

**Stratégie Régionale pour le VIH, la
Tuberculose, les Hépatites B & C et les
Droits et Santé Sexuels et Reproductifs des
Populations Clés de la CEDEAO**



Juillet 2020



Africa Key Population
Experts Group



ONUSIDA



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Africa**

Préface



La pandémie de VIH contribue à une mauvaise santé et à des décès importants et entrave le développement socio-économique dans la région de la CEDEAO. Alors que la prévalence du VIH dans la population générale est relativement faible (0,3 % à 3,5 %), elle atteint 34,4 % dans certaines populations clés. Comme le nombre de populations clés augmente dans la région, il est probable que leur contribution aux nouvelles infections par le VIH continuera d'être importante si des mesures appropriées ne sont pas mises en place. La criminalisation des pratiques sexuelles des groupes de populations clés, la stigmatisation et la discrimination omniprésentes entravent leur accès aux programmes de lutte contre le VIH dans la région de la CEDEAO. Cela contribue en partie au manque d'informations pertinentes sur les populations clés nécessaires à la planification de l'offre de services.

Heureusement, avec la signature de la déclaration de Dakar en avril 2015 lors de la réunion régionale des ministres de la santé, des responsables nationaux des programmes de VIH/sida et des agences de sécurité, organisée sous l'égide de l'OOAS, le rôle des populations clés dans la lutte contre le VIH connaît désormais une dynamique accrue. Outre le VIH, les populations clés sont confrontées à d'autres problèmes de santé. La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Les personnes emprisonnées et les personnes qui s'injectent des drogues dans la région de la CEDEAO ont un risque disproportionné de contracter le virus de l'hépatite C.

C'est pour relever ces défis et promouvoir une réponse harmonisée que les parties prenantes participant à une réunion de revue de la mise en œuvre de la déclaration de Dakar à Lomé en novembre 2018, ont convenu de travailler avec l'OOAS pour élaborer une stratégie régionale intégrée de la CEDEAO sur le VIH/TB, les hépatites B et C et la programmation sur les DSSR pour les populations clés.

La stratégie actuelle fait suite à une revue approfondie de documents ainsi qu'à des consultations nationales et régionales. Le processus a été coordonné par un groupe de travail technique qui inclut le Groupe d'experts des populations clés d'Afrique (AKPEG), Enda Santé, l'OMS, l'ONUSIDA, le PNUD et les représentants des États membres. Je tiens à remercier le consultant qui a mis au point le plan à partir de juin 2019. Je remercie toutes les parties prenantes, y compris les partenaires au développement, les agences des Nations unies, la société civile et les organisations régionales des populations clés et les populations clés parmi les jeunes, qui ont fourni des orientations stratégiques et des contributions précieuses. Je remercie en particulier tous les États membres représentés par les responsables techniques des programmes de VIH/sida des ministères de la santé et les comités nationales de lutte contre le sida qui ont revu et enrichi le document au cours de différents forums consultatifs. Je remercie l'ONUSIDA, le PNUD, l'USAID et l'OMS pour leur assistance financière et technique dans l'élaboration de cette stratégie.

J'espère que tous nos États membres et partenaires s'approprieront cette stratégie. Elle guidera notre réponse intégrée nationale et régionale aux défis de la santé sexuelle et reproductive des populations clés. Je me réjouis de votre soutien dans le suivi de sa mise en œuvre dans la région.

Professeur Stanley OKOLO,
Directeur Général, OOAS

Table des Matières

Préface.....	ii
Abbreviations	vi
Définitions des termes.....	viii
1. Contexte	11
1.1 Objectifs et engagements mondiaux	11
1.1.1 Objectifs mondiaux en matière de VIH : Engagements de l'Afrique et de la CEDEAO pour les atteindre	11
1.1.2 Objectifs mondiaux en matière de tuberculose : Engagements de l'Afrique et de la CEDEAO pour les atteindre	12
1.1.3 Engagements mondiaux en matière de droits et santé sexuels et reproductifs	13
1.1.4 Engagements mondiaux sur l'hépatite	13
1.2 Justification	13
1.3 Principes de base.....	16
1.4 Méthodologie.....	17
2. Contextes mondial et régional du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite et des DSSR	18
2.1 Contexte du VIH.....	18
2.2 Contexte de la tuberculose.....	20
2.3 Contexte des DSSR	21
3. Facteurs augmentant la vulnérabilité des populations clés au VIH, à l'hépatite, à la tuberculose et aux problèmes de santé sexuelle et reproductive	22
3.1 Obstacles importants à l'accès aux services liés au VIH, aux hépatites B et C, à la tuberculose et à la santé sexuelle et reproductive	24
3.2 Faiblesse des mécanismes et des outils permettant de générer des données précises et fiables concernant les populations clés	26
3.3 Une forte dépendance à l'égard des financements internationaux et de multiples bailleurs de fonds et des ressources domestiques limitées pour soutenir les programmes en faveur des population clés	28
3.4 Un manque de programmes visant à créer un environnement favorable à la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence et à l'autonomisation des communautés	29
4. Orientation stratégique	33
4.1. Introduction	33
4.2 Objectifs stratégiques.....	33
4.3 Cadre stratégique.....	35
5. Modalités de mise en œuvre	42
6. Mécanisme de Rapportage	45
7. Annexes	46
Annexe 1: Résumé de l'analyse SWOT pour la CEDEAO	46
Annexe 2: Analyse des risques pour la Stratégie régionale des populations clés de la CEDEAO.....	47

Annexe 3: Tableau comparatif des situations des États membres concernant les éléments essentiels relatifs aux populations clés et à la programmation en matière de VIH, de tuberculose, des hépatites B et C et la SSR	49
Annexe 4 Interventions ciblant les populations clés telles que décrites dans les PSN	52
Annexe 5 Tableau de bord régional de la stratégie régionale pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR parmi les populations clés de la CEDEAO	59
8.Références.....	63

Abbreviations

AKPEG	<i>Groupe d'experts sur les populations clés d'Afrique</i>
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
AVAI	Année de vie ajustée sur l'incapacité
BBS	<i>Étude bio comportementale</i>
CARKAP	<i>Consortium pour la promotion et les droits des principales populations clés affectées</i>
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CER	Communautés Economiques Régionales
COE	<i>Environnements opérationnels difficiles</i>
CIU	Code d'Identification Unique
CMMV	Circoncision Masculine Médicale Volontaire
CJC	Cour de justice des Communautés
CSU	Couverture Sante Universelle
DSSR	Droits et Santé et Sexuels et Reproductifs
EAWA	<i>Mettre fin au sida en Afrique de l'Ouest</i>
EEJ	Évaluation de l'Environnement Juridique
EGDC	<i>Centre de développement du genre de la CEDEAO</i>
ESA	<i>Afrique Orientale et Australe</i>
ETP	Estimation de la taille de la population
FEVE	Frontières et Vulnérabilités au VIH en Afrique de l'Ouest
FM	Fond Mondial
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAM	<i>Surveillance Mondiale du SIDA</i>
GHSS	Stratégie Mondiale pour le Secteur de la Santé
GTT	Groupe de Travail Technique
HSH	Les Hommes qui ont des rapports Sexuels avec des Hommes
ISTs	Infections Sexuellement Transmissibles
ITPC	<i>Coalition Internationale pour la Préparation au Traitement</i>
OCAL	Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le SIDA
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSCs	Organisations de la société civile
PACTE-VIH	Projet régional de prévention et de traitement du VIH/SIDA
PARECO	Programme régional de réduction des risques concernant le VIH, la tuberculose
PC	Populations Clés
PEP	<i>Prophylaxie post-exposition</i>
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement Et d'autres comorbidités, et la promotion des droits de l'homme pour les personnes Qui s'injectent des drogues
PSN	Plan Stratégique National pour le VIH et le SIDA
PrEP	<i>Prophylaxie préexposition</i>
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PWIDs	<i>Les personnes qui s'injectent des drogues</i>
PWUDs	<i>Les personnes qui consomment des drogues</i>
RAME	Réseau Accès aux Médicaments
RCTO-WA	<i>Observatoire régional de traitement communautaire - Afrique de l'Ouest</i>
RR/MDR-TB	<i>Tuberculose résistante à la rifampicine et multirésistante aux médicaments</i>
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive

S&E	Suivi et Evaluation
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TB-RM	<i>Tuberculose résistante aux médicaments</i>
TG	Personnes transgenres
TS	Travailleurs du sexe
TSO	Thérapie de Substitution aux Opiacés
TSFs	Travailleuses du Sexe
UA	Union Africaine
UIP	Union Inter Parlementaire
UNGA	Assemblée générale des Nations unies
VBG	Violence Basée sur le Genre
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Définitions des termes

Adolescents : personnes âgées de 10 à 19 ans.

Année de vie ajustée sur l'incapacité : Une année de vie ajustée sur l'incapacité (AVAI) peut être considérée comme une année de vie "saine" perdue. La somme de ces AVAI dans la population, ou la charge de morbidité, peut être considérée comme une mesure de l'écart entre l'état de santé actuel et une situation sanitaire idéale où l'ensemble de la population vit jusqu'à un âge avancé, sans maladie ni incapacité.

Prestation de services différenciés : la prestation de services différenciés ou soins différenciés est une approche centrée sur les soins qui simplifie et adapte les services liés au VIH, aux IST et au VHC sur l'ensemble du continuum afin de refléter les préférences et les attentes des différents groupes tout en réduisant les charges inutiles pour le système de santé.

Autonomisation : l'autonomisation des communautés est un processus collectif qui permet aux populations clés de faire face aux contraintes structurelles en matière de santé, de droits de l'homme et de bien-être ; d'apporter des changements sociaux, économiques et comportementaux et d'améliorer l'accès aux services de santé. L'autonomisation communautaire peut favoriser une plus grande portée et une plus grande efficacité des services pour les populations clés. L'autonomisation des communautés peut prendre de nombreuses formes, telles que la participation significative de personnes issues de populations clés à la conception des services, l'éducation par les pairs, la mise en œuvre de programmes d'alphabétisation et de services juridiques, la promotion de groupes de populations clés et de programmes et prestations de services dirigés par des populations clés.

Réduction des méfaits : politiques, programmes et pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques néfastes de la consommation de drogues licites et illicites. L'approche de la réduction des méfaits est basée sur un engagement fort en faveur de la santé publique et des droits de l'homme. La réduction des méfaits contribue à protéger les personnes contre les maladies évitables et les décès par overdose et permet de mettre en relation les personnes marginalisées avec les services sociaux et sanitaires. Pour les consommateurs de drogues injectables, le programme de base de réduction des méfaits comprend des programmes d'aiguilles/seringues, un traitement de substitution aux opiacés et de la naloxone pour la gestion des overdoses.

Santé : un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

Stigmatisation liée au VIH : Croyances, sentiments et attitudes négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (par exemple, les familles des personnes vivant avec le VIH) et des populations clés à haut risque d'infection par le VIH.

Cascade du traitement du VIH : Il s'agit d'un modèle qui permet de suivre le nombre de personnes dont on estime qu'elles vivent avec le VIH, qui devraient être diagnostiquées, mises sous TAR, qui suivent leur traitement et dont la charge virale est indétectable, par rapport aux statistiques officielles de ces mêmes indicateurs dans un pays ou une région donnée.

Populations clés : au niveau international, les populations clés ont été définies comme des personnes qui, en raison de comportements spécifiques à haut risque, sont exposées à un risque accru de VIH, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local. Aux fins de cette stratégie, les populations clés sont les hommes

homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels, les personnes qui s'injectent ou consomment des drogues, les travailleurs du sexe et leurs clients, ainsi que les prisonniers et autres personnes incarcérées.

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : les "hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes" sont des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, qu'ils aient ou non des rapports sexuels avec des femmes ou qu'ils aient ou non une identité homosexuelle ou bisexuelle personnelle ou sociale. Ce concept est utile car il inclut également les hommes qui s'identifient comme hétérosexuels mais qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Traitement de substitution aux opiacés (TSO) : le traitement de substitution aux opiacés est la forme recommandée de traitement de la dépendance aux drogues pour les personnes dépendantes aux opiacés. Elle s'est révélée efficace dans le traitement de la dépendance aux opiacés, dans la prévention de la transmission du VIH et dans l'amélioration de l'adhésion à la thérapie antirétrovirale. Les médicaments les plus couramment utilisés dans les traitements de substitution aux opiacés sont la méthadone et la buprénorphine.

Personnes qui s'injectent des drogues (PWID) : Les personnes qui s'injectent des substances psychotropes (ou psychoactives) à des fins non médicales. Ces drogues comprennent, entre autres, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les hypno-sédatifs et les hallucinogènes. L'injection peut se faire par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou par d'autres voies injectables. Pour cette stratégie, les personnes qui s'injectent elles-mêmes des médicaments à des fins médicales, notamment ceux appelés injections thérapeutiques, ne sont pas incluses dans cette définition.

Personnes qui consomment des drogues (PWUD) : les personnes qui consomment des substances psychotropes par n'importe quelle voie d'administration, y compris par injection, par voie orale, par inhalation, par voie transmuqueuse (sublinguale, rectale ou intranasale) ou par voie transdermique. Aux fins du présent document, la définition n'inclut pas l'utilisation de substances largement utilisées comme le tabac, ou les boissons et aliments qui contiennent de l'alcool ou de la caféine.

Prophylaxie post-exposition (PEP) : la prophylaxie post-exposition fait référence aux médicaments antirétroviraux qui sont pris après une exposition (ou une exposition possible) au VIH. L'exposition peut être professionnelle (par exemple, une blessure par piqûre d'aiguille) ou non professionnelle (par exemple, des rapports sexuels sans préservatif avec un partenaire séropositif)

Prophylaxie préexposition (PrEP) : la prophylaxie préexposition ou PrEP est l'utilisation d'un médicament antirétroviral pour prévenir l'acquisition d'une infection par le VIH par des personnes non infectées. Plusieurs études ont démontré qu'une dose orale quotidienne de médicaments antirétroviraux appropriés est efficace chez les hommes et les femmes pour réduire le risque de contracter une infection par le VIH par voie sexuelle ou par injection

Prisonniers et personnes en milieu fermé : toutes les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires et autres lieux de détention, y compris les adultes et les mineurs. Les établissements de détention peuvent comprendre les prisons, les établissements pénitentiaires, les centres de détention de la police, les centres de détention pour mineurs, les centres de détention provisoire, les camps de travail forcé et les pénitenciers.

Les travailleurs du sexe (TS) : les personnes qui reçoivent régulièrement ou occasionnellement de l'argent

ou des biens en échange de services sexuels, que cette personne s'identifie ou non comme travailleur du sexe. Le travail du sexe est la vente consensuelle de services sexuels entre adultes. Comme le définit la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui échangent des services sexuels contre de l'argent, des biens ou des faveurs sont "sexuellement exploités" et ne sont pas définis comme des travailleurs du sexe.

Santé sexuelle et reproductive (SSR) : un état complet de bien-être physique, mental et social pour tout ce qui concerne le système reproductif et la sexualité ; il ne s'agit pas seulement de l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Pour que la santé sexuelle et reproductive soit atteinte et maintenue, les droits de toutes les personnes en matière de santé sexuelle et reproductive doivent être respectés, protégés et réalisés. La santé sexuelle et reproductive exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, sans coercition, discrimination et violence. Les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive comprennent la prévention, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, les services de contraception, l'avortement et les soins post-avortement dans des conditions de sécurité, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, le dépistage du cancer de l'anus, la conception et la grossesse.

Transgenre (TG) : terme générique désignant les personnes dont l'identité et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été attribué à la naissance. Il inclut les personnes qui sont transsexuelles, transgenres ou autrement non conformes au sexe. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme transsexuelles, femmes, hommes, femme transsexuelles ou hommes transsexuel ou comme l'une des nombreuses autres identités transgenres. Elles peuvent exprimer leur genre de différentes manières, homme, femme et/ou androgynes.

Les populations vulnérables : groupes de personnes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH dans certaines situations ou contextes, tels que les adolescents et les jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, les orphelins, les enfants des rues, les personnes vivant avec un handicap, les migrants, les réfugiés et les travailleurs mobiles. Ces populations ne sont pas touchées par le VIH de manière identique dans tous les pays et par tous les types d'épidémies.

Populations clés jeunes : les personnes âgées de 15 à 24 ans qui, en raison de comportements spécifiques à haut risque, sont exposées à un risque accru de VIH, quel que soit le type d'épidémie ou le contexte local. Elles sont également souvent confrontées à des problèmes juridiques et sociaux liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité au VIH.

Jeunes : les personnes âgées de 15 à 24 ans.

Les personnes jeunes : les personnes âgées de 10 à 24 ans.

1. Contexte

1.1 Objectifs et engagements mondiaux

1.1.1 Objectifs mondiaux en matière de VIH : Engagements de l'Afrique et de la CEDEAO pour les atteindre

En 2015, l'Assemblée générale des Nations unies (UNGA) s'est engagée à atteindre les objectifs de développement durable (ODD) d'ici 2030. Parmi ces objectifs figure l'ODD 3, qui vise à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être de tous à tous les âges. L'ODD 3 comprend la fin des épidémies de SIDA, de tuberculose (TB), de paludisme et de maladies tropicales négligées et la lutte contre l'hépatite, les maladies liées à l'eau et autres maladies transmissibles ainsi que la garantie d'un accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive et l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux d'ici 2030.

Pour donner suite aux engagements des pays envers les ODD, l'Assemblée générale des Nations unies s'est engagée à accélérer d'urgence les efforts pour mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030 dans la "Déclaration politique sur le VIH et le sida" de 2016. Pour mettre fin au sida d'ici 2030, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a fixé une série d'objectifs, connus sous le vocable de 90-90-90, qui doivent être atteints d'ici 2020 afin de réaliser l'objectif de 2030 :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ;
- 90% des personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.
- Une réduction des nouvelles infections et une diminution de 75% des décès liés au sida et de 95% chez les enfants
- Une élimination de la discrimination liée au VIH.

L'ONUSIDA dirige actuellement le processus d'actualisation des objectifs et des ressources nécessaires pour 2025. La "Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA" donne la priorité aux efforts visant à atteindre les populations vulnérables et clés dans le contexte du VIH afin de s'assurer que personne n'est laissé pour compte, conformément à l'Agenda 2030 pour le développement durable.

Dans sa résolution de 2001 sur la pandémie du VIH/sida, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a appelé les gouvernements africains, États parties à la Charte africaine, à allouer des ressources nationales qui reflètent une détermination à lutter contre la propagation du VIH/sida et à assurer la protection des droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH/sida contre la discrimination. En 2010, elle a également créé un comité sur la protection des droits des PVVIH et des personnes à risque, vulnérables et affectées par le VIH, dont le mandat consiste notamment à intégrer une perspective de genre et à accorder une attention particulière aux personnes appartenant aux populations clés.

