besoin de services adaptés à leur stade de développement.⁹⁸ La santé, le bien-être et les perspectives de vie des adolescents dépendent de leur capacité à accéder à des services de santé sexuelle et reproductive de bonne qualité.⁹⁹

Cependant, ils sont confrontés à divers défis dans la région, notamment des obstacles juridiques, sociaux et politiques. Les systèmes de santé ont tendance à s'adresser aux adultes, les services peuvent être coûteux et l'obligation légale d'obtenir le consentement des parents ou des soignants pour le dépistage du VIH constitue un obstacle majeur dans de nombreux pays. La stigmatisation et les normes sociales restrictives rendent les services encore plus inaccessibles aux jeunes populations clés.¹⁰⁰

La couverture du dépistage du VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans est, en moyenne, inférieure de 9 points de pourcentage dans les pays qui exigent le consentement parental pour les moins de 18 ans, par rapport aux pays où l'âge requis pour le dépistage est de 16 ans ou moins.¹⁰¹ L'OMS recommande de supprimer ou d'assouplir ces lois relatives à l'âge d'accès¹⁰² pour améliorer les comportements de recherche de santé des adolescents et augmenter les taux de dépistage du VIH.¹⁰³

98 Rosen, J.G., Stone, E.M. et Mbizvo, M.T. 2023. Age-of-consent requirements and adolescent HIV testing in low-and middle-income countries : multinational insights from 51 population-based surveys. *Int J STD AIDS* 34(3):168-174.

99 Starrs, A.M., Ezeh, A.C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R. et al. 2018. Accelerate progress: sexual and reproductive health and rights for all- rapport de la Commission Guttmacher-Lancet. *Lancet* 391(10140):2642-2692.

100 Ninsiima, L.R., Chiumia, I.K. et Ndejjo, R. 2021. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health* 18(1):135.

101 Rosen, J.G., Stone, E.M. et Mbizvo, M.T. 2023. Age-of-consent requirements and adolescent HIV testing in low-and middle-income countries : multinational insights from 51 population-based surveys. *Int J STD AIDS* 34(3):168-174.

102 OMS. 2021. Directives consolidées sur la prévention, le dépistage, le traitement, la prestation de services et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique. Genève : OMS (<https://www.who.int/publications/item/9789240031593>).

103 McKinnon, B. et Vandermorris, A. 2019. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a

Dans certains pays, il existe des pratiques prometteuses, telles que l'élaboration d'une stratégie visant à garantir des interventions fondées sur des données probantes pour les jeunes populations clés en Afrique du Sud et l'élaboration d'un protocole de gestion médicale pour les personnes intersexuées en Zambie.

propensity-score matched study. Bull World Health Organ. 97(1):42-50.

6. Justification de la stratégie

En raison de la vulnérabilité accrue des populations clés, il est essentiel de s'attaquer aux obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. L'élimination de ces obstacles pour toutes les populations clés augmentera leur utilisation des services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive, ce qui permettra de réduire le nombre de personnes laissées pour compte. Cela aidera également les pays à respecter les engagements pris aux niveaux national, régional, continental et mondial, à se conformer aux obligations juridiques internationales et régionales et à en tirer des bénéfices économiques.¹⁰⁴

Les États membres ont pris de nombreux engagements aux niveaux national, régional, continental et international, tels que les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et la santé sexuelle et reproductive, le cadre catalytique et les objectifs du Millénaire pour le développement, afin de répondre aux besoins de santé des populations clés, tout en reconnaissant qu'elles sont les plus exposées au risque d'être laissées de côté. S'attaquer aux obstacles auxquels les populations clés sont confrontées peut constituer une avancée significative dans le respect de ces engagements.

L'élimination des obstacles auxquels les populations clés sont confrontées dans l'accès aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive peut également garantir le respect des obligations juridiques internationales et régionales. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples garantit aux individus le droit à la santé et exige des États membres de « prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé de leur population et veiller à ce qu'elle reçoive des soins médicaux en cas de maladie ». ¹⁰⁵ Elle 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 et à des traitements cruels, inhumains et dégradants, ainsi que le droit à l'information.¹⁰⁶

De même, au niveau mondial, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, entre autres, garantissent également les mêmes droits aux individus. 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 sexuels et reproductifs et impose aux États membres de « fournir des services de santé adéquats, abordables et accessibles, y compris des programmes d'information, d'éducation et de communication à l'intention des femmes », entre autres.¹⁰⁷ La résolution 275 de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples protège spécifiquement le droit des personnes à ne pas subir de violence en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, réelle ou supposée.¹⁰⁸ L'amélioration de l'accès aux services pour les populations clés répond à un grand nombre de ces obligations juridiques.

Alors que de nombreux pays de la SADC progressent de manière significative vers la réalisation des objectifs 95-95-95, les populations clés, qui ont toujours été confrontées à des risques plus élevés d'infection par le VIH, continuent de supporter un fardeau disproportionné de la maladie. Dans ce contexte, le concept d'épidémie dynamique émerge, soulignant la nécessité d'une attention soutenue et d'interventions ciblées là où l'épidémie est la plus active et la plus difficile à contrôler. Lever les obstacles identifiés ci-dessus et s'attaquer à l'épidémie dynamique relève également du bon sens économique. Que l'épidémie soit concentrée ou généralisée, un investissement plus important dans les populations

104 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). 2016. For Every Child, End AIDS: Seventh Stocktaking Report.. New York : UNICEF (<https://data.unicef.org/resources/every-child-end-aids-seventh-stocktaking-report-2016/>).

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

106 D'autres régions ont également reconnu le droit aux moyens de subsistance comme faisant partie du droit à la vie, entre autres. Voir, par exemple, ASK vs. Government of Bangladesh. Cour suprême du Bangladesh. Recours n° 3034 de 1999.

107 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.

108 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. 2014. 275 : Résolution sur la protection contre la violence et les autres violations des droits de l'homme à l'encontre des personnes sur la base de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre réelle ou supposée. Banjul : Commission africaine des droits de l'homme et des peuples.

clés d'un pays est susceptible d'améliorer le rapport coût-efficacité de la riposte au VIH. En outre, l'intégration du VIH et de la santé sexuelle et reproductive est susceptible de réduire 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 plus utilement ailleurs.