Le "Cadre stratégique régional modèle sur le VIH pour les populations clés en Afrique" a été élaboré en 2014 par le Forum africain des populations clés sur le VIH, qui réunit un groupe d'experts composé de travailleurs du sexe, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de transsexuels et de consommateurs de drogues injectables provenant de différentes régions d'Afrique. Les communautés économiques régionales (CER) d'Afrique devaient adapter le cadre à leur contexte spécifique et l'utiliser pour engager un dialogue et promouvoir l'adoption d'un ensemble standard de stratégies et de programmes à mettre en œuvre dans leurs États membres. En outre, il était également destiné à être utilisé par la société

civile à travers l'Afrique comme un outil de plaidoyer pour assurer la fourniture de services spécifiques et ciblés de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les groupes de population clés.¹

En reconnaissance du fardeau élevé du VIH parmi les groupes de population clés (un élément important dans la dynamique de la transmission du VIH) ainsi que de leur rôle en tant que partenaires essentiels dans une réponse efficace à l'épidémie dans la région de l'Afrique de l'Ouest, les ministres de la santé, les responsables des comités nationaux de lutte contre le sida, les procureurs et les inspecteurs généraux de la police de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ont adopté la "Déclaration de Dakar sur la prise en compte des populations clés dans la réponse au VIH et au sida dans les États membres", en avril 2015. La Déclaration cherche à s'attaquer au fardeau disproportionné du VIH parmi les populations clés et comprend cinq engagements fondamentaux liés à : la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, le renforcement des services communautaires, le renforcement des systèmes de santé, la priorisation des populations clés et le renforcement de l'information stratégique.²

Dans le "cadre catalytique pour mettre fin au sida, à la tuberculose et éliminer le paludisme" en Afrique d'ici 2030, l'Union Africaine (UA) a affirmé en 2016 l'engagement des États membres à éliminer le VIH et a convenu de renforcer les approches fondées sur les droits et la protection des populations clés ainsi que de garantir leur participation effective à la lutte contre le VIH.³

En 2016, le "Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre" a été approuvé par la Conférence de l'UA afin de remédier aux goulets d'étranglement pour l'intensification, l'accélération des réponses nationales aux épidémies de VIH ; en réitérant le caractère central de la concentration des investissements sur les populations, y compris les populations clés, et les lieux les plus touchés pour garantir un impact maximal.⁴

1.1.2 Objectifs mondiaux en matière de tuberculose : Engagements de l'Afrique et de la CEDEAO pour les atteindre

La "stratégie Halte à la tuberculose" comprend des objectifs visant à réduire de 90 % le nombre de décès dus à la tuberculose et de 80 % les taux d'incidence de la tuberculose d'ici 2023 par rapport aux niveaux de 2015, ainsi qu'à ce qu'aucune famille touchée par la tuberculose ne soit confrontée à des coûts catastrophiques dus à cette maladie.

Engagements des ministres de la santé, des responsables des comités nationaux de lutte contre le sida, les procureurs et les chefs de police dans la déclaration de Dakar, avril 2015

1. Investir dans des programmes de réduction de la stigmatisation en :
 - Incluant des modules de non-stigmatisation dans la formation de base et la formation continue des juges et auxiliaires de justice, et plus particulièrement des agents des services répressifs
 - Formation des prestataires de soins de santé, des régulateurs et des administrateurs
 - Organisant des réunions d'information et de dialogue entre les bénéficiaires et les prestataires
2. Améliorer la prestation de services de proximité pour les populations clés grâce :
 - Au soutien à la création de centres communautaires offrant une éducation, une mobilisation communautaire, des services de santé essentiels, un soutien social et un plaidoyer pour des changements politiques et juridiques ;
 - A la protection juridique des acteurs communautaires impliqués dans les différents services aux populations clés
3. Rationaliser le renforcement des systèmes de santé pour mieux répondre aux besoins spécifiques des populations clés ;
4. Constamment mettre l'accent sur les populations clés en tant que groupe prioritaire dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida
5. Renforcer les connaissances ou les informations stratégiques nécessaires pour planifier les interventions auprès des populations clés et suivre les progrès vers la réalisation des objectifs.

En 2017, les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se sont engagés, par la Déclaration de Moscou, à mettre fin à la tuberculose, à faire progresser la lutte contre la tuberculose dans le cadre du programme des ODD, à assurer un financement suffisant et durable, à poursuivre la science, la recherche et l'innovation et à élaborer un cadre de responsabilité multisectoriel. Les résolutions prévoient notamment d'accorder une attention particulière aux populations clés.⁵

En 2018, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté la "Déclaration politique sur la lutte contre la tuberculose" qui réaffirme les engagements à accélérer les actions, les investissements et les innovations nationales et collectives pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose dans le monde d'ici 2030. La déclaration de UNGA a reconnu la forte association entre le VIH et la tuberculose, et la mortalité élevée qui y est associée. Elle s'est engagée à renforcer la coordination et la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, ainsi qu'avec d'autres programmes et secteurs de la santé, afin de garantir l'accès universel à des services intégrés de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins.⁶

1.1.3 Engagements mondiaux en matière de droits et santé sexuels et reproductifs

En octobre 2019, l'Assemblée de l'Union Interparlementaire (UIP) pour la période biennale (2019-2021) a adopté la toute première résolution sur la Couverture Santé Universelle (CSU)⁷, qui inclut également la sécurité sanitaire mondiale et la promotion de la santé, en particulier pour les groupes vulnérables. En collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et d'autres agences, l'OMS et l'UIP travaillent à la promotion de la santé des femmes, des enfants et des adolescents, dans le cadre plus large de la CSU, y compris dans des domaines essentiels tels que la santé maternelle, l'enfance, le mariage précoce et forcé, le rôle de la législation en matière de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR), le VIH et la nutrition.

1.1.4 Engagements mondiaux sur l'hépatite

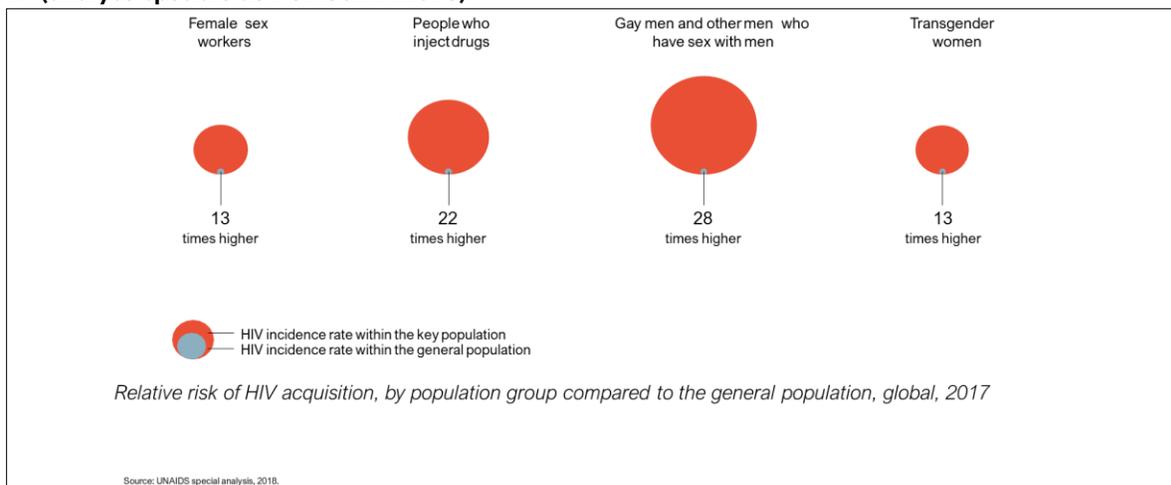
En mai 2016, la 69e Assemblée Mondiale de la Santé a approuvé à l'unanimité la première Stratégie mondiale du secteur de la santé (SMSS) sur l'hépatite virale. La SMSS se fixe pour objectif d'éliminer l'hépatite virale en tant que menace majeure pour la santé publique, définie comme i) une réduction de 65 % des décès liés à l'hépatite et ii) et de 90% des nouvelles infections chroniques par le virus de l'hépatite B (VHB) et celle des infections liées au virus de l'hépatite C (VHC) d'ici 2030.

1.2 Justification

Les populations clés et leurs partenaires sexuels sont plus exposés au risque d'infection par le VIH et représentent actuellement plus de 50% des nouvelles infections dans le monde et plus de 60% dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC).⁸ Au niveau mondial, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont 28 fois plus exposés au risque de contracter le VIH que la population générale (figure 1). Les travailleuses du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les femmes transsexuelles sont respectivement 13, 22 et 13 fois plus exposées au risque.⁹ Les populations clés jeunes dans tous les groupes de population clés sont encore plus touchées de manière disproportionnée par le VIH que les populations clés adultes.¹⁰ La tuberculose reste la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH (la tuberculose représente environ un décès sur quatre lié au sida dans la région ¹¹). Les hépatites virales B et C touchent de manière disproportionnée des populations clés, en particulier les personnes qui s'injectent des drogues et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, en raison de la transmission sexuelle et du partage d'aiguilles, de seringues et de matériel d'injection auxiliaire¹².

Malgré les progrès mondiaux dans la lutte contre la tuberculose, 40 % des cas de tuberculose en Afrique sont sous-détectés ou sous-déclarés.¹³ En 2018, 35 % des cas de tuberculose ont été détectés dans la région de la CEDEAO (de 24 % au Nigeria à 86 % au Togo). 22 % des décès liés à la tuberculose sont survenus chez des personnes vivant avec le VIH dans la région de la CEDEAO.¹⁴ La mortalité estimée chez les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH dans la région de l'AOC est 50 % plus élevée que dans le reste de l'Afrique et la tuberculose résistante à la rifampicine / tuberculose multirésistante (RR/MDR-TB) est sous-diagnostiquée et sous-traitée—actuellement, seuls 20 % des patients souffrant de tuberculose résistante aux médicaments (TB-RM) sont diagnostiqués et traités.¹⁵ 14% des 27.697 nouveaux cas estimés de RR/MDR-TB dans la région de la CEDEAO ont été confirmés en laboratoire et 11% ont commencé un traitement de deuxième ligne.¹⁶

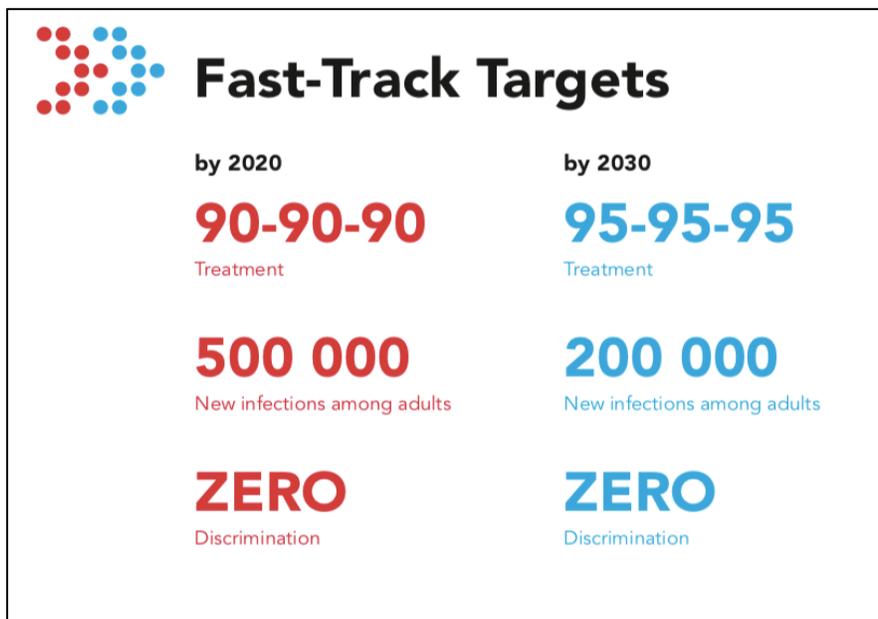
Figure 1 : Risque relatif d'acquisition du VIH par groupe de population par rapport à la population générale, 2017 (analyse spéciale de l'ONUSIDA 2018)



Les populations clés ont des besoins sexuels et reproductifs spécifiques, qui ne sont souvent pas satisfaits par le secteur de la santé. Elles sont confrontées à des violations de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, ce qui limite encore leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive.¹⁷ Il est également essentiel d'établir une intégration entre les réponses aux besoins en matière de droits et santé sexuels et reproductifs et les réponses au VIH pour accroître la portée de ces deux services.

Malgré les progrès réalisés dans le cadre des interventions ciblant les populations clés, les programmes visant à répondre aux besoins de ces dernières restent difficiles à mettre en œuvre et les populations restent difficiles à atteindre. Pour y remédier et pour combler le retard dans la réalisation de l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA, en 2017, les pays de l'AOC et la communauté internationale se sont engagés à mettre en œuvre un plan de rattrapage pour accélérer les objectifs en lien avec le traitement du VIH d'ici 2018 (Figure 2).¹⁸ Cela a donné l'occasion à un plus grand nombre de pays de mettre en œuvre leurs plans opérationnels nationaux qui traitent des goulets d'étranglement politiques et structurels. Toutefois, cela n'est pas encore suffisant car il n'y a pas eu de changement significatif sur le taux de passage à échelle de ces programmes.¹⁹

Figure 2 : Objectifs accélérés pour 2020 et 2030 (Procédure accélérée pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030)



Une revue de la Déclaration de Dakar menée à Lomé, au Togo, en 2018 a mis en évidence les défis permanents auxquels la région de la CEDEAO est confrontée dans la lutte contre le VIH parmi les populations clés :

- Le manque d'appropriation au niveau national des engagements pris dans la déclaration de Dakar, seuls quatre pays ayant élaboré des feuilles de route nationales pour sa mise en œuvre à la fin de 2018 ;
- Les obstacles juridiques, sociaux et relatifs aux droits de l'homme à l'acceptation des populations clés ;
- Le manque d'intégration et l'accès limité aux services ; l'insuffisance des financements qui entrave le développement ou le passage à grande échelle des programmes destinés aux populations clés ;
- Des processus de planification multiples et longs, pilotés par les bailleurs de fonds, qui réduisent le temps de mise en œuvre ; et
- Un manque de directives standardisées, homogènes et cohérentes pour des interventions à l'endroit des populations clés et pour les mécanismes de production de données dans toute la région.

Afin de relever ces défis permanents dans la région et de s'appuyer sur les engagements internationaux et régionaux existants que les pays de l'AOC ont pris, la CEDEAO, par l'intermédiaire de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), a commandité l'élaboration d'une stratégie régionale pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR parmi les populations clés. Son objectif est d'orienter, d'harmoniser et de renforcer les efforts régionaux et nationaux en faveur des populations clés en Afrique de l'Ouest. Grâce à un ensemble complet de services accessibles, acceptables, abordables et appropriés pour les populations clés de la région, les États membres pourraient voir leurs investissements aboutir à la stabilisation, voire une tendance à la baisse des taux d'incidence.

En outre, grâce à une stratégie régionale, les pays de la CEDEAO peuvent tirer profit de l'élan croissant en matière de programmes démographiques clés ; suivre un cadre harmonisé unique pour normaliser leurs interventions et la collecte de données. La stratégie sera également utilisée pour plaider en faveur de politiques et de lois plus favorables, de services intégrés de lutte contre la tuberculose et de santé sexuelle et reproductive et d'une mobilisation accrue du financement intérieur et extérieur. La région peut identifier

et exploiter les synergies et les meilleures pratiques afin d'avoir une réponse régionale cohérente qui crée des changements visibles dans la mise en œuvre des interventions pour les populations clés dans chaque pays.

1.3 Principes de base

Les principes suivants, adaptés du Cadre Stratégique Model sur le VIH pour les populations clés en Afrique (2014)²⁰ et des directives consolidées de l'Organisation mondiale de la santé sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés : Mise à jour 2016,²¹ guideront la mise en œuvre de cette stratégie.

Principes de Base

- Respect des droits de l'homme
- Participation et autonomisation durables des communautés
- Des interventions fondées sur des données probantes et centrées sur les personnes
- Un engagement politique fort

Respect des droits de l'homme

La protection des droits de l'homme pour tous les membres de chaque population clé est cruciale pour le succès de cette stratégie. Des lois de protection, basées sur les normes internationales en matière de droits de l'homme, doivent être adoptées et appliquées, tandis que les lois discriminatoires ou créant des obstacles doivent être réformées, afin de garantir que les populations clés soient exemptes de stigmatisation, de discrimination et de violence et que leur vulnérabilité au VIH, aux hépatites B et C, à la tuberculose et à la SSR soit réduite. Les prestataires de soins de santé et les institutions concernées, y compris dans les prisons et autres lieux fermés, doivent servir les personnes issues des populations clés sur la base des principes de l'éthique médicale et du droit à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive, sans aucune stigmatisation ou discrimination. Ce principe comprend le droit à l'égalité et à la non-discrimination (y compris sur la base du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, du handicap, de l'état de santé ou de la profession), à la vie privée, à la vie familiale, à des conditions de travail sûres, à l'absence de violence, à l'accès à la justice, au droit à un procès équitable, à l'absence de discrimination, d'arrestation et de détention arbitraires, de torture et de traitement cruel, inhumain et dégradant, au droit à l'égalité et à la dignité et au droit à l'information.

Participation et autonomisation durables de la communauté

La participation effective par un engagement significatif et fonctionnel des populations clés, y compris les populations clés jeunes, est au cœur de cette stratégie régionale. Aucune politique ne sera décidée sans la participation pleine et directe des membres de la ou des populations clés concernées par cette politique ou cette programmation et leur contribution sera essentielle pour façonner la mise en œuvre de la politique ou de la programmation. La promotion de l'égalité des sexes et les interventions visant à transformer les rapports sociaux de genre font également partie de l'autonomisation des communautés. Des ressources devraient être investies dans le renforcement des capacités des populations clés, notamment en matière de droits de l'homme et d'éducation sanitaire, ce qui constitue également une stratégie importante pour fournir des outils de prise de décision sur la gestion de leur santé. La promotion de l'accessibilité implique également l'adoption de modèles intégrés de prestation de services, la mise en place de mécanismes de retour d'information régulier de la part des populations clés sur les services et le suivi constant du caractère respectable, acceptable, adéquat et abordable des services pour les bénéficiaires.

Des interventions fondées sur des données probantes et centrées sur les personnes

Les interventions ciblant les populations clés doivent être fondées sur des données précises, fiables et complètes. Le suivi et l'évaluation, ainsi que l'élaboration des programmes, devraient systématiquement inclure des représentants des populations clés à tous les stades, de la collecte des données à l'analyse et à la prise de décision. L'offre de services de prévention, de soins et de traitement de haute qualité et centrés

sur le patient pour les questions touchant les populations clés permettra d'améliorer leur participation et leur maintien dans les soins.

Un engagement politique fort

Les États membres s'engagent au niveau national et régional à garantir l'accès universel aux services de santé qui répondent aux besoins des populations clés. Il s'agit notamment de veiller à ce que les principes de bonne gouvernance, y compris la redevabilité et la transparence, soient respectés et que les États membres traduisent leur engagement en actions concrètes au niveau local.

1.4 Méthodologie

Figure 3 : Méthodologie pour le développement du plan stratégique des Populations Clés de la CEDEAO



L'élaboration de cette stratégie s'est appuyée sur les processus suivants :

1. Dans le cadre du suivi de la Déclaration de Dakar, l'OOAS, conjointement avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et Enda Santé, a organisé une réunion régionale en novembre 2018 à Lomé, qui a réuni les États membres, les représentants des populations clés (de l'AKPEG, le groupe d'experts des populations clés d'Afrique) et d'autres partenaires (OMS, ONUSIDA, SADC, etc.) pour discuter de la feuille de route pour le développement de la stratégie régionale, y compris le recrutement d'un consultant pour soutenir ce processus et la création d'un groupe de travail technique multipartite pour guider le processus (figure 3).
2. Une revue documentaire a été réalisée sur la base de documents internationaux, régionaux et nationaux relatifs aux engagements politiques, aux politiques et directives, aux stratégies nationales, aux évaluations et aux rapports des agences impliquées dans la lutte contre le VIH dans la CEDEAO.
3. Déroulement des entretiens (par courrier électronique ou par téléphone) avec les parties prenantes de la région dans le but de recueillir leur contribution à la vision de la stratégie régionale, sur les points forts/opportunités dont la région peut tirer parti et sur les points faibles/menaces à prendre en compte pour la stratégie, ainsi que sur les facteurs de vulnérabilité importants des populations clés et les mesures d'atténuation.
4. Des consultations nationales en personne ont été menées, lorsque cela était possible, dans certains pays de la CEDEAO¹ afin de faire une revue plus poussée et de contribuer à l'ébauche de la stratégie régionale. Les résultats de ces consultations ont été consolidés dans le projet de stratégie régionale.
5. Un atelier régional de consultation avec le groupe de travail technique supervisant le processus d'élaboration de la stratégie régionale, des représentants de chaque pays, des partenaires clés et des populations clés² s'est tenu les 10 et 11 décembre 2019 à Abidjan afin d'examiner et de consolider davantage la stratégie régionale.

¹ Benin, Burkina Faso, Nigeria

² NAC Benin, NAC The Gambia, NAC Guinea, NAC Liberia, NAC Nigeria, NAC Sierra Leone, NAC Togo CNLS Niger, CNLS Senegal, OCAL, Coalition Plus, WAHO, ENDA, RAME, ANCS PARECO, OSIWA, OCEAC, UNAIDS, WHO, USAID, UNFPA, Health Policy Project

6. Le projet consolidé de stratégie régionale fut envoyé aux pays pour de nouvelles contributions en janvier 2020. Entre avril et juin 2020, le projet de stratégie a été finalisé sur la base des contributions des institutions régionales.

2. Contextes mondial et régional du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite et des DSSR

2.1 Contexte du VIH

En 2018, on estime à 37,9 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et à 770 000 le nombre de décès liés au sida dans le monde. Le nombre mondial de nouvelles infections par le VIH continue de diminuer, passant d'un pic de 2,9 millions en 1997 à 1,7 million en 2018, mais il s'est stabilisé ces dernières années. La réduction des nouvelles infections par le VIH entre 2010 et 2018 a été la plus importante en Afrique subsaharienne, grâce à une forte diminution dans la région de l'Afrique orientale et australe (ESA) (baisse de 28 %). À l'échelle mondiale, plus de la moitié des nouvelles infections en 2018 concernaient des populations clés et leurs partenaires.²²

Grâce à l'extension constante des traitements antirétroviraux (TAR), la mortalité liée au sida a progressivement diminué. Depuis 2010, elle a diminué de 33 % à l'échelle mondiale, en grande partie grâce aux progrès réalisés en Afrique subsaharienne, en particulier en Afrique orientale et australe, où elle a diminué de 44 % entre 2010 et 2018, ce qui reflète le rythme rapide de l'extension des traitements dans la région de l'Afrique orientale et australe.²³ La mortalité liée au sida a diminué de 29 % entre 2010 et 2018 en AOC. La région a également connu une baisse de 13 % des nouvelles infections au cours de la même période. La région représente actuellement 16 % des nouvelles infections par le VIH et 21 % des décès liés au sida dans le monde, alors qu'elle ne compte que 6 % de la population mondiale.

Il était estimé que le VIH/sida et les IST seraient la dix-septième cause de la charge de morbidité dans le monde en 2017 et la cinquième dans la région africaine, représentant respectivement 2,18 % et 6,02 % de toutes les années de vie ajustée sur l'incapacité (AVAI) perdues³. Le fardeau du VIH dans la région africaine par rapport à la situation mondiale représente 3.812,96 v/s 862,77 AVAI perdues pour 100.000 habitants.²⁴ En Afrique de l'Ouest, le classement du VIH/SIDA et des IST en termes de part d'AVAI perdue s'est dégradé, passant de 0,82 % du total des AVAI en 1990 à 6,02 % du total des AVAI en 2017. Le nombre d'AVAI pour 100.000 habitants est passé de 2.210,59 à 3.812,96 au cours de la même période. Ainsi, la région africaine est toujours beaucoup plus touchée par le VIH que les autres régions du monde. Les adolescents âgés de 10 à 24 ans portent un lourd fardeau en ce qui concerne le VIH, le VIH/sida et les IST étant la principale cause de décès chez les adolescents en Afrique subsaharienne et la deuxième cause de décès en Afrique de l'Ouest (respectivement 26,12 et 15,43 décès pour 100 000 habitants).²⁵

Le nombre de PVVIH dans la région de la CEDEAO est passé de 3,0 millions à 3,5 millions de 2010 à 2018, tandis que les nouvelles infections ont diminué de 2,3 %, passant de 217.700 à 212.800 selon les estimations, au cours de la même période. De même, le nombre de décès liés au sida a diminué de 23,3 %, passant de 146.470 à 112.380 sur la même période. En 2018, la région de la CEDEAO représentait

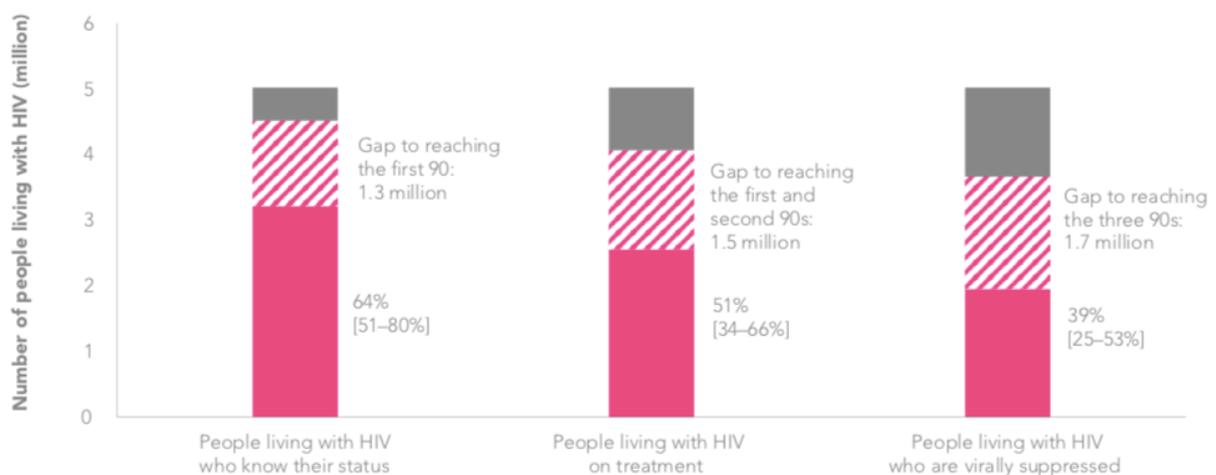
³ DALYs are used as a key measurement of disease burden. DALYs are the sum of years of life lived with disability (YLDs) and years of life lost to premature mortality (YLLs). More details available [here](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/) (https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)

respectivement 9,2 %, 12,5 % et 14,6 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH, de nouvelles infections et de décès liés au sida.

Outre l'impact direct du VIH sur l'espérance de vie, on note un impact économique important à travers la perte de main-d'œuvre productive, de la croissance et le développement économiques. Des estimations montrent qu'une augmentation de 1% du taux de prévalence du VIH en Afrique de l'Ouest a réduit la croissance du revenu par habitant de 0,47 %.²⁶

Malgré les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH/sida dans la région de l'AOC, des défis importants restent à relever. Parmi les 5 millions [4,0 millions-6,3 millions] de personnes vivant avec le VIH en AOC à la fin de 2018, 64 % connaissaient leur statut sérologique (figure 4). L'écart pour atteindre les 90 premiers objectifs des 90-90-90 en 2018 était de 1,3 million de PVVIH qui ne connaissaient pas leur statut sérologique. Un peu plus de la moitié (51 %) des PVVIH de la région AOC ont accédé au TAR en 2018, avec un écart de 1,5 million de personnes par rapport au premier et au deuxième objectif des 90-90-90. Le pourcentage estimé de PVVIH dans la région ayant atteint la suppression virale était de 39 % en 2018, avec un écart pour atteindre les trois 90 de 1,7 million de personnes. Ces écarts représentent un défi important pour les pays de la région en ce qui concerne l'objectif de mettre fin au sida d'ici 2030.²⁷

Figure 4. Cascade de dépistages et de traitements du VIH, Afrique occidentale et centrale, 2018 (Analyse spéciale de l'ONUSIDA 2019)



Dans la région de la CEDEAO, la proportion de PVVIH en 2018 qui connaissaient leur statut sérologique allait de 33 % au Mali à plus de 95 % au Cap-Vert. Seule la moitié environ des PVVIH étaient sous traitement antirétroviral, avec un écart de 1,075 million à combler pour atteindre le 2e objectif de l'ONUSIDA 90-90-90. Les données sur la suppression virale n'étaient disponibles que pour sept des quinze États membres de la CEDEAO. Elles ont montré que la suppression virale allait de 26% en Sierra Leone à 48% au Benin.

L'épidémie de VIH en Afrique occidentale et centrale a une dynamique distincte par rapport aux autres régions de l'Afrique subsaharienne. Les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent 64 % des nouvelles infections par le VIH en AOC. Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes représentent environ 17 % des nouvelles infections en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les travailleurs du sexe représentent 14 % des nouvelles infections ; les personnes qui s'injectent des drogues représentent 8 %

et les partenaires sexuels des populations clés (y compris les clients des travailleurs du sexe) représentent 25 %.²⁸ Il n'existe pas de données sur la prévalence du VIH parmi populations clés jeunes, malgré leur risque accru et leur vulnérabilité au VIH. La prévalence du VIH dans les populations clés par pays, lorsque les données sont disponibles, est détaillée dans le tableau 1. Les données ne sont pas disponibles pour un certain nombre de populations clés et pays (Cap-Vert et Liberia).

Tableau 1 : Prévalence du VIH parmi les populations clés des États membres de la CEDEAO en 2019 ²⁹

Pays	TS	HSH	PWID	TG	Prisonniers
Benin	8,5%	7,0%	2,2%	-	0,6%
Burkina Faso	5,4%	1,9%	-	-	2,2%
Côte d'Ivoire	12,2%	12,3%	-	-	1,2%
Gambie	11,0%	34,4%	-	-	-
Ghana	6,9%	18,0%	-	-	0,4%
Guinée	10,7%	-	-	-	2,3%
Guinée Bissau	18,0%	3,0%	-	-	-
Mali	-	13,7%	-	-	1,4%
Niger	17,0%	-	-	-	1,9%
Nigeria	14,4%	23,0%	3,4%	-	-
Sénégal	6,6%	27,6 %	1,6%	-	2,0%
Sierra Leone	6,7%	14,0%	8,5%	15,3%	8,7%
Togo	13,2%	22,0%	-	-	-

NB: TS=Travailleurs de Sexe; HSH= les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes; PWID=Personnes qui s'injectent des drogues; TG=Personnes Transgenres

Aucune donnée sur les populations clés n'est disponible pour le Cap-Vert ou le Liberia

2.2 Contexte de la tuberculose

En 2018, 173 pays dans le monde ont notifié 4,3 millions de nouveaux cas de tuberculose et de rechute avec un résultat de sérologie VIH documenté (soit une augmentation de 15 % par rapport aux 3,8 millions de 2017), ce qui équivaut à 64 % des cas de tuberculose notifiés. Cela représente une multiplication par 27 du nombre de personnes atteintes de tuberculose ayant subi un test de dépistage du VIH depuis 2004.³⁰

Des décennies après le début de l'épidémie de VIH, à l'échelle mondiale, trois personnes sur cinq qui commencent un traitement contre le VIH ne sont pas dépistées, testées ou traitées pour la tuberculose, la principale cause de décès des PVVIH.³¹ Le dépistage systématique des symptômes de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH est recommandé par l'OMS en tant que composante essentielle de l'ensemble des soins liés au VIH, ainsi que le lien avec les services de diagnostic, si nécessaire. Au niveau mondial, le nombre de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement préventif contre la tuberculose dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le VIH et ceux d'autres intervenants du domaine a atteint 1,8 million en 2018 (dont 747.579 personnes dans 55 pays qui ont été nouvellement prises en charge), contre un peu moins d'un million en 2017.³²

En raison d'une série d'obstacles sociaux, économiques, culturels et autres, les populations clés souffrant de la tuberculose sont incapables d'accéder aux services de santé et autres services de soutien et bénéficient donc plus des interventions ciblées contre la tuberculose. Le Plan mondial pour éradiquer la tuberculose décrit les populations clés en fonction des conditions qui sous-tendent leur risque de contracter la tuberculose

:

- Une exposition accrue à la tuberculose - y compris les prisonniers, les personnes en milieu fermé et les travailleurs du sexe,
- Un accès limité aux services de lutte contre la tuberculose, y compris pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les transsexuels,
- La possession de certaines caractéristiques biologiques ou comportementales, y compris les personnes qui s'injectent des drogues.³³

À l'échelle mondiale, les personnes qui consomment et s'injectent des drogues restent stigmatisées et criminalisées, ce qui contribue à d'importantes disparités en matière de santé, notamment des taux extrêmement élevés de tuberculose souvent associée au VIH et à l'hépatite virale.³⁴

Dans le monde, plus de 10,2 millions de personnes sont détenues dans des établissements pénitentiaires à un moment donné et le nombre de prisonniers atteints de tuberculose est estimé à 4.500 pour 100.000 ; l'OMS considère que 250 cas pour 100.000 constituent une épidémie. On estime que la prévalence du VIH, des infections sexuellement transmissibles, des hépatites B et C et de la tuberculose dans les populations carcérales est deux à dix fois plus élevée que dans la population générale.³⁵

Dans de nombreux milieux, les personnes qui s'injectent des drogues sont également vulnérables à la tuberculose en raison de leur expérience en prison et en milieu carcéral, où le risque de tuberculose est légèrement plus élevé.³⁶ Les prisonniers et les personnes en milieu fermé, les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque de MDR-TB figuraient parmi les cinq premiers groupes présentant les pires résultats en matière de détection et de traitement en Afrique de l'Ouest.³⁷

Le nombre de patients tuberculeux séropositifs notifiés qui suivent un traitement antirétroviral a augmenté ces dernières années. Dans les 30 pays où la charge de morbidité de la tuberculose et du VIH est élevée, 85 % des patients tuberculeux connus comme séropositifs étaient sous traitement antirétroviral. Toutefois, dans six pays à forte prévalence de la tuberculose et du VIH, dont la Guinée-Bissau et le Liberia, moins de 50 % des patients tuberculeux séropositifs ont commencé à suivre un traitement antirétroviral en 2017.

L'OMS estime qu'un total de 646.850 personnes sont tombées malades de la tuberculose en 2018 dans la région de la CEDEAO, dont près de 80 % dans trois pays – Nigeria (66 %), Ghana (7 %) et Côte d'Ivoire (6 %).³⁸ Environ 13,6% étaient séropositifs, une situation qui représente une amélioration par rapport aux 32% de séropositifs en 2000. La proportion de décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH a également diminué, passant de 45,7 % en 2000 à 22 % en 2018. Près de 122.000 PVVIH dans six pays de la CEDEAO ont reçu un traitement pour une infection latente à la tuberculose.

2.3 Contexte des DSSR

Il existe peu de données spécifiques sur la santé sexuelle et reproductive des populations clés. Les données disponibles concernent principalement les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Selon la surveillance des infections sexuellement transmissibles (2018), la séroprévalence de la syphilis chez les travailleuses du sexe était de 13,2 % pour la région africaine en 2016-2017, alors que la prévalence médiane globale de la syphilis était de 3,2 %.³⁹ La séroprévalence médiane globale déclarée de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était de 6,0%, et de 2,3% dans la région africaine sur la même période ⁴⁰. Bien que le rapportage des cas d'IST soit limité, les données donnent un aperçu de la séroprévalence de la syphilis dans les populations clés.

3. Facteurs augmentant la vulnérabilité des populations clés au VIH, à l'hépatite, à la tuberculose et aux problèmes de santé sexuelle et reproductive

Une série de facteurs sociaux, politiques, juridiques et structurels augmentent la vulnérabilité au VIH des populations clés et empêchent leur accès aux services de lutte contre le VIH et autres. L'OMS énumère un certain nombre d'obstacles qui entravent l'accès des populations clés aux services de santé, notamment une stigmatisation et une discrimination intenses, des niveaux élevés de violence, des inégalités entre les sexes et une marginalisation sociale ; des obstacles juridiques tels qu'une législation et des pratiques policières punitives et discriminatoires ; une faible priorité accordée par le système de santé publique qui, souvent, ne répond pas à leurs besoins spécifiques ; la pauvreté et le fait d'être sans abri ; des niveaux élevés d'incarcération dans des établissements surpeuplés, impliquant des violences sexuelles, une consommation de drogues et des activités sexuelles à risque, et un accès limité à des services complets de prévention du VIH.⁴¹

Facteurs essentiels de vulnérabilité des populations clés de la CEDEAO :

1. Obstacles importants à l'accès aux services liés au VIH, aux hépatites B et C, à la tuberculose et à la santé sexuelle et reproductive
2. Absence de mécanismes et d'outils permettant de générer des données précises et fiables concernant les populations clés
3. Une forte dépendance à l'égard d'une réponse internationale financée par de multiples bailleurs de fonds avec de faibles ressources domestiques pour la programmation en faveur des populations clés
4. Une rareté de programmes visant à créer un environnement favorable à la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence et à l'autonomisation des communautés

Le niveau élevé de mobilité de la population au sein de la CEDEAO est un facteur qui influe également sur la vulnérabilité au VIH. Bien que plusieurs projets régionaux, tels que le programme de l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL), le programme "Frontières et Vulnérabilités au VIH en Afrique de l'Ouest" (FEVE), le projet régional de prévention et de soins du VIH/SIDA (PACTE-VIH), le programme "End Aids in West Africa" (#EAWA) et le programme régional de réduction des risques liés au VIH, à la tuberculose et à d'autres comorbidités, et de promotion des droits humains auprès des consommateurs de drogues injectables ("*Réduction des risques VIH et tuberculose et autres comorbidités et promotion des droits humains auprès des consommateurs de drogues injectables*") (PARECO) ont été et sont toujours en cours, il y a une incertitude quant à leur durabilité puisque leur financement au niveau du Fonds mondial va potentiellement être limité⁴². Les interventions conçues dans un pays ont très peu d'impact sur les populations mobiles. Par conséquent, les interventions doivent être orientées de manière à assurer un soutien aux cibles mobiles utilisant des itinéraires transfrontaliers

En outre, sept pays de la CEDEAO ⁴ sont considérés par le Fonds mondial comme des environnements opérationnels difficiles (COEs), caractérisés par une faible gouvernance, un accès insuffisant aux services de santé, des crises d'origine humaine (comme les conflits) ou naturelle (comme la famine). L'instabilité politique et l'insécurité croissantes de la région du Sahel sont également un facteur qui peut avoir un impact négatif sur les services de santé et accroître la vulnérabilité des populations clés de la région.

Une étude sur le VIH, la loi et les droits de l'homme dans le système africain des droits de l'homme réalisée par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a révélé que les populations clés à travers

⁴ Guinea, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria and Sierra Leone as per the Global Fund's [Operating Policy Manual](https://www.theglobalfund.org/media/3266/core_operationalpolicy_manual_en.pdf) (https://www.theglobalfund.org/media/3266/core_operationalpolicy_manual_en.pdf)

l'Afrique ont reçu des réponses limitées fondées sur les droits de protection aux niveaux continental, régional et national⁴³. Les lois nationales sur le VIH ont tendance à se concentrer étroitement sur les droits des personnes vivant avec le VIH, et les réponses nationales au VIH n'incluent souvent pas la participation des populations clés ou ne donnent pas la priorité à leurs besoins dans les lois liées au VIH et les programmes de droits de l'homme.⁴⁴

Les jeunes qui appartiennent à une ou plusieurs populations clés sont particulièrement vulnérables en raison de la vulnérabilité particulière des jeunes, des déséquilibres de pouvoir dans les relations, du manque d'information et de la mauvaise perception des risques, de l'adoption de comportements à haut risque, tels que les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogue et d'alcool,⁴⁵ et, parfois, l'aliénation de la famille et des amis. Ces facteurs augmentent le risque qu'ils s'engagent – volontairement ou non – dans des comportements qui les exposent au risque de contracter le VIH.⁴⁶ Une étude récente sur les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes en Afrique de l'Ouest a révélé que 45,9 % d'entre eux s'engageaient dans des relations sexuelles transactionnelles et que plus ils étaient jeunes, plus ils étaient susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles transactionnelles.⁴⁷ En outre, les populations clés jeunes sont plus exposées que les populations clés adultes aux infections sexuellement transmissibles et connaissent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale par rapport à leurs homologues du même âge dans la population générale ou à leurs pairs plus âgés de la population clé. Les populations clés jeunes ont également souvent besoin d'un soutien social plus important et ont moins accès à ce soutien.