7. Interventions programmatiques pour les populations clés

La communauté internationale a identifié un certain nombre d'interventions programmatiques efficaces pour améliorer l'accès des populations clés aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive :¹⁰⁹

- lever les barrières juridiques, politiques, structurelles et socioculturelles ;
- garantir les engagements financiers ;
- renforcer les moyens d'action de la communauté en général et des populations clés ;
- lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la vulnérabilité à la violence ; et
- garantir la disponibilité et l'accès à des services de santé complets.

7.1 Lever les barrières juridiques, politiques, structurelles et socioculturelles

Les obstacles juridiques, politiques, structurels et socioculturels influencent le risque d'infection par le VIH. Il est essentiel de veiller à ce que ces facteurs contribuent positivement à la mise en place d'un environnement favorable à la réalisation et à l'impact des interventions. Si ces obstacles ne sont pas levés, l'impact des interventions du secteur de la santé sera limité. Les activités essentielles visant à lever les obstacles juridiques, politiques, structurels et socioculturels sont, entre autres, les suivantes :

- former et sensibiliser les populations clés, y compris les jeunes, aux lois pertinentes, à leurs droits humains et à la manière d'accéder à la justice ;
- plaider en faveur de la révision et de la réforme des lois et des politiques punitives ;
- aborder les lois et politiques relatives à l'âge d'accès qui limitent l'accès autonome des jeunes aux services liés au VIH ;
- permettre l'accès à la justice et engager des poursuites en cas de violations des droits des populations clés ;
- mettre en place des programmes d'aide juridique et d'autonomisation juridique des populations clés afin d'améliorer l'accès à la justice ;
- faire appliquer les lois protectrices ;
- former la police et les forces de l'ordre à réduire le harcèlement, la violence et les arrestations arbitraires à l'encontre des populations clés ;
- favoriser la coopération entre la police et les secteurs de la santé publique afin d'améliorer l'accès aux services pour les personnes les plus à risque ;
- faire participer les organisations confessionnelles, les chefs religieux et les communautés religieuses aux efforts de santé publique et favoriser la diffusion de messages inclusifs ;
- lutter contre les violences basées sur le genre à travers des réformes juridiques, des programmes communautaires et des services d'aide aux victimes ; et

¹⁰⁹ OMS. 2022. Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : OMS ; ONUSIDA. 2021. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. Genève : ONUSIDA ; Fonds mondial. 2022. HIV programming at scale for and with key populations: Allocation period 2023–2025. Genève : Le Fonds mondial (travail original publié en 2019, mis à jour le 20 décembre 2022).

- promouvoir l'égalité de genre, l'autonomie des femmes et l'engagement des hommes dans la transformation des normes de genre néfastes.

7.2 Garantir les engagements financiers

L'allocation de ressources financières suffisantes à la programmation pour les populations clés est nécessaire pour lever les obstacles. Les organisations et les réseaux de populations clés doivent être soutenus et financés pour planifier, mettre en œuvre et contrôler les services. Les activités essentielles consistent, entre autres, à assurer la mobilisation et la durabilité des ressources et à augmenter le financement national dans la mesure du possible afin de garantir que tous les éléments essentiels du programme soient budgétisés.

7.3 Renforcer les moyens d'action de la communauté en général et des populations clés

La participation et le leadership des populations clés sont essentiels à l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH. Conformément à l'objectif 30-80-60 de l'ONUSIDA,¹¹⁰ les pays de la SADC s'efforceront de faire en sorte qu'au moins 30 % des services de dépistage et de traitement, 80 % des programmes de prévention du VIH destinés aux populations clés et 60 % des programmes de soutien aux facteurs sociétaux soient mis en œuvre par des organisations dirigées par la communauté. Les activités essentielles pour garantir que les populations clés participent de manière significative aux interventions programmatiques comprennent, entre autres, le développement et le renforcement des organisations et des réseaux de populations clés ; le soutien au renforcement des capacités et l'encadrement des populations clés pour leur permettre de participer à tous les niveaux d'un programme ; le renforcement de la gestion et des capacités organisationnelles des structures de populations clés ; et le soutien et l'appui à une mobilisation communautaire plus large et à des mouvements sociaux.

7.4 Lutter 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 permetent de réduire les obstacles à l'accès aux services essentiels. Les activités clés incluent, entre autres, la formation des agents chargés de l'application de la loi (en particulier la police), des travailleurs de la santé et des magistrats, ainsi que le renforcement de la responsabilité institutionnelle de la police pour faire respecter les droits des populations clés. Les programmes doivent également être mis à l'échelle pour avoir un impact à grande échelle et garantir la sécurité de ceux qui recherchent et fournissent des services.

7.5 Garantir la disponibilité et l'accès à des services de santé complets

Plusieurs interventions ont montré leur efficacité pour garantir la disponibilité et l'accès à des services de santé complets. Conformément aux lignes directrices de l'OMS, le paquet des services essentiels recommandés pour les populations clés est présenté dans le tableau 1.

Dans les pays où les populations clés bénéficient d'un paquet complet de services, il est possible d'en tirer des données spécifiques, telles que les cascades de prévention de la transmission mère-enfant pour les travailleuses du sexe prises en charge pendant la grossesse, afin de mieux cerner la nécessité d'interventions plus personnalisées.

Les activités essentielles incluent, entre autres, la fourniture de services de santé, de services psychosociaux, de services juridiques et d'autres services de soutien aux populations clés victimes de violences ; la fourniture d'une combinaison de services de prévention, de traitement et de soins du VIH à fort impact, fondée sur des données probantes et centrée sur les personnes ; le recrutement d'agents de

¹¹⁰ ONUSIDA. 2021. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA, p. 141 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>).

proximité et leur formation à la mise en œuvre de services de proximité et à l'établissement de liens avec les services ; la création d'espaces sûrs afin d'offrir aux membres de la communauté un lieu confortable pour se détendre, se reposer, obtenir des informations et interagir entre eux et avec le programme ; l'établissement de liens avec d'autres services de santé dont les populations clés ont besoin ; et la mise en place de services de proximité virtuels et d'interventions en ligne afin de compléter la programmation en personne et d'étendre la portée des services. Des modèles de prestation de services différenciés garantissent que ces services sont plus accessibles et plus acceptables pour les populations clés.

Toutes les interventions doivent tenir compte de l'âge et répondre aux besoins spécifiques des différents groupes d'âge au sein des populations clés afin de fournir des soins appropriés et efficaces tout au long de la vie.