Les adolescentes sont les principales cibles de la violence basée sur le genre, qui comprend l'inceste, les abus sexuels, la violence exercée par un partenaire intime, le mariage précoce et forcé, le viol conjugal, les mutilations génitales féminines, l'exploitation sexuelle et la traite. Les femmes et les adolescentes appartenant à des populations clés sont confrontées à des risques élevés de violence, de discrimination et de stigmatisation, ce qui aggrave les risques de VIH. Les informations disponibles montrent que les femmes enceintes appartenant aux populations clés connaissent des taux élevés de grossesses non désirées, de violence sexuelle, d'avortement et de besoins non satisfaits en matière de contraception. Les femmes qui s'injectent des drogues ont signalé des taux élevés de violence sexuelle de la part des forces de l'ordre. Les travailleurs du sexe sont très exposés à la violence de leurs partenaires intimes, de leurs clients et des forces de l'ordre.⁴⁸

Tableau 2 : Résumé des directives de services clés pour les populations clés, Directives consolidées de l'OMS

Intervention du secteur de la santé	
1	Prévention du VIH (préservatifs, lubrifiant, PrEP, PEP, circoncision masculine médicale volontaire (CMMV))
2	Interventions de réduction des méfaits liés à la consommation de substances, en particulier les programmes d'aiguilles et de seringues, le traitement de substitution aux opiacés (TSO) et la naloxone pour la gestion des surdoses
3	Services de dépistage du VIH
4	Traitement et soins du VIH
5	Prévention et gestion des co-infections et autres comorbidités, y compris l'hépatite virale, la tuberculose et les problèmes de santé mentale
6	Interventions en matière de santé sexuelle et reproductive
Facteurs déterminants	
1	Une législation, une politique et un engagement financier favorables, y compris la dépénalisation des comportements des populations clés

2	Lutte contre la stigmatisation et la discrimination
3	Des services de santé accessibles, disponibles et acceptables
4	L'autonomisation des communautés
5	Lutte contre la violence à l'égard des personnes appartenant à des populations clés

Le plan de rattrapage pour la région de l'AOC note que les principaux obstacles à l'accès aux services pour les populations clés comprennent des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination, des taux élevés de violence sexiste (y compris dans les situations de conflit et d'urgence) et des inégalités entre les sexes. Les lois et politiques punitives dissuadent également les populations clés d'utiliser pleinement les services disponibles.⁴⁹ Ces facteurs augmentent la vulnérabilité des populations clés et les rendent moins susceptibles d'accéder aux différentes catégories de services clés identifiées par l'OMS (tableau 2).

Sur la base des informations tirées de la revue documentaire et des commentaires des informateurs clés (voir [Annexe 1](#)), quatre facteurs clés qui sont essentiels à la vulnérabilité des populations clés de la CEDEAO ont été identifiés :

1. Obstacles importants à l'accès aux services liés au VIH, aux hépatites B et C, à la tuberculose et à la santé sexuelle et reproductive
2. Absence de mécanismes et d'outils permettant de générer des données précises et fiables concernant les populations clés
3. Une forte dépendance à l'égard d'une réponse internationale financée par de multiples bailleurs de fonds avec de faibles ressources domestiques pour la programmation en faveur des populations clés
4. Manque de programmes visant à créer un environnement favorable à la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence et à l'autonomisation des communautés

Chaque facteur de vulnérabilité est examiné en détail dans les sections suivantes.

3.1 Obstacles importants à l'accès aux services liés au VIH, aux hépatites B et C, à la tuberculose et à la santé sexuelle et reproductive

Bien que des progrès aient été réalisés pour répondre aux besoins sanitaires des populations clés de la CEDEAO, toutes les populations clés n'ont toujours pas accès à un ensemble complet de services. En outre, aucun pays ne fournit de services ciblés pour répondre aux besoins particuliers des populations clés jeunes, bien que leur taux d'utilisation et leur couverture des services de lutte contre le VIH soient inférieurs à ceux des populations clés adultes.⁵⁰ Bien que certaines populations clés aient accès à certains services du paquet de services essentiels, d'autres populations clés n'y ont pas accès.

En ce qui concerne les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui s'injectent des drogues, au moins 80 % des pays de la CEDEAO ont, dans leurs

Principaux défis pour les populations clés en matière d'accès aux services :

- Un accès inégal à un paquet complet de services pour toutes les populations clés
- Concentration des services dans les zones urbaines
- Faible couverture de la prévention, du dépistage et du lien avec les interventions de soins
- Absence d'interventions de réduction des méfaits
- Rareté de la PEP et de la PrEP
- Un accès inégal aux services de TAR et d'IST
- Indisponibilité des produits de santé
- Problèmes d'accessibilité aux services de santé

plans stratégiques nationaux (PSN) de lutte contre le VIH, prévu au moins une activité d'intervention ciblée pour la moitié des domaines de services clés identifiés par l'OMS.⁵ Cependant, pour les prisonniers et les personnes en milieu fermé, ce pourcentage est tombé à 40 % et pour les personnes transgenres, à moins de 7 %. Les PSN étaient les moins susceptibles de comporter des interventions ciblées pour la réduction des risques et la santé sexuelle et reproductive, y compris l'accès à la prophylaxie post-exposition (PEP) et préexposition (PrEP). (Voir [Annexe 4](#))⁵¹

Même si les populations clés sont reconnues dans les PSN, la mise en œuvre des programmes continue de poser des difficultés et les services ne sont pas mis en œuvre comme ils ont été conçus. La couverture de ces programmes varie également beaucoup d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays de la région. En 2018-19, le Fonds mondial a commandité une évaluation des ensembles de services liés au VIH pour les populations clés dans certains pays d'Afrique occidentale et centrale. Le rapport montre qu'il existe une concentration des services dans les zones urbaines, une faible couverture de la prévention, du dépistage et des liens avec les interventions de soins, un manque d'interventions de réduction des méfaits, une pénurie de PEP et de PrEP et un accès inégal aux services de traitement antirétroviral (TAR) et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST).⁵² Il note en outre l'absence de stratégies spécifiques pour cibler les jeunes HSH en matière de dépistage du VIH et de conseil.

La disponibilité des produits de santé demeure un défi en Afrique de l'Ouest. L'Observatoire régional des traitements communautaires en Afrique de l'Ouest (RCTO-WA), qui se concentre sur les populations clés, a constaté qu'entre juillet 2017 et juin 2018, la fréquence des ruptures de stock de produits était de 9 % pour les kits de dépistage du VIH, de 24 % pour les médicaments antirétroviraux (ARV) et de 17 % pour les produits liés à la détection de la charge virale. En moyenne, les ruptures de stock pour les ARV ont duré 41 jours, mais dans le cas le plus extrême, un établissement de santé a enregistré une rupture de stock de 7 mois.⁵³

L'accessibilité est également un facteur qui entrave l'accès à la santé pour les populations clés et autres. Le rapport de la RCTO-WA montre que la distance à parcourir pour se rendre à l'établissement de santé le plus proche est la raison la plus fréquente pour ne pas accéder au dépistage du VIH et au TAR. Il identifie plusieurs autres facteurs qui limitent l'accès des populations clés aux services de lutte contre le VIH, l'hépatite, la santé sexuelle et reproductive et la tuberculose. Parmi ces facteurs, citons le lien limité avec les soins, l'accès limité aux tests de détection de la charge virale, la faible qualité des services rapportée par les utilisateurs, la note la plus faible parmi les groupes de population clés étant celle des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et la plus élevée celle des travailleurs du sexe, ce qui met en évidence les niveaux potentiellement plus élevés de stigmatisation et de discrimination à l'égard de populations clés spécifiques de la part des travailleurs de la santé.

Il y a eu une synergie renforcée entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose dans la CEDEAO, mais malgré ces progrès, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour reconfigurer la prestation de services en vue de l'intégration adéquate de la tuberculose dans les programmes de lutte contre le VIH.⁵⁴ Selon le degré d'intégration entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH d'un pays et leurs systèmes de suivi et d'évaluation respectifs, le parcours du patient pour la tuberculose associée au VIH peut être plus complexe à suivre, car il peut être nécessaire de l'orienter d'un programme à l'autre. Une collaboration étroite entre les services de lutte contre la tuberculose et le VIH est donc essentielle pour réduire les pertes de suivi et la mortalité évitable.⁵⁵

⁵ The six areas are HIV prevention, harm reduction for people who inject drugs, HIV testing services, HIV treatment and care, sexual and reproductive health, and critical enablers.

La plupart des pays incluent des services de lutte contre les IST dans les services destinés aux travailleurs du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et aux personnes qui s'injectent des drogues. Parmi les autres interventions en matière de santé sexuelle et reproductive que l'on peut trouver dans certains pays, citons la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus, la promotion de la circoncision médicale volontaire des hommes, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), la prévention de la violence basée sur le genre (VBG) et les services connexes.⁵⁶ Toutefois, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour étendre les programmes afin d'accroître la couverture des services de prévention et de traitement pour les populations clés, et pour inclure des stratégies spécifiques visant à accroître l'accès des populations clés jeunes. En outre, il y a un manque d'informations complètes sur la disponibilité et l'accessibilité des services de santé sexuelle et reproductive et sur l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive dans les programmes de lutte contre le VIH dans la CEDEAO.

Un certain nombre d'initiatives, telles que des projets pilotes de réduction des méfaits, le pilotage de services communautaires et d'établissements pour les consommateurs de drogues, l'autotest pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et un programme régional de PrEP, sont en cours de mise en œuvre dans la région de la CEDEAO pour répondre aux besoins de santé des populations clés.⁵⁷ Toutefois, ces projets sont encore en phase pilote et la CEDEAO devra réagir rapidement à l'absence d'infrastructures communautaires généralisées et de diversité de modèles de prestation de services si elle veut accroître la couverture des services destinés aux populations clés. Au Nigeria, par exemple, les populations clés étaient plus satisfaites de la qualité des services fournis par les organisations dirigées par des pairs que par ceux des établissements du secteur public, notamment en ce qui concerne l'attitude des prestataires de services pour ce qui est de l'écoute des problèmes et des préoccupations des répondants, la vie privée, la confidentialité et le respect des droits des bénéficiaires des services.⁵⁸ Au Ghana, malgré les frais de déplacement et les délais d'attente plus longs, les PVVIH ont préféré se rendre dans des cliniques éloignées par crainte d'être stigmatisées plutôt que de se faire soigner plus près de chez elles.⁵⁹

3.2 Faiblesse des mécanismes et des outils permettant de générer des données précises et fiables concernant les populations clés

Depuis la déclaration de Dakar, des progrès ont été réalisés en termes de production de données démographiques des populations clés dans la région. Par exemple, des cartographies programmatiques ont été réalisées ou actualisées au Burkina Faso, en Gambie, en Guinée-Bissau, au Liberia, au Nigeria et au Mali. Au Togo, la production de données sur la stigmatisation et la discrimination a permis d'améliorer l'accès aux services⁶⁰. Les observatoires de traitement RCTO-WA et RAME couvrent 12⁶ des 15 pays de la CEDEAO, mais seulement quatre pays—

Principaux défis des données concernant les populations clés :

- Insuffisance d'ETP fiable au niveau national pour les populations clés
- Manque de données au-delà de l'ETP des populations clés, des cartographies programmatiques et de la prévalence du VIH (par exemple, incidence du VIH, couverture du VIH et d'autres programmes)
- Irrégularité des études bio-comportementales des populations clés (BBS) et faible implication des communautés dans le processus
- Suivi insuffisant de l'accès des populations clés aux services
- Systèmes de gestion des données qui ne désagrègent pas les données des populations clés (par exemple, données sensibles à l'âge, au sexe et au genre)

⁶ Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone, and Togo

Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, Togo—ont un observatoire sur la violence, la stigmatisation, la discrimination contre les populations clés, les PVVIH et autres populations vulnérables.⁶¹

L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH a été mis en œuvre au moins une fois dans 8 pays de la région depuis 2008. Le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée-Bissau et le Niger ne l'ont pas encore fait.⁶² Selon l'ONUSIDA, seuls 3 pays de la région disposent d'estimations nationales de la taille de la population (ETP) pour une quelconque population clé. La Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Togo disposent d'ETP nationales pour les prisonniers et les personnes en milieu fermé, et seul le Sénégal dispose d'une étude d'ETP nationale pour les personnes qui s'injectent des drogues. Toutes les autres études ETP réalisées dans les pays de la CEDEAO ne fournissent pas d'estimations au niveau national (voir [Annexe 3](#)). En outre, ils ne désagrègent pas les données en fonction de l'âge, ce qui ne permet pas d'obtenir des informations claires sur les populations clés jeunes. La qualité et l'exactitude de l'ETP des populations clés est un sujet de controverse et des questions de méthodologie ont été soulevées. Les données suggèrent qu'il y a des sous-estimations dans l'ETP, qui peuvent potentiellement être liées aux niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination subis par les populations clés dans la région, ce qui limite la fiabilité de la méthodologie d'estimation de la taille. Par exemple, l'ETP pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est plus élevée lorsque l'on utilise les médias sociaux comme méthode d'échantillonnage.⁶³ D'autre part, d'autres études montrent que l'ETP est disproportionnellement élevée.⁶⁴ Les données sur la prévalence du VIH dans les populations clés de la région sont disponibles, mais très peu d'entre elles sont des estimations nationales.

Même lorsque les informations de base telles que la prévalence du VIH et l'ETP sont disponibles au niveau infranational pour une population clé spécifique, des données telles que l'incidence du VIH et la couverture des programmes font défaut. Les données sur la couverture des programmes de prévention du VIH dans la région ne sont disponibles que pour les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Aucun pays ne dispose de ces données sur les personnes qui s'injectent des drogues, la population transgenre ou les prisonniers et les personnes en milieu fermé, ni sur la couverture des services de dépistage et de traitement du VIH.⁶⁵

Aussi, les données sont parfois dépassées car les enquêtes ne sont pas réalisées régulièrement et la fiabilité des données produites est parfois contestée au niveau national. C'est souvent le cas des études bio-comportementales (BBS). En outre, les données sur la prévalence du VIH parmi les populations clés ne sont pas désagrégées par lieu, sexe et âge. Étant donné la grande vulnérabilité au VIH des populations clés jeunes, le manque de données désagrégées par âge rend plus difficile la planification et la satisfaction des besoins de ces populations. On manque de données sur le nombre d'enquêtes menées sous le leadership des communautés, mais seuls 40 % des pays de la CEDEAO considèrent que le degré de participation des populations clés à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions communautaires est élevé.⁶⁶ Les études collaboratives communautaires sont essentielles pour accroître la pertinence et l'impact potentiel de la recherche.⁶⁷

L'accès des populations clés aux services n'est pas suffisamment contrôlé et mesuré, principalement en raison du manque d'outils et de financement appropriés. Le Togo est le seul pays de la CEDEAO qui dispose d'un code d'identification unique (CIU) pour les populations clés, utilisé dans l'ensemble du système de prévention du VIH et utilisé par toutes les parties prenantes. Malgré cela, aucun pays ne dispose d'un système permettant de suivre les populations clés dans tout le continuum des soins, ce qui rend difficile de déterminer si les populations clés accèdent au TAR et parviennent à la suppression virale. Le suivi des activités déterminantes est limité, de même que la qualité et l'accessibilité des services pour les populations clés.⁶⁸ Des niveaux adéquats de couverture des services programmatiques parmi les populations clés touchées par

l'épidémie de VIH sont une condition préalable pour parvenir à un contrôle global de l'épidémie de VIH ainsi qu'à un contrôle parmi les communautés de populations clés.⁶⁹

Les systèmes de gestion des données doivent être sensibles à l'âge, au sexe et au genre pour fournir des informations suffisamment détaillées pour la programmation de sous-groupes au sein d'une population clé et pour produire des informations stratégiques telles que les projections de spectrum qui comprennent des données démographiques des populations clés. Des données actualisées et précises et des systèmes de gestion des données permettront de suivre les populations clés à travers la cascade de services liés au VIH dans un ou plusieurs pays, d'une manière qui respecte la vie privée et les autres préoccupations des populations clés. Sans cela, la région continuera à faire face à des défis dans la conception et le suivi de programmes ciblés et à fort impact sur les populations clés.

3.3 Une forte dépendance à l'égard des financements internationaux et de multiples bailleurs de fonds et des ressources domestiques limitées pour soutenir les programmes en faveur des population clés

En 2018, la disponibilité des ressources financières pour le VIH en Afrique occidentale et centrale était de 10 % inférieure à celle de 2017, et le financement national représentait 38 % des ressources totales consacrées au VIH. Selon les dernières données disponibles, le financement intérieur (public et privé) représente 12 % (91.640.293 dollars US) des dépenses totales, toutes sources confondues (760.780.839 dollars US), de la riposte nationale au VIH dans les pays de la CEDEAO. Au Liberia, en Guinée, au Niger et en Sierra Leone, moins de 1 % de la réponse nationale au VIH est financée par des sources nationales.⁷⁰

Principaux défis liés au financement des programmes destinés aux populations clés :

- Financement domestique limité pour la mise en œuvre des réponses nationales au VIH
- Dépendance à l'égard des bailleurs de fonds internationaux
- Les déficits de financement peuvent entraîner l'interruption des programmes et empêcher leur passage à plus grande échelle
- L'environnement à bailleurs de fonds multiples crée des disparités dans la mise en œuvre des programmes

Dans tous les cas, un investissement plus important dans les populations clés d'un pays est susceptible d'améliorer le rapport coût-efficacité de la réponse au VIH. Les projections suggèrent que l'extension de la couverture des programmes destinés aux populations clés pourrait stabiliser, voire réduire, les taux d'incidence.⁷¹ Les ressources du programme doivent être réparties entre les populations de manière à réduire au maximum les infections et les décès en aval, en tenant compte de la situation épidémique unique de chaque pays.⁷² Toutefois, la dépendance à l'égard du financement international dans la région de la CEDEAO crée d'importants déficits de financement pour les réponses nationales et, associée à la réticence de nombreux pays à utiliser des financements domestiques aux interventions en faveur des populations clés, elle entrave le passage à grande échelle de ces dernières.

Les déficits de financement et la forte dépendance à l'égard des bailleurs de fonds internationaux peuvent entraîner l'interruption des programmes. Dans certains pays de la région, l'environnement à bailleurs multiples crée également des disparités dans la mise en œuvre des programmes, comme l'absence d'un CIU standardisé et des incitations variables pour les éducateurs pairs. Ces disparités ont un impact négatif sur la réponse au VIH pour les populations clés.

La dépendance croissante à l'égard des bailleurs de fonds internationaux pour combler les déficits de financement des principaux programmes de population n'est pas viable. Pour atteindre les objectifs de l'initiative Fast Track d'ici 2030, il est essentiel non seulement de mobiliser davantage de bailleurs de fonds externes, mais aussi d'augmenter les budgets nationaux de santé, de donner la priorité au VIH et de financer de manière adéquate les programmes destinés aux populations clés.

3.4 Un manque de programmes visant à créer un environnement favorable à la réduction de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence et à l'autonomisation des communautés

L'épidémie de VIH, en particulier parmi les populations clés, continue d'être alimentée par la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité entre les sexes, la violence, le manque d'autonomie des

Principaux défis à relever pour créer un environnement favorable aux populations clés

- Des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination et de violence envers les populations clés
- Manque d'autonomisation de la communauté
- Le cadre juridique, politique et réglementaire comprend des lois et des politiques punitives telles que la criminalisation de la consommation de drogues, du travail du sexe et des actes sexuels entre personnes du même sexe, ainsi que des lois criminalisant la transmission du VIH et l'exposition au virus

communautés et les lois et politiques punitives, notamment les lois criminalisant le travail du sexe, la consommation de drogues et diverses formes de sexualité. Ces facteurs socio-structurels limitent l'accès aux services liés à la tuberculose, au VIH, à l'hépatite et aux autres services de santé sexuelle et reproductive, limitent la manière dont ces services sont fournis et diminuent leur efficacité. Les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination, à prévenir la violence, à réviser les lois, les politiques et les pratiques qui créent des obstacles juridiques pour les populations clés et à donner des moyens d'action à ces dernières sont essentielles pour créer un environnement favorable.⁷³ Les réseaux de populations clés peuvent jouer un rôle essentiel en documentant leurs expériences et leurs efforts pour répondre au VIH et protéger leurs droits humains, et s'assurer que la communauté joue un rôle de premier plan.⁷⁴

Des progrès ont été réalisés en ce qui concerne la création d'un environnement plus favorable aux populations clés de la CEDEAO. Au Togo, le renforcement des capacités des populations clés, la prise en compte proactive de leurs besoins et la mobilisation active des populations clés ont permis l'adoption d'une politique nationale sur les populations clés. En Sierra Leone, l'initiative CARKAP ⁷ est en partenariat avec le Conseil d'aide juridique du gouvernement pour l'accès à la justice des personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes vulnérables, de leurs communautés et de leurs familles ; et pour mener des programmes conjoints d'alphabétisation et d'éducation juridiques sur les questions juridiques relatives au VIH/sida. Au niveau régional, les possibilités de créer un environnement plus favorable comprennent les réunions régionales régulières des populations clés, l'élan politique de la Déclaration de Dakar et les organisations émergentes dirigées par les populations clés et leur capacité croissante. De plus, il existe plusieurs initiatives régionales en cours telles que les projets ALCO, FEVE, PACTE-VIH & #EAWA ⁸, le programme PARECO⁹, et des observatoires de l'accès aux traitements et des observatoires communautaires qui soutiennent les programmes destinés aux populations clés.⁷⁵ Des outils tels que la loi type sur les drogues, élaborée par la

⁷ The "Consortium for the Advancement and Rights of Key Affected populations" is a Community Based organization operated by key populations and key population CBOs including People Living with HIV

⁸ Regional HIV/AIDS prevention and care projects

⁹ Harm reduction and human rights regional project for people who inject drugs

Commission de l'Afrique de l'Ouest sur les drogues, permettront de soutenir les réformes législatives relatives aux populations clés

Cependant, dans la région de la CEDEAO, les populations clés, en particulier celles qui vivent avec le VIH, sont confrontées à des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination et de violence. De nombreux facteurs contribuent à cette situation, notamment les traditions, les croyances religieuses, les tabous, les mythes et la désinformation, les lois, les normes de genre et d'autres facteurs sociaux et culturels. La stigmatisation et la discrimination touchent des populations clés à de nombreux niveaux de leur vie : famille et communauté, santé, travail et éducation. Les données qualitatives du RCTO-WA ont montré que la peur de la stigmatisation et de la discrimination était l'un des principaux facteurs qui empêchent les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe et les personnes qui s'injectent des drogues d'accéder au TAR.⁷⁶ Des études sur l'indice de stigmatisation menées dans huit pays de la CEDEAO — Gambie, Ghana, Liberia, Mali, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone et Togo —montrent qu'entre 3 % et 22 % des personnes vivant avec le VIH ont signalé des violations de la confidentialité de leur statut sérologique VIH par un professionnel de la santé. Le pourcentage de femmes et d'hommes qui signalent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH est de 80 % en Guinée, 67,7 % au Ghana et 65,5 % au Sénégal.⁷⁷

Les données détaillées sur la stigmatisation et la discrimination subies par les populations clés de la CEDEAO sont limitées. Peu de pays recueillent ces informations, mais il semble que les populations clés connaissent des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination. En Côte d'Ivoire, par exemple, 23 % des travailleuses du sexe et 22 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont déclaré éviter les services de santé par crainte de la stigmatisation et de la discrimination.⁷⁸ Les études de l'indice de stigmatisation mettent en évidence la position particulièrement vulnérable des populations clés. Par exemple, l'analyse de l'indice de stigmatisation en Sierra Leone a révélé que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels et d'autres populations clés constituent "un groupe caché... y compris dans la communauté des PVVIH", ce qui les rend moins aptes à accéder à des soins et soutien appropriés. Les données qualitatives de l'évaluation des droits de l'homme en Côte d'Ivoire révèlent que les personnes atteintes de tuberculose font l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination importantes dans leur communauté et dans d'autres contextes. Dans les établissements de soins de santé, il est signalé que les personnes qui consomment des drogues et qui cherchent des services de lutte contre la tuberculose se voient souvent refuser le traitement et les soins.⁷⁹

Les populations clés connaissent des niveaux élevés de violence, notamment de violence physique et sexuelle, ainsi que de harcèlement, d'intimidation et de chantage. Il existe peu de données complètes concernant la violence contre les populations clés dans la CEDEAO. Selon les notes techniques de l'OMS, les populations clés jeunes sont souvent plus vulnérables à la violence, à la stigmatisation et à la discrimination que les populations clés plus âgées.⁸⁰ Cependant, 60,6 % des travailleuses du sexe en Côte d'Ivoire ont déclaré avoir subi des violences physiques, dont 84,6 % au cours des 12 derniers mois. Près de la moitié (44,1 %) des travailleuses du sexe ont déclaré avoir subi des violences sexuelles, 25,5 % ont déclaré avoir peur de recourir aux services de santé et 23,2 % ont déclaré éviter les services de santé, par crainte de révéler leur engagement dans le commerce du sexe.⁸¹

Un cadre juridique, politique et réglementaire favorable dans la CEDEAO, conforme aux orientations et engagements internationaux et régionaux, est essentiel pour garantir l'accès des populations clés aux services de VIH, hépatite, tuberculose et aux autres services de santé sexuelle et reproductive.⁸² La criminalisation de la consommation de drogue, du travail du sexe et des actes sexuels entre personnes du même sexe isole encore davantage les populations clés et les rend plus vulnérables à la stigmatisation, à la

discrimination et à la violence, ainsi qu'à l'incarcération.⁸³ La décriminalisation peut avoir un effet direct sur la transmission du VIH parmi les populations clés. Par exemple, des études suggèrent que la décriminalisation du commerce du sexe, par ses effets en aval sur la violence, les environnements de travail plus sûrs et les risques sexuels, pourrait permettre d'éviter 33 à 46 % des infections par le VIH chez les travailleurs du sexe au cours de la prochaine décennie.⁸⁴ Pour les populations clés jeunes, l'absence de lois et de politiques prévoyant l'âge du consentement au dépistage du VIH et l'accès à la contraception, entre autres, peut constituer un obstacle à l'accès aux services de santé.

Aussi, les lois qui criminalisent la transmission du VIH et l'exposition au virus augmentent la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et vulnérables au virus, y compris les populations clés. Bien qu'il soit reconnu que toutes ces lois ne sont pas appliquées, leur existence peut avoir un effet dissuasif sur l'accès des populations clés aux services. Le tableau 3 présente l'état de la criminalisation des groupes de populations clés dans les pays de la CEDEAO.

Tableau 3 : Extrait du tableau de bord des lois et politiques de la CEDEAO

Pays	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du travail de sexe chez les adultes consentants	Criminalisation des actes sexuels entre personnes du même sexe	Criminalisation de la possession de drogue / usage personnel	Criminalisation de la transmission, de la non-divulgence ou de l'exposition à la transmission du VIH
Benin	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Non	Oui	Oui
Burkina Faso	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Non	Oui	Oui
Cap Vert	Donnée non disponible	Donnée non disponible	No	Donnée non disponible	Oui
Côte d'Ivoire	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Non	Oui	Oui
Gambie	Donnée non disponible	Donnée non disponible	Oui	Donnée non disponible	Donnée non disponible
Ghana	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Oui	Oui	Oui
Guinée	Non	La question est déterminée/référée au niveau infranational	Oui	Oui	Oui
Guinée-Bissau	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Non	Oui	Oui
Liberia	Donnée non disponible	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Oui	Oui	Oui
Mali	Non	Non	Non	Oui	Oui

Niger	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Oui	Oui	Oui
Nigeria	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Oui	Donnée non disponible	Oui
Sénégal	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Oui	Oui	Oui
Sierra Leone	Oui	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Oui	Oui	Oui
Togo	Non	Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe	Oui	Oui	Oui

SOURCE : Extrait / adapté du rapport de données de l'ONUSIDA (2019)

Les faits montrent que les politiques et programmes de santé sont plus efficaces et ont un impact plus positif sur les résultats sanitaires lorsque les populations concernées participent à leur développement.⁸⁵ Néanmoins, l'autonomisation des populations clés et leur participation significative à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes qui les concernent est faible dans la région de la CEDEAO.

Pour accroître l'accès des populations clés aux services liés au VIH, à l'hépatite B et C, à la tuberculose et à la santé sexuelle et reproductive et réduire leur vulnérabilité à ces problèmes, la CEDEAO investira dans des politiques et des programmes visant à réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des populations clés, à créer un environnement juridique et politique favorable et à autonomiser les communautés des populations clés.

4. Orientation stratégique

4.1. Introduction

Cette stratégie régionale a été élaborée par la CEDEAO, par l'intermédiaire de l'OOAS et des États membres, pour répondre aux besoins et aux vulnérabilités des populations clés en ce qui concerne le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les questions de santé sexuelle et reproductive afin de permettre une réponse globale, élargie et durable. La vision, l'objectif et la mission de la stratégie sont les suivants :

Vision : Une Communauté de la CEDEAO dans laquelle toutes les populations clés ont un accès universel à des services complets de lutte contre le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et de santé sexuelle et reproductive, sans stigmatisation ni discrimination.

But : Créer un environnement juridique, social et économique favorable dans la CEDEAO afin de faciliter l'accès aux services liés au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et à la SSR qui sont complets et conçus pour répondre aux besoins de chaque sous-groupe de population clé.

Mission : Orienter la mise en œuvre de services complets de lutte contre le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et de SSR pour les populations clés par le biais d'un cadre coordonné qui soutient le leadership et l'appropriation au niveau régional et national pour permettre à la région d'atteindre les objectifs 3.3 (mettre fin au sida et à la tuberculose et combattre l'hépatite), 3.7 (accès universel aux services de SSR) et 3.8 (couverture sanitaire universelle) des SDG.

4.2 Objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques de la stratégie régionale de la CEDEAO sont les suivants :

1. Renforcer la coordination et le leadership nationaux et régionaux pour une réponse régionale harmonisée et durable aux problèmes du VIH, de la tuberculose, des hépatites B et C et des DSSR pour les populations clés

Cet objectif est axé sur l'amélioration de la coordination nationale et régionale en développant des partenariats solides avec les États partenaires et en favorisant une appropriation et une redevabilité de haut niveau de la stratégie régionale. Il comprend également des stratégies visant à maintenir et à accroître les ressources consacrées aux programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et les hépatites B et C et aux programmes de santé sexuelle et reproductive pour les populations clés.

2. Renforcer la gestion des informations sanitaires relatives aux populations clés afin d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données probantes pour les cibler.

Le deuxième objectif comporte les trois domaines clés de résultats suivants :

- Générer des données fiables pour chaque population clé par des estimations régulières de la taille de la population, des cartographies, des études et des recherches afin de comprendre l'ampleur des problèmes liés au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et aux DSSR parmi les populations clés et leurs besoins spécifiques
- Intégrer toutes les données relatives à la prestation de services aux populations clés dans le système national et régional de suivi et d'évaluation afin de suivre l'efficacité des programmes et d'identifier les besoins en matière de redéfinition des stratégies tout en préservant la confidentialité et la sécurité des données.
- Améliorer l'utilisation et la diffusion des informations stratégiques en produisant une cascade de prévention, de dépistage et de traitement pour les populations clés et en analysant les données nationales et régionales afin d'éclairer les décisions en matière de politique et de programmation.

3. Passer à l'échelle des interventions globales et ciblées de prévention, de traitement, de soins et de soutien concernant le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les services de santé sexuelle et reproductive afin de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité parmi les populations clés.

La première phase du troisième objectif consiste à identifier les lacunes dans l'offre du paquet standard (conformément aux lignes directrices consolidées de l'OMS) de services et de modèles d'offre de services ciblant les populations clés, y compris les populations clés jeunes. Deuxièmement, intégrer les directives internationales pour des services intégrés, y compris la prévention combinée, la prestation de services différenciés, les services juridiques et sociaux et les services de proximité dans les protocoles nationaux relatifs au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et à la santé sexuelle et reproductive. Ensuite, il s'agit d'étendre des soins, des services sociaux et juridiques et des interventions spécifiques, complets et intégrés en matière de VIH, de tuberculose, des hépatites B et C et de santé sexuelle et reproductive, qui soient accessibles à toutes les populations clés.

4. Autonomiser toutes les populations clés et promouvoir leur participation significative à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des programmes afin de garantir une plus grande efficacité des politiques et des programmes de santé.

Le quatrième objectif vise à accroître la participation des populations clés à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et programmes pertinents tout en leur donnant les moyens de s'engager de manière significative avec les parties prenantes sur les questions relatives au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et aux droits et santé sexuels et reproductifs. Ceci inclut une attention spéciale aux populations clés jeunes afin qu'ils disposent de la capacité à s'engager de manière significative avec les parties prenantes sur les mêmes sujets.

5. Veiller à ce que les droits de l'homme des populations clés soient respectés en s'attaquant aux déterminants sociaux, économiques et juridiques de la santé, notamment les lois discriminatoires, la stigmatisation, la discrimination et la violence qui entravent leur accès aux services de santé.

Le cinquième objectif vise à sensibiliser les parties prenantes, en particulier les décideurs politiques, aux droits des populations clés afin de faciliter l'adoption et l'application de politiques, de stratégies et de lignes directrices de soutien qui atténuent la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des populations clés.

4.3 Cadre stratégique

Domaine de résultats clés	Indicateurs	Produits/Résultats	Actions	Partie(s) responsable(s)
Objectif 1 : Renforcer la coordination et le leadership nationaux et régionaux pour une réponse régionale harmonisée et durable aux problèmes du VIH, de la tuberculose, des hépatites B et C et des DSSR pour les populations clés				
1.1 Améliorer la coordination nationale et régionale en développant des partenariats solides avec les États partenaires et en favorisant une appropriation et une redevabilité de haut niveau de la stratégie régionale	<p>Nombre de pays qui déclarent avoir intégré la stratégie régionale dans leurs stratégies et plans d'action nationaux</p> <p>Nombre d'interventions orientées vers la plate-forme régionale pour les populations clés</p> <p>Nombre de réunions/exercices pour suivre les progrès et partager les meilleures pratiques</p> <p>Nombre de meilleures pratiques nationales diffusées dans la région sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR</p>	<p>Feuilles de route/plans d'action nationaux opérationnels dans chaque pays</p> <p>Capacité accrue de la plate-forme régionale pour les populations clés à contribuer à la stratégie régionale</p> <p>Les progrès de chaque pays sont régulièrement suivis et les réalisations sont capitalisées</p>	<p>Soutenir chaque pays dans l'intégration de cette stratégie régionale au niveau national en veillant à ce que</p> <ul style="list-style-type: none"> - La stratégie régionale est approuvée par les autorités locales compétentes - Le cadre fourni par la stratégie régionale est inclus dans toutes les discussions et forums nationaux et régionaux - Les plans stratégiques nationaux sont élaborés, révisés ou mis à jour en conséquence - Les points focaux de l'OOAS ont la capacité, les moyens et les ressources nécessaires pour soutenir leur pays <p>Relancer la plate-forme régionale pour les populations clés, en assurant la représentation de chaque pays de la CEDEAO et en renforçant sa capacité à contribuer à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la stratégie régionale</p> <p>Responsabiliser chaque pays de la CEDEAO en surveillant la mise en œuvre de tous les objectifs stratégiques</p> <p>Organiser régulièrement des forums tels que la réunion régionale des populations clés afin d'accroître l'appropriation de la stratégie régionale, de partager et d'exploiter les meilleures pratiques, d'évaluer les résultats nationaux de la mise en œuvre de cette stratégie, de s'attaquer aux goulets d'étranglement et de promouvoir le programme des populations clés au niveau national</p>	<p>La CEDEAO à travers l'OOAS - Les points focaux de l'OOAS dans chaque pays de la CEDEAO et les autres institutions de la CEDEAO (EGDC, Parlement communautaire)</p> <p>États membres</p> <p>Réseaux et organisations de population clés</p> <p>Les partenaires au développement pour soutenir le processus</p>
1.2 Maintenir et augmenter les ressources pour les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et les hépatites B et C et pour la SSR des populations clés	<p>Nombre de pays qui disposent d'allocations budgétaires spécifiques pour les interventions en faveur des populations clés et qui ont mis en place des mécanismes de financement domestique pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR des populations clés</p>	<p>Allocations budgétaires spécifiques pour des interventions en faveur des populations clés.</p> <p>Mise en place de mécanismes de financement domestique du VIH (y compris des composantes pour les co-infections, l'hépatite et les DSSR)</p>	<p>Mener une évaluation des coûts de la programmation en faveur des populations clés des pays et une cartographie des ressources pour la programmation en faveur des populations clés dans la région</p> <p>Effectuer un diagnostic des contrats sociaux dans les pays de la région afin d'évaluer l'état de préparation du financement domestique pour les interventions des populations clés</p>	

Domaine de résultats clés	Indicateurs	Produits/Résultats	Actions	Partie(s) responsable(s)
			Faciliter et coordonner les forums de dialogue de haut niveau afin de mobiliser davantage de financement domestique pour les interventions en faveur des populations clés.	
	Proportion des fonds alloués à la lutte contre le VIH en faveur d'interventions auprès des populations clés dans chaque pays et au niveau régional	Investissement accru dans la programmation en faveur des populations clés, notamment sur les interventions innovantes, la recherche sur l'incidence au sein des populations clés	Accélérer l'adoption des recommandations du dialogue de haut niveau sur le financement domestique par tous les États membres Faciliter et coordonner des forums de dialogue de haut niveau pour mobiliser des ressources internationales additionnelles	
Objectif 2: Renforcer la gestion des informations sanitaires relatives aux populations clés afin d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données probantes pour les cibler				
2.1 Générer des données fiables pour chaque population clé par des estimations régulières de la taille de la population, des cartographies, des études et des recherches afin de comprendre l'ampleur des problèmes liés au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et aux DSSR parmi les populations clés et leurs besoins spécifiques	Nombre de pays disposant d'un ETP et de données connues des profils, collectées en coopération avec les communautés et désagrégées par sexe et par âge, et couvrant toutes les populations clés (travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, transgenres, personnes qui s'injectent des drogues, prisonniers et personnes en milieu fermé	Les pays et la région ont une compréhension précise de leurs populations clés, désagrégées par sexe et par âge, y compris les estimations de la taille, l'incidence, la charge de morbidité, les violations des droits de l'homme, l'accès aux services et les besoins spécifiques.	Adapter les protocoles pour l'ETP des populations clés, les cartographies, les études bio-comportementales et autres recherches afin de s'assurer que : <ul style="list-style-type: none"> - La méthodologie est basée sur les meilleures pratiques les plus récentes qui soient les plus fiables et les plus précises possibles - Les populations clés sont incluses dans le processus - Une approche fondée sur les droits de l'homme est adoptée - Un consensus est obtenu de toutes les parties prenantes sur les résultats des cartographies, des enquêtes et des études Mener des ETP sur les populations clés, des cartographies, des enquêtes bio-comportementales, des surveillances, des évaluations, des recherches et d'autres études selon des protocoles harmonisés.	La CEDEAO à travers l'OOAS, le comité permanent du Parlement communautaire sur la santé et les services sociaux États membres (Ministères/départements/organismes d'État responsables des programmes de la santé et du VIH, de l'information et des télécommunications/de la protection des données)
2.2 Intégrer toutes les données relatives à la prestation de services aux populations clés dans le système national et régional de suivi et d'évaluation afin de suivre l'efficacité des programmes et d'identifier les besoins en matière de redéfinition	Nombre de pays disposant de systèmes nationaux de suivi et d'évaluation qui enregistrent toutes les données relatives à la prestation de services aux populations clés de manière sûre et confidentielle	Les pays et la région peuvent suivre efficacement toutes les interventions et réorganiser leurs programmes en fonction de leur efficacité.	Développer un cadre de S&E harmonisé (outils, indicateurs, structures, systèmes) pour la CEDEAO afin d'orienter l'intégration des indicateurs liés aux populations clés dans chaque système national de S&E, y compris, mais sans s'y limiter, les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Un CIU pour les interventions en faveur des populations clés qui soit compatible avec les interventions transfrontalières - Un mécanisme permettant d'intégrer les données des ONG (en particulier les services de prévention et de dépistage de proximité) dans les données nationales 	Les réseaux et organisations de population clés doivent faire partie du processus Les partenaires au développement pour soutenir le processus