Tableau 1. Paquet de services essentiels recommandés pour les populations clés, conformément aux lignes directrices de l'OMS, 2022

Interventions		Travailleuses du sexe	HSH	Personnes transgenres	Personnes qui s'injectent des drogues	Prisonniers	
Essentiel pour l'impact	Interventions de santé	Prévention du VIH, de l'hépatite virale et des IST Préservatifs et lubrifiants Prophylaxie pré-exposition pour le VIH Prophylaxie post-exposition pour le VIH et les IST Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B Vaccination contre l'hépatite B Lutte contre le chemsex	✓	✓	✓	✓	✓
		Diagnoses Dépistage du VIH Dépistage des IST Dépistage de l'hépatite B et C	✓	✓	✓	✓	✓
		Traitement Traitement du VIH Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée au VIH Traitement des IST Traitement de l'hépatite B et C	✓	✓	✓	✓	✓
	Interventions habitantes	Suppression des lois, politiques et pratiques punitives Réduction de la stigmatisation et de la discrimination Autonomisation des communautés Lutte contre la violence	✓	✓	✓	✓	✓
Essentiel pour une meilleure santé globale	Interventions de santé	Santé mentale	✓	✓	✓	✓	✓
		Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances	✓	✓	✓	✓	✓
		Santé anale	✓	✓	✓		✓
		Conception et soins de grossesse	✓		✓	✓	✓
		Contraception	✓		✓	✓	✓
		Soins d'affirmation de genre			✓		
		Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus	✓		✓	✓	✓
		Avortement sans risque	✓		✓	✓	✓
		Prévention, dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose				✓	✓
		✓	Interventions communes à toutes les populations clés				

8. Objectif, résultats et principaux résultats

Objectif

Guider l'adoption et l'institutionnalisation d'un ensemble de mesures standardisées et exhaustives qui répondent aux défis uniques que pose la fourniture de droits et de services équitables et efficaces en matière de VIH et de SSR aux populations clés dans les pays de la SADC.

La stratégie régionale est prévue pour servir de guide aux États membres pour concevoir et mettre en œuvre des programmes appropriés de prévention, de traitement et de soins en matière de SSR et de VIH pour les populations clés, en mettant l'accent sur les enjeux majeurs à traiter aux niveaux politique, juridique, institutionnel et opérationnel. Plus précisément, les États membres utiliseront la stratégie pour:

- concevoir et mettre en œuvre des programmes efficaces de prévention, de traitement et de soins en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH, qui répondent aux besoins des populations clés ;
- concevoir un paquet de services pour les populations clés, conformément au paquet de services standard par la stratégie régionale ;
- garantir une participation active et significative des groupes de populations clés à la conception et à la mise en œuvre de la stratégie régionale aux niveaux national et infranational ; et
- mobiliser les organisations gouvernementales et non gouvernementales, les OSC et les autres parties prenantes autour d'un ensemble de stratégies éprouvées fondées sur leurs avantages comparatifs.

Résultats

Une fois pleinement mise en œuvre, la stratégie régionale devrait permettre de :

- accroître ou garantir la disponibilité des services de prévention, de traitement et de soins en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH pour toutes les populations clés de la région de la SADC ;
- concevoir et mettre en œuvre des stratégies holistiques aux niveaux politique, juridique, institutionnel et opérationnel dans la région de la SADC ;
- améliorer l'accès des populations clés à des services complets et de qualité en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive dans tous les États membres, de manière à ce que 95 % des membres des populations clés aient accès à ces services ; et
- garantir une mobilisation et une utilisation adéquates et durables des ressources pour les services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive destinés aux populations clés.

Principaux résultats

Domaine de résultats clé n° 1 : la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés, en particulier dans les lieux de prestation de services, sont éliminées.

Domaine de résultats clé n° 2 : la violence à l'encontre des populations clés est significativement réduite.

Domaine de résultats clé n° 3 : les programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de SSR et de VIH sont intensifiés pour les populations clés, en particulier les jeunes, conformément au paquet de services de base, et sont fondés sur des données probantes et axés sur les résultats.

Domaine de résultats clé n° 4 : une réduction des obstacles juridiques, politiques et culturels qui entravent l'accès des populations clés aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive.

Figure 6. Théorie du changement de la Stratégie régionale pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH, ainsi que pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des populations clés



9. Stratégies et indicateurs

Domaine de résultats clé (DRC) n° 1 : La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés, notamment dans les lieux de prestation de services, sont éliminées.

Indicateurs DRC :

A. Pourcentage de populations clés déclarant avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination

B. Pourcentage de populations clés évitant de recourir aux services de santé par crainte de la stigmatisation et de la discrimination

Résultat 1.1 : Les mécanismes régionaux et nationaux de documentation et de lutte contre la stigmatisation sont renforcés

Stratégies	Indicateurs	Organismes de mise en œuvre et partenaires
<p>1.1.1 : Renforcer les partenariats pour réduire la stigmatisation des populations clés : Mettre en place des systèmes régionaux et nationaux afin d'établir et d'opérationnaliser des mécanismes de prévention, de documentation et de réponse aux situations qui mettent les populations clés en danger.</p>	<p>1. # Nombre d'États membres disposant de mécanismes institutionnalisés accessibles aux populations clés pour répondre à la stigmatisation dont elles font l'objet</p> <p>2. # Nombre d'États membres ayant mis en œuvre une formation visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés dans les domaines suivants : (i) santé ; (ii) judiciaire ; (iii) forces de l'ordre ; et (iv) cadres religieux/chefs traditionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secrétariat de la SADC • Conseils nationaux de lutte contre le sida (CNLS) • Ministères de la santé (MS) • Ministères de la justice/procureur général • Organisations et réseaux régionaux de populations clés OSC • Associations professionnelles des secteurs de la justice, des soins de santé, de l'application de la loi et de l'encadrement religieux/traditionnel • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement • Agences des Nations Unies

Domaine de résultats clé n° 2 : la violence à l'encontre des populations clés est significativement réduite

Indicateur DRC :

C. Pourcentage de populations clés ayant subi des violences au cours des 12 derniers mois

Résultat 2.1 : L'accès à la justice pour les populations clés victimes de violences est amélioré

Stratégies	Indicateurs	Organismes de mise en œuvre et partenaires
<p>2.1.1 : Renforcer l'accès à la justice pour les populations clés : Élaborer et mettre en œuvre des mécanismes d'accès à la justice pour les populations clés.</p>	<p>3. # Nombre d'États membres fournissant des services d'aide juridique accessibles aux populations clés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNLS/MS • Ministères de la justice/procureurs généraux • Associations judiciaires et organismes professionnels juridiques • Organismes chargés de l'application de la loi (police et autres) • Organisations et réseaux régionaux de populations clés OSC • Experts en droit et en droits humains • Commissions nationales des droits humains • Agences des Nations Unies • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement

Domaine de résultats clé n° 3 : les programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de SSR et de VIH sont intensifiés pour les populations clés, en particulier les jeunes, conformément au paquet de services de base, et sont fondés sur des données probantes et axés sur les résultats.

Indicateurs DRC :

D. Prévalence du VIH parmi les populations clés

E. Prévalence de la syphilis parmi les populations clés

F. Dépistage du VIH et sensibilisation au statut sérologique parmi les populations clés

G. Couverture des programmes de prévention combinée du VIH parmi les populations clés

H. Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH dans les populations clés

I. Dépenses liées au VIH par origine des ressources

J. Nombre de pays produisant des enquêtes bio-comportementales intégrées et des estimations de taille de population pour au moins deux groupes de populations clés.

K. Nombre de pays utilisant les données de surveillance des populations clés à des fins programmatiques

L. Niveau d'engagement des populations clés dans les réponses nationales

Résultat 3.1 : L'accès des populations clés à des services de qualité et fondés sur des données probantes est amélioré		
Stratégies	Indicateurs	Organismes de mise en œuvre et partenaires
3.1.1 : Élaborer et mettre en œuvre un ensemble régional standard de services pour les populations clés : Apporter un soutien technique aux États membres pour élaborer et fournir à toutes les populations clés un paquet standard de services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins en matière de SSR et de VIH qui soient efficaces, volontaires, fondés sur des données probantes, et favorisant l'autonomisation communautaire	4. # Nombre d'États membres fournissant le paquet de services décrits dans les lignes directrices de l'OMS de manière à ce qu'ils soient accessibles à toutes les populations clés.	<ul style="list-style-type: none"> • CNLS/MS • Organisations et réseaux régionaux de populations clés OSC • Agences des Nations Unies • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement
3.1.2 : Renforcer les capacités des décideurs politiques et des prestataires de soins de santé : Veiller à ce que les États membres rendent les services de SSR et de VIH disponibles, et acceptables pour les populations clés, sur la base des principes de l'éthique médicale, de lutte contre la stigmatisation dans les établissements de soins de santé, et respect des droits à la santé et à l'équité, y compris la et la confidentialité.	5. # Nombre d'États membres ayant validé des protocoles nationaux incluant des principes éthiques spécifiques aux populations clés pour : (i) les services intégrés ; (ii) prévention combinée ; (iii) prestation de services différenciés ; (iv) services juridiques et sociaux ; et (v) services de proximité.	<ul style="list-style-type: none"> • CNLS/MS • Organisations et réseaux régionaux de populations clés OSC • Associations de professionnels de la santé • Agences des Nations Unies • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement
Résultat 3.2 : Le financement des services destinés aux populations clés augmente		
Stratégies	Indicateurs	Organismes de mise en œuvre et partenaires
3.2.1 : Identifier et mobiliser des ressources pour les interventions auprès des populations clés : Mobiliser des ressources suffisantes pour fournir des services de SSR et de VIH durables et élargis à tous les groupes de population clés et veiller à ce que les ressources soient utilisées de manière efficace et équitable.	6. # Nombre d'États membres disposant d'allocations budgétaires spécifiques pour les interventions et les programmes en faveur des populations clés dans leurs plans stratégiques nationaux ou leurs budgets annuels 7. # Nombre d'États membres mobilisant des fonds supplémentaires pour les interventions auprès des populations clés	<ul style="list-style-type: none"> • Secrétariat de la SADC • CNLS/MS • Chefs d'État et autres chefs de gouvernement • Ministères des finances • Commissions parlementaires de la santé/budget • Secteur privé • Organisations et réseaux régionaux de populations clés • OSC • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement
Résultat 3.3 : Les données épidémiologiques et sociales sur les populations clés sont renforcées		
Stratégies	Indicateurs	Organismes de mise en œuvre et partenaires
3.3.1 : Accroître la production de données probantes sur les populations clés : Élaborer et mettre en œuvre des systèmes et des protocoles innovants pour la production, la gestion et la diffusion des connaissances sur les questions liées à la santé sexuelle et reproductive, au VIH et aux populations clés, avec une participation, une appropriation et une implication réelle des populations clés.	8. # Nombre d'États membres menant des études intégrées de surveillance bio-comportementale du VIH et estimations de taille de population d'au moins deux groupes clés, désagrégés par âge, sexe et sous-groupe, au cours des trois dernières années 9. # Nombre d'États membres utilisant les données de surveillance à des fins programmatiques	<ul style="list-style-type: none"> • CNLS/MS Organisations et réseaux régionaux de populations clés Experts en recherche sur les populations clés et autres • OSC • Agences des Nations Unies • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement

Résultat 3.4 : La participation des populations clés à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes augmente.		
Stratégies	Indicateurs	Organismes de mise en œuvre et partenaires
<p>3.4.1 : Groupes de populations clés impliqués dans les politiques et les programmes : Développer et rendre opérationnels des mécanismes garantissant la participation significative des populations clés à la collecte de données en vue de l'élaboration de politiques et de programmes, avec une protection suffisante de l'information pour ne pas exposer les populations clés à des risques accrus</p>	<p>10. # Nombre d'États membres où la conception et la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes sont dirigés par les populations clés ou intègrent leur participation centrale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNLS/MS Organisations et réseaux régionaux de populations clés OSC • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement
<p>Domaine de résultats clé n° 4 : Une réduction des obstacles juridiques, politiques et culturels qui entravent l'accès des populations clés aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive</p>		
<p>Indicateur DRC : M. Criminalisation des populations clés</p>		
<p>Résultat 4.1 : l'environnement juridique (y compris les lois, les politiques, les pratiques, les réglementations, l'accès à la justice et l'application de la loi) est amélioré pour les populations clés</p>		
Stratégies	Indicateurs	Organismes de mise en œuvre et partenaires
<p>4.1.1 : Évaluation de l'environnement juridique : Plaider pour un examen, avec la participation substantielle des populations clés, des lois punitives et protectrices, des politiques et des pratiques d'application de la loi, ainsi que des pratiques traditionnelles et culturelles applicables aux populations clés dans la région et identifier l'impact de ces lois, politiques et pratiques sur les populations clés et les résultats en matière de SSR et de VIH, en se basant en partie sur les expériences vécues par les populations clés.</p>	<p>11. # Nombre d'États membres ayant élaboré un plan d'action validé au niveau national sur la base d'une évaluation de l'environnement juridique en matière de VIH et de SSR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CNLS/MS Ministères de la justice ou équivalent • Organisations et réseaux régionaux de populations clés OSC • Organisations d'aide juridique • Commissions nationales des droits humains • Commissions parlementaires de la justice et de la santé • Parlements nationaux • Chefs traditionnels et religieux • Experts en recherche sur les populations clés et autres • Experts juridiques • Agences des Nations Unies
<p>4.1.2 : Dialogue régional et national : Soutenir la documentation et le partage de pratiques prometteuses sur l'élimination des obstacles juridiques et politiques pour les populations clés.</p>	<p>12. # Nombre de pratiques prometteuses sur l'élimination des obstacles juridiques et politiques pour les populations clés documentées et partagées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secrétariat de la SADC • CNLS/MS • Organisations et réseaux régionaux de populations clés OSC • Dirigeants politiques nationaux • Décideurs politiques régionaux • Leaders d'opinion régionaux • Autres organisations sous-régionales (par exemple, la Commission de l'océan Indien) • Experts en droit et en droits humains • Institutions universitaires et de recherche • Experts politiques • Agences des Nations Unies • Bailleurs de fonds internationaux et partenaires de développement