Domaine de résultats clés	Indicateurs	Produits/Résultats	Actions	Partie(s) responsable(s)
des stratégies tout en préservant la confidentialité et la sécurité des données.			<ul style="list-style-type: none"> - Un mécanisme permettant d'intégrer toutes les données des populations clés dans les systèmes de gestion des informations au niveau national - L'appropriation des données par les populations clés <p>Renforcer les capacités des pays de la CEDEAO afin d'améliorer leur capacité à générer, analyser et utiliser stratégiquement les données pour éclairer les décisions liées à la programmation en faveur des populations clés.</p>	Le réseau des institutions de marketing social de la CEDEAO
2.3 Améliorer l'utilisation et la diffusion des informations stratégiques en produisant une cascade de prévention, de dépistage et de traitement pour les populations clés et en analysant les données nationales et régionales afin d'éclairer les décisions en matière de politique et de programmation.	Nombre de pays où les services de prévention, le dépistage et le traitement en cascade pour les populations clés sont disponibles sur une base annuelle	Les pays et les régions peuvent analyser des données précises et fiables afin d'éclairer les décisions relatives aux politiques et aux programmes.	<p>Adapter et/ou mettre à jour, en collaboration avec les groupes communautaires des populations clés, les lignes directrices standard pour les cinq populations clés, y compris les définitions et la terminologie communes, les paquets de services standard complets, en particulier pour la tuberculose, les hépatites B et C et les services SSR, les interventions comportementales, les services de proximité, y compris la sensibilisation par les pairs et la définition de la couverture.</p> <p>Produire une cascade de prévention, de dépistage et de traitement pour les populations clés de chaque pays de la région de la CEDEAO</p>	
Objectif 3 : Passer à l'échelle des interventions globales et ciblées de prévention, de traitement, de soins et de soutien concernant le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les services de santé sexuelle et reproductive afin de réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité parmi les populations clés				
3.1 (a) Identifier les lacunes dans l'offre du paquet standard (conformément aux lignes directrices consolidées de l'OMS) de services et de modèles de services ciblant les populations clés	Nombre de pays ayant identifié des lacunes dans l'offre du paquet complet de services aux populations clés par le biais d'une revue y compris l'accent mis sur la protection sociale des populations clés et les possibilités d'étendre les services de proximité	La région et les pays ont une connaissance approfondie des lacunes dans l'offre du paquet de services et des modèles de provision de services ciblant les populations clés.	<p>Évaluer la complétude et la disponibilité du paquet des services destinés aux populations clés sur le terrain, conformément aux orientations de l'OMS concernant les paquets de services destinés aux populations clés pour l'ensemble de la région</p> <p>Réexaminer les modèles de provision des services de dépistage, pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C, la santé sexuelle et reproductive et les IST, de proximité, de soins et de soutien afin de guider l'expansion des services de proximité en établissant des liens solides dans l'ensemble du continuum de soins</p> <p>Évaluer les programmes de protection sociale existants et leur sensibilité aux populations clés en utilisant l'outil</p>	<p>La CEDEAO à travers l'OOAS, le comité permanent du Parlement communautaire sur la santé et les services sociaux</p> <p>États membres (Ministères/départements/organismes d'État responsables des programmes de la santé et du VIH, la</p>

Domaine de résultats clés	Indicateurs	Produits/Résultats	Actions	Partie(s) responsable(s)
			<p>d'évaluation de l'ONUSIDA sur le VIH et la protection sociale</p> <p>Identifier les ressources techniques, humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre d'un paquet complet de services destinés aux populations clés</p>	<p>justice, force de l'ordre, des finances, sécurité sociale</p> <p>télécommunications/ assemblées nationales)</p>
3.1 (b) Identifier les lacunes dans l'offre de services complets pour les populations clés jeunes.	Nombre de pays qui ont identifié des lacunes dans l'offre des services complets pour les populations clés jeunes et ont élaboré une série de recommandations sur la meilleure façon de combler ces lacunes.	Les pays ont une connaissance approfondie des lacunes dans l'offre du paquet de services et des modèles de provision de services ciblant les populations clés jeunes	<p>Évaluer la complétude et la disponibilité du paquet des services destinés aux populations clés jeunes sur le terrain.</p> <p>Réexaminer les modèles de provision des services de dépistage, pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C, la santé sexuelle et reproductive et les IST, de proximité, de soins et de soutien afin de guider l'expansion des services de proximité en établissant des liens solides dans l'ensemble du continuum de soins</p> <p>Identifier les ressources techniques, humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre d'un paquet complet de services destinés aux populations clés jeunes</p>	<p>Les réseaux et organisations de population clés doivent faire partie du processus</p> <p>Les partenaires au développement pour soutenir le processus</p>
3.2 intégrer les directives internationales pour des services intégrés, y compris la prévention combinée, la prestation de services différenciés, les services juridiques et sociaux et les services de proximité dans les protocoles nationaux relatifs au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et à la santé sexuelle et reproductive	Nombre de pays qui ont officiellement validé des protocoles nationaux pour les services intégrés, la prévention combinée, la prestation de services différenciés, les services juridiques et sociaux et les services de proximité	La région et les pays disposent de protocoles nationaux pour faciliter une extension efficace des services aux populations clés	<p>Intégrer des directives internationales dans les protocoles nationaux pour l'intégration du VIH, de la tuberculose, des hépatites B et C et des interventions DSSR ciblant les populations clés en matière de soins, de services sociaux et juridiques, y compris la formation des agents de santé par les populations clés et l'orientation et les services pour les victimes de violence (pour les personnes de tout sexe)</p> <p>Intégrer des lignes directrices internationales dans les protocoles nationaux pour des interventions de prévention combinées, des programmes innovants et des modèles de prestation de services différenciés pour le VIH, la tuberculose, la SSR et les hépatites B et C, y compris des solutions à court terme telles que des sites spécialisés répondant aux besoins des populations clés qui fournissent des services jusqu'à ce que les soins adaptés soient étendus</p> <p>Intégrer des lignes directrices internationales dans les protocoles nationaux relatifs aux services de proximité, y compris un programme d'éducation par les pairs (comprenant une formation complète pour les pairs éducateurs, le rôle et les responsabilités des pairs éducateurs, les protocoles de sécurité, les critères de</p>	

Domaine de résultats clés	Indicateurs	Produits/Résultats	Actions	Partie(s) responsable(s)
			recrutement et les grilles de paiement, l'implication des leaders communautaires et la sensibilisation en ligne)	
3.3 Etendre des soins, des services sociaux et juridiques et des interventions spécifiques, complets et intégrés en matière de VIH, de tuberculose, des hépatites B et C et de SSR, qui soient accessibles à toutes les populations clés	Nombre de pays qui fournissent l'ensemble des services décrits dans les lignes directrices de l'OMS de sorte que ces services soient accessibles à toutes les populations clés.	Les populations clés de la région et des pays accèdent équitablement à des services intégrés spécifiques et complets	Fournir des services et des interventions spécifiques, complets et intégrés à toutes les populations clés, en accordant une attention particulière aux personnes mal desservies (paquet spécifique pour les personnes transgenres, paquet complet pour les prisonniers et les personnes en milieu fermé, réduction des méfaits pour les personnes qui consomment les drogues, accent particulier sur les populations clés vivant avec un handicap, services sociaux et juridiques complets, y compris des services et des orientations pour les victimes de violence accessibles sans distinction de sexe, accès pour les femmes et les mineurs) Intensifier les interventions, promouvoir des modèles innovants et documenter et partager les meilleures pratiques	
Objectif 4 : Autonomiser toutes les populations clés et promouvoir leur participation significative à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des programmes afin de garantir une plus grande efficacité des politiques et des programmes de santé				
4.1. Accroître la participation des populations clés à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes pertinents	Nombre de pays où la conception et la mise en œuvre du programme, les activités de collecte de données/suivi, les services ou les activités de réforme des lois sont dirigés par des populations clés ou en sont des participants clés Nombre de réunions nationales et régionales sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR, où les populations clés sont représentées	Cartographie géospatiale des organisations de populations clés et lien avec les possibilités de programmation pour les populations clés. Développement d'un mécanisme de participation, de coordination et d'engagement des populations clés. Les défenseurs des populations clés qui participent aux dialogues régionaux et nationaux sur le VIH.	Cartographie des organisations nationales et régionales des populations clés dans la CEDEAO et analyse des possibilités de programmation pour les populations clés. Développer et rendre opérationnels les mécanismes permettant d'assurer la mise en réseau des plateformes nationales et régionales et d'accroître la participation des populations clés à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes aux niveaux national et régional. Organiser régulièrement des forums pour discuter du VIH, de la tuberculose, des hépatites B et C et des services de DSSR pour les populations clés avec d'autres acteurs clés au niveau national et régional.	La CEDEAO à travers l'OOAS, l'EGDC, le Parlement communautaire États membres Ministères/départements/agences d'État responsables des programmes de VIH et de la santé, du genre et des droits de l'homme
4.2 Donner aux populations clés les moyens et capacité de s'engager de manière significative avec les parties prenantes sur les questions relatives au VIH, à la tuberculose,	Nombre de pays qui apportent un soutien technique et financier aux organisations/groupes de population clés Nombre de pays dont les organisations/groupes de	Les organisations de populations clés/société civile ont accru leur capacité à participer de manière significative	Accroître la participation des populations clés à la conception, à la mise en œuvre et au suivi et à l'évaluation des programmes (par exemple, mécanisme de signalement des violations des droits de l'homme, observatoire du traitement communautaire, éducation par les pairs) Encourager et soutenir (financièrement et techniquement) les organisations émergentes et existantes dirigées par les	Réseaux et organisations nationales et régionales des populations clés et organisations à base communautaire

Domaine de résultats clés	Indicateurs	Produits/Résultats	Actions	Partie(s) responsable(s)
aux hépatites B et C et aux DSSR	<p>population clés font état d'une capacité accrue</p> <p>Nombre de pays où des ateliers de formation/sensibilisation sont organisés par les populations clés</p>		<p>populations clés dans des domaines tels que le plaidoyer, les droits de l'homme, la gestion des programmes et des finances, les systèmes de santé, la santé et les connaissances juridiques</p> <p>Soutenir les organisations nationales des populations clés en plaidant pour une participation accrue des populations clés et les pays en augmentant l'investissement dans le renforcement des capacités et l'autonomisation des populations clés</p>	Partenaires au développement pour soutenir le processus
4.3 Donner aux populations clés jeunes les moyens de s'engager de manière significative avec les parties prenantes sur les questions relatives au VIH, à la tuberculose, aux hépatites B et C et aux DSSR, y compris la collecte de données et l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes.	<p>Nombre de pays qui apportent un soutien technique et financier aux organisations/groupes de populations clés jeunes</p> <p>Nombre de pays dont les organisations/groupes de populations clés jeunes font état d'une capacité accrue à participer de manière significative</p> <p>Nombre de pays où les ateliers de formation/sensibilisation sont dispensés par des populations clés jeunes</p>	<p>Les organisations de populations clés jeunes/société civile ont accru leur capacité à participer de manière significative à la collecte de données et à la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques et des programmes</p>	<p>Accroître la participation des populations clés jeunes à la conception, à la mise en œuvre et au suivi et à l'évaluation des programmes (par exemple, mécanisme de signalement des violations des droits de l'homme, observatoire du traitement communautaire, éducation par les pairs)</p> <p>Accroître la participation des populations clés jeunes à la collecte de données au sein de leur communauté.</p>	<p>Réseaux et organisations nationales et régionales de populations clés jeunes, et organisations à base communautaire</p> <p>Les partenaires au développement doivent soutenir le processus</p>
Objectif 5 : Veiller à ce que les droits de l'homme des populations clés soient respectés en s'attaquant aux déterminants sociaux, économiques et juridiques de la santé, notamment les lois discriminatoires, la stigmatisation, la discrimination et la violence qui entravent leur accès aux services de santé				
5.1 Améliorer la sensibilisation des parties prenantes, en particulier des décideurs politiques, aux droits des populations clés	<p>Nombre de pays où les programmes de formation professionnelle incluent des informations sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR des populations clés comme partie intégrante des curricula de formation dans les domaines de la santé, de la justice, de l'application des lois et de la sécurité.</p>	<p>Matériel de plaidoyer pertinent développé</p> <p>Modules de formation pour les personnels de la santé et leurs pairs sont élaborés.</p> <p>Des réunions sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et le fardeau des IST ainsi que sur les droits à la santé des populations clés sont tenues</p>	<p>Élaborer des documents de plaidoyer de haut niveau, tels que des notes d'orientation, qui comprennent des témoignages et des liens entre les droits des populations clés et l'impact sur la gestion sanitaire du VIH, de la tuberculose, des hépatites B et C et les DSSR</p> <p>Élaborer des modules de formation destinés aux personnels des secteurs de la santé, de la justice et de l'application de la loi, ainsi qu'à la sensibilisation des communautés par des pairs éducateurs</p> <p>Mobiliser, défendre et former les parties prenantes (par exemple, le pouvoir judiciaire, les responsables de l'application des lois, les personnels de la santé, les médias, les chefs religieux, les chefs culturels, les dirigeants)</p>	<p>La CEDEAO à travers l'OOAS, l'EGDC, le Parlement communautaire</p> <p>États membres Ministères/départements/agences d'État responsables des programmes de la santé et du VIH, de la justice, de l'ordre public, de l'égalité des sexes</p>

Domaine de résultats clés	Indicateurs	Produits/Résultats	Actions	Partie(s) responsable(s)
			politiques et la communauté) sur les principaux droits des populations clés, y compris les violences basées sur le genre	et des droits de l'homme
5.2. Adopter et appliquer des politiques, des stratégies et des lignes directrices de soutien qui atténuent la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'égard des populations clés.	Nombre de pays qui ont réalisé une évaluation de l'environnement juridique (EEJ)	Disponibilité des EEJ dans chaque pays de la région	Mener une analyse situationnelle avec la participation substantielle des populations clés sur les lois punitives et répressives, des politiques, des pratiques d'application de la loi liée aux populations clés de la région	Réseaux et organisations de populations clés, et organisations à base communautaire
	<p>Nombre de pays qui ont élaboré un plan d'action quinquennal pour supprimer les obstacles aux droits de l'homme liés aux populations clés</p> <p>Nombre de pays qui ont mené un dialogue national incluant de multiple partenaire et participé à des forums régionaux afin de garantir un environnement juridique plus favorable aux populations clés</p>	<p>Existence et mise en œuvre d'un plan d'action quinquennal favorisant l'accès à des services complets de santé et de lutte contre le VIH, la tuberculose, des hépatites B et C et des DSSR</p> <p>Un dialogue national et régional est mené afin de créer un environnement juridique plus favorable.</p>	<p>Les États membres mènent des enquêtes sur l'indice de stigmatisation et d'autres études pertinentes pour documenter la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des populations clés.</p> <p>Élaborer un plan d'action national quinquennal pour donner suite aux résultats de l'EEJ et des autres études réalisées</p> <p>Engager un dialogue multipartite aux niveaux national et régional, incluant les organisations de défense des droits de l'homme, afin de garantir un environnement juridique favorable en ce qui concerne les lois du travail relatives au travail du sexe, à la consommation de drogues, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.</p>	<p>Médias</p> <p>Les partenaires au développement doivent soutenir le processus</p>

5. Modalités de mise en œuvre

Cette stratégie sera mise en œuvre par différentes parties prenantes, notamment la CEDEAO, l'OOAS, les États membres, les partenaires au développement et les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, les organisations de la société civile et les organisations des populations clés

Le tableau 4 présente les principaux rôles et responsabilités des principales parties prenantes.

Tableau 4 : Modalités de mise en œuvre

Partie Prenantes	Rôles
Points Focaux de l'OOAS dans chaque pays	<ul style="list-style-type: none"> Collaborer avec les acteurs locaux de chaque pays et le siège de l'OOAS pour assurer la mise en œuvre et le suivi de la stratégie
Siège de l'OOAS	<ul style="list-style-type: none"> Coordonner la réponse régionale en assurant un leadership fort pour la mise en œuvre de la stratégie régionale Mobiliser les autres institutions de la CEDEAO pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie dans les États membres Assurer le contrôle et tenir les États membres responsables de l'opérationnalisation et de la mise en œuvre de cette stratégie. Suivre la mise en œuvre de cette stratégie en centralisant les données dans le tableau de bord régional et en fournissant un retour d'information sur les progrès réalisés par les pays Plaider pour une augmentation des ressources internationales et nationales allouées aux principaux programmes de population. Plaider pour la création d'un environnement permettant aux populations clés d'accéder aux services au-delà des frontières sans stigmatisation ni discrimination, dans le plein respect de leur droit à la santé
Cour de justice communautaire (CJC) de la CEDEAO	<ul style="list-style-type: none"> Veiller au respect du droit et des principes d'équité, ainsi que dans l'interprétation et l'application des instruments juridiques adoptés par la Communauté. Donner un avis juridique sur toute question nécessitant l'interprétation du texte communautaire
Parlement communautaire de la CEDEAO et ses commissions permanentes	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la mobilisation de ses membres et des comités permanents (Genre, promotion de la femme et protection sociale, Santé et services sociaux, Droits de l'homme, protection des enfants et des groupes vulnérables, Questions juridiques et de justice) pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie
Centre de développement du genre de la CEDEAO (EGDC)	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir la mise en œuvre de la stratégie Travailler avec les États membres pour mettre en œuvre les stratégies liées au genre Plaider en faveur des droits des populations clés, y compris la violence basée sur le genre
Ministères/départements/agences responsables des programmes de santé et du VIH/TB/Hépatite et des DSSR	<ul style="list-style-type: none"> Adopter et rendre opérationnelle cette stratégie. Identifier des points focaux techniques pour collaborer avec l'OOAS sur la mise en œuvre Élaborer et mettre en œuvre des lignes directrices en matière de santé conformément au cadre stratégique de la présente stratégie Intégrer pleinement dans les systèmes de santé nationaux les services essentiels à la population en matière de VIH, des hépatites B et C, de tuberculose et de santé sexuelle et reproductive.

Partie Prenantes	Rôles
	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les progrès réalisés au niveau national en matière de services aux populations clés. • Soutenir la production de données probantes et fiables sur les populations clés en renforçant les systèmes de collecte de données et la recherche sur les populations clés. • Créer des formations sanitaires sans stigmatisation. • Assurer une allocation budgétaire adéquate pour la programmation en faveur des populations clés. • Plaider et sensibiliser d'autres départements gouvernementaux et non gouvernementaux sur les programmes en faveur des populations clés.
Responsables techniques nationaux du VIH dans les commissions nationales de lutte contre le sida ou dans les ministères de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un environnement permettant aux populations clés d'accéder aux services au-delà des frontières sans stigmatisation ni discrimination, dans le plein respect de leur droit à la santé • Coordonner la réponse régionale en assurant un leadership fort pour la mise en œuvre de la stratégie régionale • Mobiliser les autres institutions de la CEDEAO pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie dans les États membres • Assurer le contrôle et tenir les États membres responsables de l'opérationnalisation et de la mise en œuvre de cette stratégie. • Suivre la mise en œuvre de cette stratégie en centralisant les données dans le tableau de bord régional et en fournissant un retour d'information sur les progrès réalisés par les pays • Plaider pour une augmentation des ressources internationales et nationales allouées aux programmes des populations clés.
Ministères et autres organismes responsables de la justice, de la loi et de l'ordre	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'élaboration et l'adoption de politiques et de lois favorables à toutes les populations clés. • Faciliter la mise en place de mécanismes accessibles pour protéger les droits des populations clés et garantir l'accès à des recours/redevabilité • Veiller à ce que les engagements internationaux et régionaux pour le respect des droits de l'homme soient appliqués au niveau local
Partenaires au développement / Partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider pour l'adoption et la mise en œuvre de cette stratégie • Fournir des conseils techniques aux niveaux régional, national et infranational. • Fournir un soutien en ressources aux niveaux régional, national et infranational. • Aligner les priorités régionales et nationales sur la stratégie régionale • Produire des preuves pour soutenir les programmes et politiques en faveur des populations clés • Soutenir le développement de services pour les populations clés dans leurs communautés. • Renforcer la capacité des populations clés à participer à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes. • Rendre compte des progrès réalisés pour les différentes actions du cadre stratégique. • Mobiliser des ressources pour soutenir les populations clés

Partie Prenantes	Rôles
Secteur des entreprises privées	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la mise en œuvre des services aux populations clés par le biais d'organisations communautaires et d'organisations de la société civile (OSC) dirigées par les populations clés ou favorables aux populations clés • Veiller à ce que le champ de leur responsabilité sociale inclue la programmation des populations clés
Organisations de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider pour l'adoption et la mise en œuvre de cette stratégie. • S'aligner et soutenir la mise en œuvre de cette stratégie. • Produire des données pour soutenir les programmes et politiques en faveur des populations clés. • Soutenir le développement de services ciblant les populations clés dans leurs communautés. • Renforcer la capacité des populations clés à participer à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques et des programmes. • Renforcer la capacité des organisations à base communautaire et d'autres groupes à assurer une coordination solide et la mise en œuvre de programmes ciblant les populations clés. • Rendre compte des progrès réalisés dans les différentes actions du cadre stratégique • Tenir les États membres redevables de la mise en œuvre de la stratégie • Mobiliser des ressources pour soutenir les programmes ciblant les populations clés.
Organisations de populations clés	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la prestation de services pour une mise en œuvre efficace. • Soutenir la production d'informations sur les données concernant les populations clés. • Contribuer à l'élaboration des programmes et des politiques et à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes relatifs aux populations clés. • Développer des réseaux efficaces pour divers sous-groupes de populations clés à tous les niveaux.