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 les principaux rôles de ces parties prenantes sont les suivants :

États membres

- Coordonner le processus d'adaptation et de mise en œuvre de la stratégie régionale dans leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et le sida, y compris la possibilité d'identifier et de répondre aux besoins de leurs propres populations vulnérables ou d'autres populations clés spécifiques à leur contexte.
- Veiller à ce que les services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH axés sur les populations clés soient fournis conformément au paquet minimal régional.
- Soutenir la conception et la mise en œuvre d'interventions de développement des capacités pour les prestataires de services, les populations clés et les OSC, conformément à la stratégie régionale.
- Veiller à ce que des liens et des réseaux solides soient créés et entretenus entre toutes les parties prenantes, y compris les groupes de population clés et les organisations de la société civile.
- Veiller à ce que l'environnement juridique et politique soit propice à l'accès des populations clés aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH.
- Allouer un budget spécifique aux interventions pour les populations clés.

Société civile / organisations non gouvernementales

- Plaider en faveur d'un renforcement des services en concevant et en mettant en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH adaptés aux populations clés.
- Défendre et promouvoir l'adaptation et la mise en œuvre de la stratégie régionale.
- Élaborer des messages ciblés pour les services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH destinés aux populations clés.
- Soutenir le renforcement de capacités des groupes de populations clés afin qu'ils s'engagent de manière significative dans la stratégie.
- S'engager dans la mobilisation de ressources et dans des projets générateurs de revenus.
- Participer au suivi de la stratégie régionale.
- Contribuer à la création d'une demande de services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive.

Groupes de populations clés

- Produire des données sur les techniques de mise en œuvre et sur l'impact des interventions afin d'affiner les interventions futures.
- Générer des informations stratégiques pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes.
- Mettre en place des réseaux et des plates-formes pour partager les informations et les connaissances.

- Contribuer à la révision et à la mise à jour régulières du paquet minimal de services pour les populations clés.
- Participer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des programmes afin de veiller à ce que les services soient adaptés aux besoins spécifiques des populations clés.

Secrétariat de la SADC

- Garantir et encourager l'adaptation de la stratégie régionale à l'échelle de la région.
- Soutenir la mobilisation des ressources pour le développement des capacités des populations clés et des OSC.
- Identifier et mobiliser le soutien technique et les ressources nécessaires pour aider les États membres à mettre en œuvre la stratégie régionale.
- Diriger l'adaptation continue du paquet minimal de services pour les populations clés.
- Promouvoir des politiques qui facilitent l'accès des populations clés aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH.
- Élaborer un plan de diffusion et de mise en œuvre solide et complet pour la stratégie régionale en collaboration avec les OSC et les autres parties prenantes concernées.
- Coordonner la mise en œuvre de la stratégie régionale et le suivi des progrès accomplis.
- Partager les pratiques prometteuses avec les partenaires, y compris les États membres, afin de renforcer les efforts déployés au niveau national, notamment en organisant des retraites d'apprentissage Sud-Sud et des plateformes d'échange de connaissances.

Partenaires de développement et agences des Nations Unies

- Soutenir les actions régionales, nationales et infranationales visant à mettre en œuvre la stratégie régionale et à en assurer le suivi.
- Soutenir le développement des capacités des gouvernements, des OSC et des groupes de population clés.
- Soutenir les actions de sensibilisation fondées sur des données probantes et la formulation de politiques et de programmes nationaux pour les services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH axés sur les populations clés.
- Soutenir les OSC dans la formulation de stratégies de plaidoyer.
- Faciliter les échanges Sud-Sud sur l'élaboration de paquets standardisés, la modification de l'environnement juridique et politique et la formation des forces de l'ordre et des travailleurs de la santé, entre autres.

11. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de cette stratégie régionale seront intégrés dans les mécanismes de suivi et d'évaluation régionaux et internationaux existants, sur la base du plan de suivi des performances (annexe C). Le secrétariat de la SADC veillera à ce que des indicateurs de base permettant de suivre la mise en œuvre de la stratégie régionale soient élaborés et fassent l'objet d'un rapport.

1. Le secrétariat de la SADC assurera le suivi de la stratégie en :
 - demandant aux programmes nationaux de lutte contre le sida et aux commissions nationales de lutte contre le sida de remplir un questionnaire par pays afin d'informer sur les progrès réalisés au niveau national ;
 - collectant les données issues de sources publiques (telles que les rapports du Global AIDS Monitoring (GAM), l'Atlas des populations clés et le Scorecard de prévention du VIH) afin d'informer sur les progrès réalisés au niveau des résultats et des domaines de résultats clés ;
 - compilant ces données dans un rapport régional ;
 - effectuant des visites sur le terrain lorsque cela s'avère nécessaire et approprié ;
 - produisant un rapport régional qui documente les progrès de la mise en œuvre et les obstacles dans les rapports nationaux des États membres et en examinant les résultats lors de la réunion annuelle des directeurs des CNLS ; et
 - présentant le rapport régional à la réunion ministérielle conjointe des ministres de la santé et des ministres responsables du VIH et du sida pour approbation.
2. Au national, les États membres seront responsables de :
 - Les CNLS et les ministères de la santé doivent assurer la collecte, l'analyse, la synthèse, l'évaluation de la qualité et la diffusion des données conformément au plan de suivi des performances de la stratégie régionale. Les systèmes de suivi devront être adaptés aux spécificités locales avec une désagrégation appropriée, tout en garantissant la confidentialité des données, en renforçant les capacités locales et en permettant un suivi des données en temps réel afin d'améliorer la réactivité. Les États membres veilleront à ce que les organisations de la société civile et les groupes de populations clés participent de manière significative à ce processus.
 - Tous les deux ans, les États membres produiront des rapports nationaux basés sur les indicateurs de base et les soumettront au secrétariat de la SADC.
3. Les agences internationales et les institutions universitaires soutiendront le processus de suivi par le biais d'évaluations régulières et conjointes des performances, y compris les partenaires des Nations Unies pour les besoins de soutien et d'assistance technique.