Le système de gouvernance pour la mise en œuvre de la stratégie comprendra la création d'un comité régional qui sera représentatif des pays, des acteurs nationaux et régionaux et de toutes les maladies incluses dans la stratégie. Le comité élaborera les plans pertinents pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie, tels que les plans de communication, de suivi et d'évaluation et de mobilisation des ressources.

Le suivi de la stratégie sera assuré par l'OOAS (voir détails dans la section suivante). La stratégie guidera les pays dans leurs réponses et leurs demandes de financement. Si un financement au niveau régional est disponible, les plans opérationnels et les mécanismes de gestion des fonds pertinents seront élaborés par le comité régional.

Lors de la réunion de consultation régionale des 10 et 11 décembre 2019, qui s'est tenue à Abidjan, les participants ont élaboré une analyse des risques afin d'identifier les principaux risques et les mesures d'atténuation liées à la mise en œuvre de la stratégie régionale. Celles-ci guideront également la mise en œuvre de la stratégie (Voir [Annexe 2](#))

6. Mécanisme de Rapportage

Un tableau de bord de la stratégie régionale a été élaboré en tant que mécanisme de rapportage pour suivre les progrès des indicateurs du cadre stratégique (voir [Annexe 5](#)). Ces indicateurs sont considérés comme les indicateurs de base de la stratégie. Les pays évalueront eux-mêmes le niveau de réalisation de chaque indicateur sur la base de critères standard d'évaluation de leurs performances

En outre, un cadre de résultats modèle par pays se concentrera davantage sur les résultats nationaux de chaque pays. Une série d'indicateurs standard du cadre de suivi mondial du sida (GAM) ont été compilés pour donner un aperçu des résultats des pays aux niveaux extrants, résultats et impact pour chaque population clé.

Le suivi et l'évaluation de cette stratégie régionale seront intégrés dans les mécanismes de suivi et d'évaluation nationaux, régionaux et internationaux existants. Le processus de suivi sera mené par chaque pays. Un niveau élevé d'appropriation par chaque pays de la stratégie et du suivi de ses indicateurs est essentiel pour la réussite du rapportage au niveau régional.

L'OOAS veillera à ce que les indicateurs de base pour le suivi de la mise en œuvre de la stratégie régionale soient convenus et adoptés par les ministères de la santé et les autres agences responsables de la santé et du VIH, de la tuberculose, de l'hépatite et de la santé sexuelle et reproductive. Au niveau national, le système national de suivi et d'évaluation du VIH sera chargé de collecter et de centraliser les données relatives aux indicateurs de base et aux indicateurs du cadre de suivi mondial du sida. Les rapports sur la stratégie régionale seront alignés sur les rapports annuels du cadre de suivi mondial du sida

Au niveau national, les ministères de la santé, en collaboration avec tous les partenaires, seront responsables de la mise en place et de la gestion des systèmes de collecte, d'analyse, de synthèse, d'assurance qualité et de diffusion des principaux résultats des données. Les États membres établiront des rapports annuels périodiques sur les progrès réalisés, basés sur les indicateurs standard du tableau de bord de la stratégie régionale, et les partageront avec l'OOAS par l'intermédiaire des structures de coordination établies pour le VIH.

L'OOAS produira un rapport régional annuel basé sur les rapports périodiques progressifs en utilisant le tableau de bord de la stratégie régionale. Les rapports périodiques régionaux seront diffusés à tous les partenaires nationaux, régionaux et internationaux.

Les partenaires techniques au développement soutiendront le processus de suivi en fournissant des directives claires sur la manière de remplir les rapports périodiques, en organisant régulièrement des revues de performances conjointes et en effectuant une révision à mi-parcours de la stratégie.

7. Annexes

Annexe 1: Résumé de l'analyse SWOT pour la CEDEAO

Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la CEDEAO pour le VIH, la tuberculose et les DSSR pour les populations clés (tirée des informations issues de la revue documentaire et des entretiens avec les informateurs clés)

Forces

- Les programmes de lutte contre le VIH prennent en considération les populations clés par le biais de directives nationales à leur intention
- Organisations de populations clés émergentes et initiatives de renforcement des capacités en cours
- Réunions régionales régulières des Populations clés
- Disponibilité des centres de soins de santé publics
- Initiatives régionales soutenant les programmes ciblant les population clés depuis 2015
- L'élan politique de la déclaration de Dakar
- Innovations émergentes et meilleures pratiques

Faiblesses

- Déficit de financement des programmes destinés aux populations clés et forte dépendance à l'égard des donateurs extérieurs
- Des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination et de violence
- Données insuffisantes sur les populations clés
- Cadre juridique non favorable
- Faible implication des populations clés dans l'élaboration des interventions
- Manque de reconnaissance du rôle et faible capacité des organisations à base communautaire
- Faible couverture des interventions ciblant les populations clés

Opportunités

- Les conférences des populations clés de l'AOC et la plate-forme de revitalisation des populations clés offrent la possibilité de partager des expériences
- Les bailleurs de fonds se concentrent sur les populations clés
- Potentiel d'adaptation et de reproduction des meilleures pratiques innovantes dans la région
- Prochaine déclaration sur les soins de santé universels
- Modèle de loi sur les drogues pour la mise à jour ou la modification des législations
- Synergie connue entre les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose
- Programmes de fonds de contrepartie

Menaces

- Détournement de ressources en raison d'une crise humanitaire
- Résistance sociale, religieuse et culturelle et non-acceptation des populations clés
- L'instabilité politique
- Un financement local limité et un accès inégal au financement des pays de la région
- Interruption du financement de projets régionaux par le Fond Mondial

Annexe 2: Analyse des risques pour la Stratégie régionale des populations clés de la CEDEAO

(Extrait de la réunion de consultation régionale des 10 et 11 décembre 2019, Abidjan)

RISQUES MAJEURS	FACTEURS DE RISQUE	LES MESURES D'ATTÉNUATION
Résistance et contestation des décideurs politiques et des dirigeants	Préjugés contre les populations clés Faible sensibilisation des décideurs politiques/leaders Manque de connaissances sur les populations clés	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les principaux dirigeants/champions favorables aux populations clés et les impliquer dans la mise en œuvre • Sensibilisation permanente, à long terme et régulière • Développer des outils pour évaluer l'impact de la sensibilisation • Inclure la sensibilisation des décideurs politiques dans les plans d'action/demandes de financement et autres documents stratégiques
Stigmatisation et discrimination dans les centres de santé conduisant à l'évitement des soins	Mauvaise connaissance des populations clés par le personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités du personnel de santé • Inclusion des populations clés dans la formation et la prestation de services (pairs éducateurs)
Faible implication des populations clés dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes	Une volonté politique, sociale et culturelle limitée pour s'engager auprès des populations clés Manque d'appropriation des programmes ciblant les populations clés par les décideurs politiques locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès du gouvernement (exécutif, parlementaire et judiciaire) et des principaux partenaires • Identification et utilisation de champions auprès des institutions gouvernementales et des partenaires pour influencer les décideurs politiques • Plaidoyer pour une implication appropriée et stratégique des populations clés dans l'accès aux ressources des bailleurs de fonds • Engagement des groupes sociaux, religieux et culturels sur les questions concernant les populations clés
L'évitement des services de santé, cause de complications	Qualité des services de santé Manque de motivation des populations clés à fréquenter les centres de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité des services de santé • Impliquer les populations clés dans la prestation de services • Sensibilisation des populations clés à l'importance de la gestion de la santé
Interruptions ou discontinuation de programmes et/ou programmes ne pouvant être étendus	Manque de financement pour la programmation ciblant les populations clés et forte dépendance à l'égard des bailleurs de fonds externes	<ul style="list-style-type: none"> • Les critères d'éligibilité des bailleurs de fonds doivent inclure le financement de contrepartie nationale • Observatoire pour l'accès au financement des droits de l'homme • Plaidoyer auprès du gouvernement, en particulier du parlement, pour augmenter le financement domestique des programmes ciblant les populations clés.
Faible mobilisation des populations clés	Restrictions légales pour l'enregistrement des organisations de population clés et la capacité à fonctionner	<ul style="list-style-type: none"> • Les principales organisations de population clés doivent être incorporées dans les organisations de réseau ou de tutelle • Plaider et se mobiliser en faveur de la domestication dans le droit interne des traités internationaux et régionaux signés par les pays
	Manque de structuration des organisations de populations clés et conflits entre ces organisations	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des principales organisations de populations clés • Investissements dans les organisations de populations clés

RISQUES MAJEURS	FACTEURS DE RISQUE	LES MESURES D'ATTÉNUATION
		<ul style="list-style-type: none"> • Communication et partage d'informations entre tous les groupes de population clés • Développer et renforcer les capacités en matière de code d'éthique pour les organisations/initiatives des populations clés.
Les programmes destinés aux populations clés ne sont pas appropriés pour les populations clés qui en ont le plus besoin	Manque d'outils pour la programmation ciblant les populations clés	<ul style="list-style-type: none"> • Développer, harmoniser et renforcer les capacités pour l'utilisation des outils de programmation ciblant les populations clés • Rendre les outils de programmation conviviaux pour les populations clés en vue de la prévention et la cascade des soins
Non-application des lois, directives et politiques visant à permettre un environnement juridique favorable aux populations clés	Retard des EEJ Difficulté à tenir des réunions régulières Changement de responsables politiques Manque de capacités (humaines, techniques, financières) pour la mise en œuvre des lois de protection	<ul style="list-style-type: none"> • Lancer une série de dialogues à l'aide d'un plan de transition pour plaider en faveur des changements et les mettre en œuvre étape par étape
Faible ou absence de financement domestique pour les questions relatives aux droits de l'homme	Instabilité politique dans le(s) pays La lutte contre le terrorisme entraîne une réaffectation des fonds de la santé/droits de l'homme vers la défense	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de transition et de durabilité
Faible leadership pour diriger la mise en œuvre de la stratégie régionale		<ul style="list-style-type: none"> • Plaider et inciter les décideurs politiques à approuver la stratégie régionale • Un leadership formel et fort de la part de l'OOAS

Annexe 3: Tableau comparatif des situations des États membres concernant les éléments essentiels relatifs aux populations clés et à la programmation en matière de VIH, de tuberculose, des hépatites B et C et la SSR

(Provenant [UNAIDS 2019 data](#))

TAILLE ESTIMÉE DE LA POPULATION					
Les estimations de la taille de la population nationale ne sont disponibles que pour deux populations clés. L'ETP pour les prisonniers est de 41 000 en Côte d'Ivoire, 9 500 au Sénégal et 5 200 au Togo. L'ETP pour les PWID est de 3 100 au Sénégal.					
PREVALENCE VIH					
Pays	TS	HSH	PWID	TG	Prisonniers
Benin	8,5%	7,0%	2,2%	-	0,6%
Burkina Faso	5,4%	1,9%	-	-	2,2%
Cap Vert	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	12,2%	12,3%	-	-	1,2%
Gambie	11,0%	34,4%	-	-	-
Ghana	6,9%	18,0%	-	-	0,4%
Guinée	10,7%	-	-	-	2,3%
Guinée Bissau	18,0%	3,0%	-	-	-
Liberia	-	-	-	-	-
Mali	-	13,7%	-	-	1,4%
Niger	17,0%	-	-	-	1,9%
Nigeria	14,4%	23,0%	3,4%	-	-
Sénégal	6,6%	27,6%	1,6%	-	2,0%
Sierra Leone	6,7%	14,0%	8,5%	15,3%	8,7%
Togo	13,2%	22,0%	-	-	-
COUVERTURE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH (selon la définition de l'ONUSIDA d'au moins 2 services de prévention)					
Les données ne sont disponibles que pour les TS et les HSH.					
Aucune donnée n'était disponible pour les PWID, les TG et les prisonniers dans aucun pays.					
Les pays suivants ne disposaient pas de données de couverture pour aucune des cinq populations clés : Benin, Cap-Vert, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Nigeria, Sierra Leone, Togo.					
Pays	TS		HSH		
Burkina Faso	46,8%		76,4%		
Côte d'Ivoire	96,2%		39,1%		
Guinée	-		17,1%		
Niger	59,1%		46,4%		
Sénégal	-		6,4%		

POURCENTAGE DU FINANCEMENT DOMESTIQUE (PUBLIC ET PRIVÉ) DE LA RIPOSTE NATIONALE AU VIH		
Pays	Pourcentage du financement domestique (public et privé) de la riposte nationale	
Benin	13,8%	[2018]
Burkina Faso	53,5%	[2017]
Cap Vert	63,9%	[2014]
Côte d'Ivoire	13,4%	[2013]
Gambie	100,0%	[2014]
Ghana	37,4%	[2016]
Guinée	0,5%	[2018]
Guinée Bissau	11,6%	[2010]
Liberia	0,1%	[2015]
Mali	29,1%	[2012]
Niger	0,8%	[2017]
Nigeria	2,4%	[2018]
Sénégal	26,0%	[2015]
Sierra Leone	1,0%	[2011]
Togo	19,3%	[2017]
POURCENTAGE DES DÉPENSES EN FAVEUR DES POPULATION CLES PAR RAPPORT AUX DÉPENSES NATIONALES EN MATIÈRE DE VIH		
Les données n'étaient disponibles que pour la Côte d'Ivoire (1,9%), le Ghana (7,0%) et le Sénégal (2,3%).		
ESTIMATION DU NOMBRE DE CAS DE TUBERCULOSE CHEZ LES PLHIV		
Pays	Est. Nombre de cas de tuberculose chez les PVVIH	
Benin	980 [630-1400]	
Burkina Faso	860 [550-1200]	
Cap Vert	82 [51-120]	
Côte d'Ivoire	7300 [4600-10000]	
Gambie	700 [530-900]	
Ghana	9500 [4500-16000]	
Guinée	5600 [3600-8100]	
Guinée Bissau	2200 [1400-3200]	
Liberia	2200 [1400-3200]	
Mali	1200 [740-1700]	
Niger	830 [530-1200]	
Nigeria	58 000 [37 000-85 000]	
Sénégal	1 200 [830-1600]	
Sierra Leone	2800 [1800-4000]	
Togo	580 [380-830]	

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH	
Les données n'étaient disponibles que pour la Guinée, qui a déclaré 55,9% [données du programme 2018].	
LES PERSONNES CO-INFECTÉES PAR LE VIH ET LE VIRUS DE L'HÉPATITE QUI REÇOIVENT UN TRAITEMENT COMBINÉ	
Les données ne sont disponibles que pour deux pays pour l'indicateur "Personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite B recevant un traitement combiné". Le Niger fait état de 8 % et le Sénégal de 95,5 % [2018]. Il n'y a pas de données disponibles pour les pays de la CEDEAO concernant les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C recevant un traitement combiné.	
LES FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS DONT LA DEMANDE DE PLANNING FAMILIAL EST SATISFAITE PAR DES MÉTHODES MODERNES	
Cinq pays ont fait état de cet indicateur comme suit : Benin : 28,8% [2018] Côte D'Ivoire : 33,7% [2016] Ghana : 41,2% [2014] Sénégal : 54,1% [2017] Togo : 37,4% [2014]	
PROPORTION DE FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS, MARIÉES OU EN COUPLE, AYANT SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES OU SEXUELLES DE LA PART D'UN PARTENAIRE INTIME MASCULIN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	
<i>Aucune donnée disponible pour le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Liberia, le Niger</i>	
Pays	Proportion de femmes de 15 à 49 ans mariées ou en couple ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime masculin au cours des 12 derniers mois
Benin	13,9% [2018]
Gambie	7,3% [2013]
Mali	26,9% [2013]
Nigeria	11% [2013]
Sénégal	12,2% [2017]
Sierra Leone	26,6% [2013]
Togo	12,7% [2017]

Source: Données 2019 (ONUSIDA)

Annexe 4 Interventions ciblant les populations clés telles que décrites dans les PSN

INTERVENTIONS CIBLANT LES TRAVAILLEURS DU SEXE, TELLES QUE DÉCRITES DANS LE PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL																																			
PREVENTION HIV					RÉDUCTION DES MEFAITS				TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH				TRAITEMENT DU VIH			SSR			LES FACTEURS DÉTERMINANTS																
Condoms	Lubrifiant	PrEP	PEP	Toute prévention	Aiguilles et seringues	Substitution des opiacés	Naloxone	Toute réduction des Méfaits	A l'initiative du Prestataire	A base Communautaire	Prestataire non professionnel	Auto-dépistage	Notification des partenaires assistés	Tout test de dépistage du VIH	TAR équilibrable	L'accès et l'adhérence	PTME	Tout traitement contre le VIH	Dépistage et traitement des IST	Soins prénataux	Tout SSR	Révision des lois - camarairement	Révision des lois - services	Former Prestataires de sante	Former les agents	Engager les parties prenantes	Services de santé	L'autonomisation des communautés	Prévention de la violence	Suivi de la violence	Tout facteur critique				
Benin																																			
Burkina Faso																																			
Cap Vert																																			
Côte d'Ivoire																																			
Gambie																																			
Ghana																																			
Guinée																																			
Guinée Bissau																																			
Liberia																																			
Mali																																			
Niger																																			
Nigeria																																			
Sénégal																																			
Sierra Leone																																			
Togo																																			

INTERVENTIONS CIBLANT LES HSH TELLES QUE DÉCRITES DANS LE PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL																																				
PREVENTION HIV				RÉDUCTION DES MEFAITS			TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH				TRAITEMENT DU VIH			SSR		LES FACTEURS DÉTERMINANTS																				
Condoms	Lubrifiant	PrEP	PEP	Toute prévention	Aiguilles et seringues	Substitution des opiacés	Naloxone	Toute réduction des Méfaits	A l'initiative du Prestataire	A base Communautaire	Prestataire non professionnel	Auto-dépistage	Notification des partenaires	Tout test de dépistage du VIH	TAR équitabile	L'accès et l'adhérence	PTME	Tout traitement contre le VIH	Dépistage et traitement des	Soins prénataux	Tout SSR	Révision des lois -	Révision des lois - services	Former Prestataires de sante	Former les agents	Engager les parties prenantes	Services de santé	L'autonomisation des	Prévention de la violence	Suivi de la violence	Tout facteur critique					
Benin																																				
Burkina Faso																																				
Cap Vert																																				
Côte d'Ivoire																																				
Gambie																																				
Ghana																																				
Guinée																																				
Guinée Bissau																																				
Liberia																																				
Mali																																				
Niger																																				
Nigeria																																				
Sénégal																																				
Sierra Leone																																				
Togo																																				

INTERVENTIONS CIBLANT LES TG TELLES QUE DÉCRITES DANS LE PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL																																						
PREVENTION HIV				RÉDUCTION DES MEFAITS				TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH					TRAITEMENT DU VIH			SSR		LES FACTEURS DÉTERMINANTS																				
Condoms	Lubrifiant	PrEP	PEP	Toute prévention	Aiguilles et seringues	Substitution des opiacés	Naloxone	Toute réduction des Méfaits	A l'initiative du Prestataire	A base Communautaire	Prestataire non professionnel	Auto-dépistage	Notification des partenaires	Tout test de dépistage du VIH	TAR équitabile	L'accès et l'adhérence	PTME	Tout traitement contre le VIH	Dépistage et traitement des IST	Soins prénataux	Tout SSR	Révision des lois - constitutions	Révision des lois - services	Former Prestataires de sante	Former les agents	Engager les parties prenantes	Services de santé	L'autonomisation des communautés	Prévention de la violence	Suivi de la violence	Tout facteur critique							
Benin																																						
Burkina Faso																																						
Cap Vert																																						
Côte d'Ivoire																																						
Gambie																																						
Ghana																																						
Guinée																																						
Guinée Bissau																																						
Liberia																																						
Mali																																						
Niger																																						
Nigeria																																						
Sénégal																																						
Sierra Leone																																						
Togo																																						