Figure 7. Calendrier de suivi et d'évaluation de la stratégie régionale 2024-2030



Annexe A : Données nationales sur la prévalence du VIH

Tableau 2. Taux de prévalence parmi les populations clés - données les plus récentes à partir de 2018 (%)¹¹¹

Pays	Travailleuses du sexe féminines	HSH	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes transgenres	Personnes en prisons	Jeunes travailleuses du sexe	Jeunes HSH	Jeunes personnes qui s'injectent des drogues	Jeunes transgenres	Jeunes dans les prisons
Angola	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	42.2	14.8	–	–	–	–	–	–	–	–
Comores	0.5	1.8	–	–	–	–	2	0	–	–
République démocratique du Congo	7.7*	7.1	3.9	–*	1.4	4.8	–	0.6	–	2.6
Eswatini	60.8	27.2	–	–	–	31.7	7.3	–	–	–
Lesotho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	–	–	–	–	0.3	–	–	–	–	–
Malawi	49.9	12.9	–	–	0.9	–	4.6	–	–	–
Maurice	18.2	–	21.2	28*	–	–	–	–	–	–
Mozambique	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibie	29.9	7.8	–	–	–	14	3.6	–	–	–
Seychelles	–	–	8.1*	–	0.4	–	–	–	–	0
Afrique du Sud	62.3	29.7	21.8	58	7	–	0	12.2	–	–
République unie de Tanzanie	15.4	8.4	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambie	–	22.8	10.9	8.9	12.3	–	–	–	–	–
Zimbabwe	40.2	8.1	–	17.6	16.7	14.3	1.7	–	18.1	–

Source : ONUSIDA : ONUSIDA, Observatoire mondial du sida 2024.

Note : * Tel que rapporté directement par le pays ; - Pas de données.

111 ONUSIDA. Surveillance mondiale du sida 2024. Le taux de prévalence le plus récent a été sélectionné pour être inclus. Les taux de prévalence rapportés avant 2018 ont été exclus de ce tableau afin de s'assurer que les données reflètent les informations les plus récentes.

Annexe B : Tableau de bord régional 2018-2024

Le tableau de bord régional constitue un aperçu des progrès réalisés en termes de niveau de mise en œuvre des indicateurs de la stratégie entre 2018 et 2024. Les évaluations par pays sont basées sur les rapports d'avancement 2018 et 2024. Les données utilisées pour les évaluations de 2024 proviennent des réponses soumises par les CNLS à un questionnaire national standard, et les évaluations ont été calculées en tenant compte les cinq populations clés ainsi que des éléments plus approfondis tels que l'accessibilité des services, afin d'évaluer également les progrès liés aux domaines de résultats clés de la stratégie.

INDICATEURS	ANNÉE	Angola	Botswana	Comores	RDC	Eswatini	Lesotho	Madagascar	Malawi	Maurice	Mozambique	Namibie	Seychelles	Afrique du Sud	Tanzanie	Zambie	Zimbabwe
		# Nombre d'États membres disposant de mécanismes institutionnalisés pour lutter contre la stigmatisation des populations clés.	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres ayant produit ou mis à jour un rapport national sur la stigmatisation des populations clés	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres fournissant des services d'assistance juridique aux populations clés	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres mettant en œuvre un paquet minimal de services de base pour les populations clés	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre de populations clés ou % des populations clés estimées accédant à des services de prévention combinée conformément aux lignes directrices nationales	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres disposant de groupes de travail techniques fonctionnels représentant les populations dans les mécanismes de coordination de la riposte	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres disposant d'un budget spécifique pour les interventions et programmes auprès des populations clés	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres mobilisant des ressources financières supplémentaires auprès des partenaires de développement pour les interventions et programmes en	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres menant des études intégrées de surveillance bio-comportementale du VIH auprès des groupes de populations clés, conformément	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Inclusion des enjeux liés aux populations clés dans le programme régional de recherche de la SADC	2018	stratégie VIH 2008.															
	2024	Données non disponibles															
# Nombre d'États membres ayant mis en place des mécanismes pour assurer la participation significative des populations clés dans la conception et la mise en	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre d'États membres disposant d'évaluations de l'environnement juridique sur le VIH et la SSR validées au niveau national	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
# Nombre de bonnes pratiques documentées et partagées sur l'élimination des obstacles juridiques et politiques pour les populations clés	2018	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	2024	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

●	Données non disponibles
●	Activité non mise en œuvre
●	Activité partiellement mise en œuvre
●	Activité entièrement mise en œuvre

Annexe C : Plan de suivi des performances

Il est important de reconnaître que les données et les initiatives générées par les communautés ne dispensent pas l'État et ses institutions de leur responsabilité première qui est de défendre, promouvoir et garantir l'accès aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive. Outre la fourniture de services culturellement adaptés en matière de VIH et de SDR et la protection des utilisateurs de ces services contre les violations et les abus commis par des tiers, l'obligation de l'État comprend la réalisation d'études, la sensibilisation et la mise en œuvre de programmes d'éducation. Lorsque ces efforts sont insuffisants ou inefficaces, les OSC et les communautés interviennent pour combler les lacunes, mais elles ont besoin d'un soutien institutionnel et de ressources pour le faire efficacement. La colonne des données d'origine communautaire comprend des questions qui servent de guide au collecteur de données ou à l'enquêteur principal pour combler les lacunes laissées par les sources de données appartenant au gouvernement.