Annexe 5 Tableau de bord régional de la stratégie régionale pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR parmi les populations clés de la CEDEAO

Carte de pointage régionale pour l'année _____			Non Atteint				Partiellement Atteint				Significativement Atteint				Totalemment Atteint		
		Benin	Burkina Faso	Cap Vert	Cote d' Ivoire	Gambie	Ghana	Guinée	Guinée Bissau	Liberia	Mali	Niger	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone	Togo	
Objectif 1 : Renforcer la coordination et le leadership nationaux et régionaux pour une réponse régionale harmonisée et durable aux problèmes du VIH, de la tuberculose, des hépatites B et C et des DSSR pour les populations clés	1.1(a) Nombre de pays qui déclarent avoir intégré la stratégie régionale dans leurs stratégies et plans d'action nationaux																
	1.1(b) Nombre d'interventions orientées vers la plate-forme régionale pour les populations clés								x								
	1.1(c) Nombre de réunions/exercices pour suivre les progrès et partager les meilleures pratiques									x							
	1.1(d) Nombre de meilleures pratiques nationales diffusées dans la région sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR									x							
	1.2(a) Nombre de pays qui disposent d'allocations budgétaires spécifiques pour les interventions en faveur des populations clés et qui ont mis en place des mécanismes de financement domestique pour le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR des populations clés																
1.2(b) Proportion des fonds alloués à la lutte contre le VIH en faveur d'interventions auprès des populations clés dans chaque pays et au niveau régional	x%																
Objectif 2 : Renforcer la gestion des informations sanitaires relatives aux populations clés	2.1 Nombre de pays disposant d'un ETP et de données connues des profils, collectées en coopération avec les communautés et désagrégées par sexe et par âge, et couvrant toutes les populations clés (travailleurs du sexe,																

Carte de pointage régionale pour l'année _____			Non Atteint				Partiellement Atteint				Significativement Atteint				Totalement Atteint		
		Benin	Burkina Faso	Cap Vert	Cote d' Ivoire	Gambie	Ghana	Guinée	Guinée Bissau	Liberia	Mali	Niger	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone	Togo	
afin d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données probantes pour les cibler	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, transgenres, personnes qui s'injectent des drogues, prisonniers et personnes en milieu fermé																
	2.2 Nombre de pays disposant de systèmes nationaux de suivi et d'évaluation qui enregistrent toutes les données relatives à la prestation de services aux populations clés de manière sûre et confidentielle																
	2.3 Nombre de pays où les services de prévention, le dépistage et le traitement en cascade pour les populations clés sont disponibles sur une base annuelle																
Objectif 3 : Passer à l'échelle des interventions globales et ciblées de prévention, de traitement, de soins et de soutien concernant le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les services de santé sexuelle et reproductive afin de réduire l'incidence, la morbidité et la	3.1 (a) Nombre de pays ayant identifié des lacunes dans l'offre du paquet complet de services aux populations clés par le biais d'une revue y compris l'accent mis sur la protection sociale des populations clés et les possibilités d'étendre les services de proximité																
	3.1 (b) Nombre de pays qui ont identifié des lacunes dans l'offre des services complets pour les populations clés jeunes et ont élaboré une série de recommandations sur la meilleure façon de combler ces lacunes.																
	3.2 Nombre de pays qui ont officiellement validé des protocoles nationaux pour les services intégrés, la prévention combinée, la prestation de services différenciés, les services																

Carte de pointage régionale pour l'année _____			Non Atteint				Partiellement Atteint				Significativement Atteint				Totalement Atteint		
		Benin	Burkina Faso	Cap Vert	Cote d' Ivoire	Gambie	Ghana	Guinée	Guinée Bissau	Liberia	Mali	Niger	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone	Togo	
mortalité parmi les populations clés	juridiques et sociaux et les services de proximité																
	3.3 Nombre de pays qui fournissent l'ensemble des services décrits dans les lignes directrices de l'OMS de sorte que ces services soient accessibles à toutes les populations clés.																
Objectif 4 : Autonomiser toutes les populations clés et promouvoir leur participation significative à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des programmes afin de garantir une plus grande efficacité des politiques et des programmes de santé	4.1(a) Nombre de pays où la conception et la mise en œuvre du programme, les activités de collecte de données/suivi, les services ou les activités de réforme des lois sont dirigés par des populations clés ou en sont des participants clés																
	4.1(b) Nombre de réunions nationales et régionales sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR, où les populations clés sont représentées																
	4.2(a) Nombre de pays qui apportent un soutien technique et financier aux organisations/groupes de population clés																
	4.2(b) Nombre de pays dont les organisations/groupes de population clés font état d'une capacité accrue																
	4.2(c) Nombre de pays où des ateliers de formation/sensibilisation sont organisés par les populations clés																
	4.3 (a) Nombre de pays qui apportent un soutien technique et financier aux																

Carte de pointage régionale pour l'année _____			Non Atteint				Partiellement Atteint				Significativement Atteint				Totalement Atteint		
		Benin	Burkina Faso	Cap Vert	Cote d' Ivoire	Gambie	Ghana	Guinée	Guinée Bissau	Liberia	Mali	Niger	Nigeria	Sénégal	Sierra Leone	Togo	
	organisations/groupes de populations clés jeunes																
	4.3 (b) Nombre de pays dont les organisations/groupes de populations clés jeunes font état d'une capacité accrue à participer de manière significative																
	4.3 (c) Nombre de pays où les ateliers de formation/sensibilisation sont dispensés par des populations clés jeunes																
Objective 5: Veiller à ce que les droits de l'homme des populations clés soient respectés en s'attaquant aux déterminants sociaux, économiques et juridiques de la santé, notamment les lois discriminatoires, la stigmatisation, la discrimination et la violence qui entravent leur accès aux services de santé	5.1 Nombre de pays où les programmes de formation professionnelle incluent des informations sur le VIH, la tuberculose, les hépatites B et C et les DSSR des populations clés comme partie intégrante des curricula de formation dans les domaines de la santé, de la justice, de l'application des lois et de la sécurité.																
	5.2(a) Nombre de pays qui ont réalisé une évaluation de l'environnement juridique (EEJ)																
	5.2(b) Nombre de pays qui ont élaboré un plan d'action quinquennal pour supprimer les obstacles aux droits de l'homme liés aux populations clés																
	5.2(c) Nombre de pays qui ont mené un dialogue national incluant de multiple partenaire et participé à des forums régionaux afin de garantir un environnement juridique plus favorable aux populations clés																

8. Références

- ¹ African Key Populations Experts Group. Model Regional Strategic Framework on HIV for Key Populations in Africa (2014)
- ² The Dakar declaration is available [here](https://www.ghanaisds.gov.gh/gac1/pubs/DECLARATION_DAKAR.pdf) (https://www.ghanaisds.gov.gh/gac1/pubs/DECLARATION_DAKAR.pdf)
- ³ African Union. Catalytic Framework to End AIDS, Tuberculosis and Eliminate Malaria in Africa by 2030 (2016) available [here](https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/27513-wd-sa16949_e_catalytic_framework.pdf) (https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/27513-wd-sa16949_e_catalytic_framework.pdf)
- ⁴ UNAIDS. The Western and Central Africa Catch Up Plan (2017) available [here](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/WCA-catch-up-plan) (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/WCA-catch-up-plan)
- ⁵ The Moscow declaration is available [here](https://www.who.int/tb/features_archive/Moscow_Declaration_to_End_TB_final_ENGLISH.pdf?ua=1) (https://www.who.int/tb/features_archive/Moscow_Declaration_to_End_TB_final_ENGLISH.pdf?ua=1)
- ⁶ The Political Declaration of the UNGA high-level meeting on the fight against tuberculosis is available [here](https://www.who.int/tb/unhlmonTBDeclaration.pdf) (https://www.who.int/tb/unhlmonTBDeclaration.pdf)
- ⁷ The Resolution on Universal Health Coverage adopted by the Assembly of the IPU is available [here](https://www.who.int/reproductivehealth/UHC-IPU-141/en/) (https://www.who.int/reproductivehealth/UHC-IPU-141/en/)
- ⁸ UNAIDS. Reference Data (2019) available [here](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf) (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf)
- ⁹ UNAIDS. Special analysis (2018)
- ¹⁰ Baggaley, R., Armstrong, A., Dodd, Z., Ngoksin, E. & Krug, A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. J Int AIDS Soc. 2015; 18(2Suppl 1). Available [here](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344541/). (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344541/)
- ¹¹ UNAIDS global update 2018 – available [here](https://www.unaids.org/en/20180718_GR2018) (https://www.unaids.org/en/20180718_GR2018)
- ¹² WHO. Update on Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations (2016), [hereinafter WHO. Consolidated Guidelines]. Available [here](https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/) (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/)
- ¹³ The Global Fund. Best Practices on TB case finding and treatment, reflections and lessons from West Africa and beyond (2018) available [here](https://www.theglobalfund.org/media/8273/core_wca-tb-best-practices_technicalbrief_en.pdf?u=637153281540000000) (https://www.theglobalfund.org/media/8273/core_wca-tb-best-practices_technicalbrief_en.pdf?u=637153281540000000)
- ¹⁴ WHO. Global Tuberculosis Report (2019) available [here](https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/) (https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
- ¹⁵ The Global Fund. Best Practices on TB case finding and treatment, reflections and lessons from West Africa and beyond (2018)
- ¹⁶ WHO. Global Tuberculosis Report (2019) available [here](https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/) (https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
- ¹⁷ Engender Health, GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, Young Positives. 2009. Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package. Amsterdam, GNP+. Available [here](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/linkages/guidance_package.pdf?ua=1). (https://www.who.int/reproductivehealth/topics/linkages/guidance_package.pdf?ua=1)
- ¹⁸ UNAIDS. The Western and Central Africa Catch Up Plan (2017)
- ¹⁹ UNAIDS. The Western and Central Africa Catch Up Plan (2017)
- ²⁰ Model Strategic Framework on HIV for Key Populations in Africa (2014)

-
- ²¹ Available [here \(https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/\)](https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/)
- ²² UNAIDS. Reference Data (2019)
- ²³ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ²⁴ IHME 2020 from GBD 2017 - available [here \(https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/\)](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)
- ²⁵ IHME 2020 from GBD 2017 - available [here \(https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/\)](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/)
- ²⁶ Nketiah-Amponsah, E., Abubakari, M. & Baffour, P.T. Effect of HIV/AIDS on Economic Growth in Sub-Saharan Africa: Recent Evidence. *Int Adv Econ Res* 25, 469–480 (2019). Available [here \(https://link.springer.com/article/10.1007/s11294-019-09754-3#citeas\)](https://link.springer.com/article/10.1007/s11294-019-09754-3#citeas)
- ²⁷ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ²⁸ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ²⁹ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ³⁰ WHO. Global Tuberculosis report (2019) available [here \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1)
- ³¹ UNAIDS. Data Report (2019)
- ³² WHO. Global Tuberculosis Report (2019)
- ³³ WHO. The End TB strategy (2014) available [here \(https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1\)](https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1)
- ³⁴ WHO, The End TB strategy (2014)
- ³⁵ WHO. Consolidated Guidelines
- ³⁶ WHO. The End TB strategy (2014)
- ³⁷ The Global Fund, Best Practices on TB Case Finding and Treatment (2018)
- ³⁸ WHO. Global tuberculosis report 2019. Available [here \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1)
- ³⁹ WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance (2018) – available [here \(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf?ua=1\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf?ua=1)
- ⁴⁰ WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance (2018)
- ⁴¹ WHO. Consolidated Guidelines
- ⁴² The Global Fund. Applicant Handbook 2020-2022 (March 2020), Geneva, Switzerland - available [here \(https://www.theglobalfund.org/media/4755/fundingmodel_applicanthandbook_guide_en.pdf\)](https://www.theglobalfund.org/media/4755/fundingmodel_applicanthandbook_guide_en.pdf)
- ⁴³ African Commission on Human and People’s Rights Study HIV, The Law and Human Rights in the African Human Rights System: Key challenges and opportunities for rights-based responses (2017) - available [here \(https://www.achpr.org/news/viewdetail?id=21\)](https://www.achpr.org/news/viewdetail?id=21)
- ⁴⁴ African Commission on Human and People’s Rights Study HIV, The Law and Human Rights in the African Human Rights System: Key challenges and opportunities for rights-based responses (2017)
- ⁴⁵ WHO. Technical briefs on:
HIV and young men who have sex with men (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543),
HIV and young people who sell sex (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8),
HIV and young people who inject drugs (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/9241208902\)](https://www.who.int/publications/i/item/9241208902)
- ⁴⁶ WHO. Technical briefs on:
HIV and young transgender people (2015) - available [here \(https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng\)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng)

HIV and young men who have sex with men (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543)

(<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>),

HIV and young people who sell sex (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8)

(<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8>),

HIV and young people who inject drugs (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/9241208902)

(<https://www.who.int/publications/i/item/9241208902>)

HIV and young transgender people (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng)

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>

⁴⁷ Kounta CH, Sagaon-Teyssier L, Coulaud PJ, Mora M, Maradan G, et al. (2019) Transactional sex among men who have sex with men participating in the CohMSM prospective cohort study in West Africa. *PLOS ONE* 14(11): e0217115. Available [here](https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0217115) (<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0217115>)

⁴⁸ UNAIDS. Women and HIV – A spotlight on adolescent girls and young women (2019) available [here](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf) (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_women-and-hiv_en.pdf)

⁴⁹ UNAIDS. The western and central Africa catch up plan (2017)

⁵⁰ Bekker, LG. HIV Control in Young Key Populations in Africa. 3(7) *The Lancet Child & Adolescent Health* 442-444 (July 2019). Available [here](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(19)30112-9/fulltext#seccestitle10). ([https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(19\)30112-9/fulltext#seccestitle10](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(19)30112-9/fulltext#seccestitle10))

⁵¹ WHO Regional Office for Africa. Report on Key Populations in African HIV/AIDS: National Strategic Plans (September 2018). Available [here](https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/key-population-report-afro/en/) (<https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/key-population-report-afro/en/>)

⁵² Perez, S., Burrows, D., Parsons, D., McCallum, L. & Falkenberry, H. (April 2019). Regional Summary of Findings of an Assessment of HIV Service Packages for Key Populations in Selected Countries in West and Central Africa. APMG Health, Washington, DC – available [here](https://apmghealth.com/project/assessment-existence-and-use-hiv-packages-services-key-populations) (<https://apmghealth.com/project/assessment-existence-and-use-hiv-packages-services-key-populations>)

⁵³ Watch What Matters, Regional Community Treatment Observatory in West Africa, and the International Treatment Preparedness Coalition. Data for A Difference Key Findings, Analysis and Advocacy Opportunities from the Regional Community Treatment Observatory in West Africa (June 2019). Available [here](https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf) (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf>)

⁵⁴ UNAIDS. The western and central Africa catch up plan (2017)

⁵⁵ WHO. Global Tuberculosis Report (2019)

⁵⁶ Perez, S., Burrows, D., Parsons, D., McCallum, L. & Falkenberry, H. (April 2019). Regional Summary of Findings of an Assessment of HIV Service Packages for Key Populations in Selected Countries in West and Central Africa. APMG Health, Washington, DC

⁵⁷ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018

⁵⁸ Ochonye B, Folayan MO, Fatusi AO, et al. Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):856. Published 2019 Nov 21. doi:10.1186/s12913-019-4691-z – available [here](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6868772/#idm140428742648224title) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6868772/#idm140428742648224title>)

⁵⁹ Adjetei V, Obiri-Yeboah D, Dornoo B: Differentiated service delivery: a qualitative study of people living with HIV and accessing care in a tertiary facility in Ghana. *BMC Health Services Research* 2019, 19(1):95.

⁶⁰ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018

-
- ⁶¹ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶² Stigmaindex.org. (2019). *Country Analysis | People Living with HIV Stigma Index*. [online] Available at: <http://www.stigmaindex.org> [Accessed 5 Sept. 2019].
- ⁶³ Perez, S., Burrows, D., Parsons, D., McCallum, L. & Falkenberry, H. (April 2019). Regional Summary of Findings of an Assessment of HIV Service Packages for Key Populations in Selected Countries in West and Central Africa. APMG Health, Washington, DC
- ⁶⁴ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶⁵ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶⁶ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶⁷ Kaida A, Carter A, Nicholson V, et al. Hiring, training, and supporting Peer Research Associates: Operationalizing community-based research principles within epidemiological studies by, with, and for women living with HIV. *Harm Reduct J*. 2019;16(1):47. Published 2019 Jul 18. doi:10.1186/s12954-019-0309-3 available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6637632/\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6637632/)
- ⁶⁸ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁶⁹ Zhao J, Garcia SA, Ngoksin E, et al. Are monitoring and evaluation systems adequate to report the programmatic coverage of HIV services among key populations in countries?. *Infect Dis Poverty*. 2019;8(1):58. Published 2019 Jul 2. doi:10.1186/s40249-019-0570-4 – available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604138/#Sec10title\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604138/#Sec10title)
- ⁷⁰ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ⁷¹ WHO. Consolidated Guidelines (2016)
- ⁷² Brown T, Peerapatanapokin W. Evolving HIV epidemics: the urgent need to refocus on populations with risk. *Curr Opin HIV AIDS*. 2019;14(5):337–353. doi:10.1097/COH.0000000000000571 – available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688718/#_sec16title\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688718/#_sec16title)
- ⁷³ WHO. Consolidated Guidelines (2016)
- ⁷⁴ Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015;385:55-71. 10.1016/S0140-6736(14)60931-4 available [here \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6384122/#BX2\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6384122/#BX2)
- ⁷⁵ WAHO/USAID. Review of Progress in the Implementation of the Dakar Declaration on Key Populations in ECOWAS Members States. 2018
- ⁷⁶ Watch What Matters, Regional Community Treatment Observatory in West Africa, and the International Treatment Preparedness Coalition. Data for A Difference Key Findings, Analysis and Advocacy Opportunities from the Regional Community Treatment Observatory in West Africa (June 2019). Available [here \(https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf\)](https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/06/RCTO-WA-Data-for-a-Difference-Advocacy-Paper.pdf)
- ⁷⁷ UNAIDS. Reference Data (2019)
- ⁷⁸ Responding to HIV, Human Rights & Key Populations in ECOWAS, (Nov. 2018)
- ⁷⁹ APMG Health, Washington, DC. Scaling up Programs to Remove Human Rights-Related Barriers to Access, Uptake and Retention in HIV, TB and Malaria Services Baseline Assessment Report - Côte d'Ivoire – (2018)

⁸⁰ WHO. Technical briefs on:

HIV and young men who have sex with men (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543) (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>),

HIV and young people who sell sex (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8) (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.8>),

HIV and young people who inject drugs (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/9241208902) (<https://www.who.int/publications/i/item/9241208902>)

HIV and young transgender people (2015) - available [here](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng) (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2015.10-eng>)

⁸¹ Lyons CE, Grosso A, Drame FM, et al. Physical and Sexual Violence Affecting Female Sex Workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: Prevalence, and the Relationship with the Work Environment, HIV, and Access to Health Services. *JAIDS* 2017;75(1):9-17.

⁸² Responding to HIV, Human Rights & Key Populations in ECOWAS, (Nov. 2018)

⁸³ West Africa Commission on Drugs. Model Drug Law for West Africa (2018) available [here](https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/08/WADC-MDL-EN-WEB.pdf) (<https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/08/WADC-MDL-EN-WEB.pdf>)

⁸⁴ Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015; 385(9962): 55–71 available [here](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297548/) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297548/>)

⁸⁵ Potts E. Accountability and the right to the highest standard of health. Colchester, University of Essex Human Rights Centre, 2008