Tableau 3. Plan de suivi des performances

DRC 1 : la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés, en particulier dans les points de prestation de services, sont éliminées.		
INDICATEURS¹¹²	SOURCE DES DONNÉES	
A. Pourcentage de populations clés qui déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination	Indicateur GAM 6.5	
B. Pourcentage de populations clés qui évitent de recourir aux services de santé par crainte de la stigmatisation et de la discrimination	Indicateur GAM 6.6	
RÉSULTAT 1.1 : Les mécanismes régionaux et nationaux de documentation et de lutte contre la stigmatisation sont renforcés.		
STRATÉGIE 1.1.1 : Renforcer les partenariats pour réduire la stigmatisation des populations clés : Mettre place des systèmes régionaux et nationaux afin d'établir et d'opérationnaliser des mécanismes de prévention, de documentation et de réponse aux situations qui mettent les populations clés en danger.		
INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
1. # Nombre d'États membres disposant de mécanismes institutionnalisés accessibles aux populations clés pour répondre à la stigmatisation dont elles font l'objet	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Rapports des institutions nationales des droits humains	Les mécanismes sont-ils dirigés par la communauté ou par l'État ? Les problèmes liés aux populations clés et les cas de stigmatisation et de discrimination sont-ils signalés et traités ? Dans quelle mesure le mécanisme est-il accessible (géographiquement, point d'entrée pour les personnes, délai de traitement du dossier, y compris l'orientation) ? Le mécanisme national alimente-t-il un mécanisme régional ?
2. # Nombre d'États membres ayant mis en œuvre une formation visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés dans les domaines suivants : (i) santé ; (ii) judiciaire ; (iii) forces de l'ordre ; et (iv) cadres religieux/chefs traditionnels	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Curriculum/modules de formation professionnelle ou pratique	Les programmes de formation sont-ils institutionnalisés ou basés sur des projets ? Les programmes de formation sont-ils dispensés par des organisations non gouvernementales (ONG) ou y participent-ils ? Les représentants des populations clés dirigent-ils ces programmes de formation ou y participent-ils de manière significative ?

112 Tous les indicateurs doivent être ventilés par type de population clé : travailleurs du sexe, HSH, personnes transgenres, personnes vivant avec le VIH/sida, prisonniers et personnes en milieu fermé.

DRC 2 : la violence à l'encontre des populations clés est significativement réduite

INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES
C. Pourcentage de populations clés ayant subi des violences au cours des 12 derniers mois	Atlas des populations clés de l'ONUSIDA

RÉSULTAT 2.1 : L'accès à la justice pour les populations clés victimes de violences est amélioré

STRATÉGIE 2.1.1 : Renforcer l'accès à la justice pour les populations clés : Développer et mettre en œuvre des mécanismes d'accès à la justice pour les populations clés

INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
3. # Nombre d'États membres fournissant des services d'assistance juridique accessibles aux populations clés	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Rapports programmatiques des services d'aide juridique	Existe-t-il des programmes d'alphabétisation juridique et sont-ils mis en œuvre pour toutes les populations clés ? Dans l'affirmative, ces programmes sont-ils adaptés aux besoins de chaque population clé, et celle-ci en a-t-elle connaissance ? Les utilisent-ils ? Les ONG et les organisations de populations clés ont-elles la possibilité de mener des actions de défense des droits humains pour améliorer l'accès à la justice ?

DRC 3 : les programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de SSR et de VIH sont renforcés pour les populations clés, en particulier les jeunes, conformément au paquet de services de base, et sont fondés sur des données probantes et axés sur les résultats.

INDICATEURS

INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES
D. Prévalence du VIH parmi les populations clés	Indicateur GAM 1.3
E. Prévalence de la syphilis parmi les populations clés	Indicateur GAM 7.4 (A, B, D)
F. Dépistage du VIH et sensibilisation au statut sérologique parmi les populations clés	Indicateur GAM 1.4
G. Couverture des programmes combinés de prévention du VIH parmi les populations clés	Indicateur GAM 1.6 (A-D) Indicateur GAM 1.7
H. Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH dans les populations clés	Indicateur GAM 2.6
I. Dépenses liées au VIH par origine des ressources	Indicateur GAM 8.3
J. Nombre de pays qui réalisent des enquêtes biocomportementales intégrées et des estimations de la taille de la population pour au moins deux groupes de population clés d'intérêt.	Basé sur les scores moyens des résultats consolidés des indicateurs correspondants 8 des indicateurs de la stratégie (voir ci-dessous).
K : Nombre de pays qui utilisent les données de surveillance des populations clés à des fins programmatiques	Basé sur les scores moyens des résultats consolidés des indicateurs correspondants 9 des indicateurs de la stratégie (voir ci-dessous)
L. Niveau d'engagement communautaire des populations clés dans réponses nationales	Basé sur les scores moyens des résultats consolidés de l'indicateur correspondant 10 des indicateurs de la stratégie (voir ci-dessous)

RÉSULTAT 3.1 : L'accès des populations clés à des services de qualité et fondés sur des données probantes est amélioré

STRATÉGIE 3.1.1 : Élaborer et mettre en œuvre un ensemble régional standard de services pour les populations clés : Apporter un soutien technique aux États membres pour élaborer et fournir à toutes les populations clés un paquet standard services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins en matière de SSR et de VIH qui soient efficaces, volontaires, fondés sur des données probantes, et favorisant l'autonomisation communautaire

INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
4. # Nombre d'États membres qui fournissent le paquet de services décrits dans les lignes directrices de l'OMS, de sorte que ces services soient accessibles à toutes les populations clés.	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Protocoles nationaux, plans stratégiques nationaux	Les services sont-ils accessibles (zones urbaines ou rurales, distances de déplacement/ temps d'attente, âge du consentement, accessibilité économique ou physique et linguistique) ? Ces services sont-ils acceptables pour les populations clés (qualité des soins, services exempts de stigmatisation et de discrimination, protection des droits des bénéficiaires des soins) ? Quelles sont les lacunes en termes de fourniture de services ?
STRATÉGIE 3.1.2 : Renforcer les capacités des décideurs politiques et des prestataires de soins de santé : Veiller à ce que les États membres rendent les services de SSR et de VIH disponibles, et acceptables pour les populations clés, sur la base des principes de l'éthique médicale, de lutte contre la stigmatisation dans les établissements de soins de santé, et respect des droits à la santé et à l'équité, y compris la et la confidentialité.		
INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
5. # Nombre d'États membres ayant validé des protocoles nationaux incluant des principes éthiques spécifiques aux populations clés pour : (i) services intégrés ; (ii) prévention combinée ; (iii) prestation de services différenciés ; (iv) services juridiques et sociaux ; et (v) services de proximité.	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Protocoles nationaux	Des représentants des populations clés ont-ils participé à l'élaboration et à la validation des protocoles ? Les communautés enregistrent-elles et signalent-elles les cas de prestation de services contraires à l'éthique ?
RESULTAT 3.2 : Le financement des services destinés aux populations clés augmente		
STRATÉGIE 3.2.1 : Identifier et mobiliser les ressources pour les interventions auprès des populations clés : Mobiliser des ressources suffisantes pour fournir des services de SSR et de VIH durables et élargis à tous les groupes de population clés et veiller à ce que les ressources soient utilisées de manière efficace et équitable.		
INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
6. # Nombre d'États membres ayant des allocations budgétaires spécifiques pour les interventions et programmes en faveur des populations clés dans leurs plans stratégiques nationaux ou leurs budgets annuels.	CNLS Documentation : Plan stratégique national, évaluation nationale des dépenses liées au sida (NASA) et/ou budget du CNLS.	Les communautés de populations clés sont-elles informées des interventions en cours ou prévues les concernant ? Les communautés ont-elles été informées de ces interventions et du budget correspondant ?
7. # Nombre d'États membres mobilisant des ressources financières supplémentaires pour les interventions en faveur des populations clés	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : budgets NASA et/ou du pays/de l'OSC, rapports aux bailleurs de fonds	OSC/ONG et organisations de populations clés : Le financement issu des partenaires de développement (bailleurs de fonds nationaux et internationaux) a-t-il augmenté, diminué ou est-il resté stable pour les programmes / services destinés aux populations clés dans le secteur des ONG ?

RESULTAT 3.3 : Les données épidémiologiques et sociales sur les populations clés sont renforcées

STRATÉGIE 3.3.1 : Accroître la production de données probantes sur les populations clés : Élaborer et mettre en œuvre des systèmes et des protocoles innovants pour la production, la gestion et la diffusion des connaissances sur les questions liées à la santé sexuelle et reproductive, au VIH et aux populations clés, avec une participation, une appropriation et une implication réelle des populations clés.

INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
8. # Nombre d'États membres ayant réalisé des études de surveillance bio-comportementale intégrée du VIH et des estimations de taille de population d'au moins deux groupes de population, désagrégés par âge, par genre et par sous-groupe, au cours des trois dernières années.	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Enquêtes bio-comportementales intégrées et estimations de la taille de la population	Des représentants des populations clés ont-ils participé à la conception, à la mise en œuvre et à la validation des études ? Les principaux groupes de population ou militants qui ont participé aux études ont-ils été reconnus et remerciés ? Quelles sont les lacunes prioritaires en termes de données sur les populations clés ?
9. # Nombre d'États membres qui utilisent les données de surveillance des populations clés à des fins programmatiques	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Système national de surveillance du VIH	Les représentants des populations clés sont-ils impliqués dans les forums où les données de surveillance sont examinées en vue de développer des stratégies ou d'ajuster les stratégies et interventions existantes ?

RÉSULTAT 3.4 : La participation des populations clés à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes augmente.

STRATÉGIE 3.4.1 : Groupes de populations clés impliqués dans les politiques et les programmes : Développer et rendre opérationnels des mécanismes garantissant la participation significative des populations clés à la collecte de données en vue de l'élaboration de politiques et de programmes, avec une protection suffisante de l'information pour ne pas exposer les populations clés à des risques accrus

INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
10. # Nombre d'États membres où la conception et la mise en œuvre des programmes, le suivi et l'évaluation sont dirigés par les populations clés ou sont des participants clés.	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Données et rapports du programme des OSC sur l'engagement communautaire ; procès-verbaux des groupes de travail techniques nationaux	Existe-t-il des organisations formelles ou informelles de populations clés ? Les organisations de populations clés peuvent-elles être reconnues officiellement (enregistrement légal) ? Les organisations de populations clés ont-elles accès au financement pour mettre en œuvre des projets ? Ou participent-elles à la mise en œuvre des programmes par l'intermédiaire d'autres ONG ? Les mécanismes de participation communautaire sont-ils adaptés aux populations clés ? La participation est-elle significative à tous les niveaux et à tous les moments où elle est requise/recommandée ?

DRC 4 : Une réduction des obstacles juridiques, politiques et culturels qui entravent l'accès des populations clés aux services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive.		
INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	
M. Criminalisation des populations clés	Atlas des populations clés de l'ONUSIDA	
RÉSULTAT 4.1 : L'environnement juridique (y compris les lois, les politiques, les pratiques, les réglementations, l'accès à la justice et l'application de la loi) est amélioré pour les populations clés.		
STRATÉGIE 4.1.1 : Évaluation de l'environnement juridique : Plaider pour un examen, avec la participation substantielle des populations clés, des lois punitives et protectrices, des politiques et des pratiques d'application de la loi, ainsi que des pratiques traditionnelles et culturelles applicables aux populations clés dans toute la région, et identifier l'impact de ces lois, politiques et pratiques sur les populations clés et les résultats en matière de SSR et de VIH, en se fondant en partie sur les expériences vécues par les populations clés.		
INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
11. # Nombre d'États membres ayant élaboré un plan d'action validé au niveau national sur la base d'une évaluation de l'environnement juridique en matière de VIH et de SSR	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Évaluation juridique de l'environnement ou équivalent ; plan d'action	Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de l'évaluation de l'environnement juridique ou de la mise en œuvre de plans d'action dans ce domaine ? Existe-t-il des plans d'action pour mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation de l'environnement juridique ? Quelles sont les options de responsabilité et de suivi dont dispose la communauté et qu'elle met en œuvre ?
STRATÉGIE 4.1.2 : Dialogue régional et national : Documentation et partage de pratiques prometteuses sur l'élimination des obstacles juridiques et politiques pour les populations clés		
INDICATEURS	SOURCE DES DONNÉES	DONNÉES FOURNIES PAR LA COMMUNAUTÉ
12. # Nombre de pratiques prometteuses sur l'élimination des obstacles juridiques et politiques pour les populations clés documentées et partagées	Le CNLS en consultation avec les représentants des OSC et des populations clés Documentation : Rapport sur les meilleures pratiques ; documentation sur les changements (jugement/ nouvelle politique)	Meilleures pratiques au niveau des communautés et des OSC



SECRÉTARIAT DE LA SADC
Private Bag 0095 Gaborone, Botswana
Tel : 09267 395 1863 Fax : 09267 397 2848
Courriel : prinfo@sadc.int ou ouregistry@sadc.int ou webmaster@sadc.int
Site web : www.sadc.int