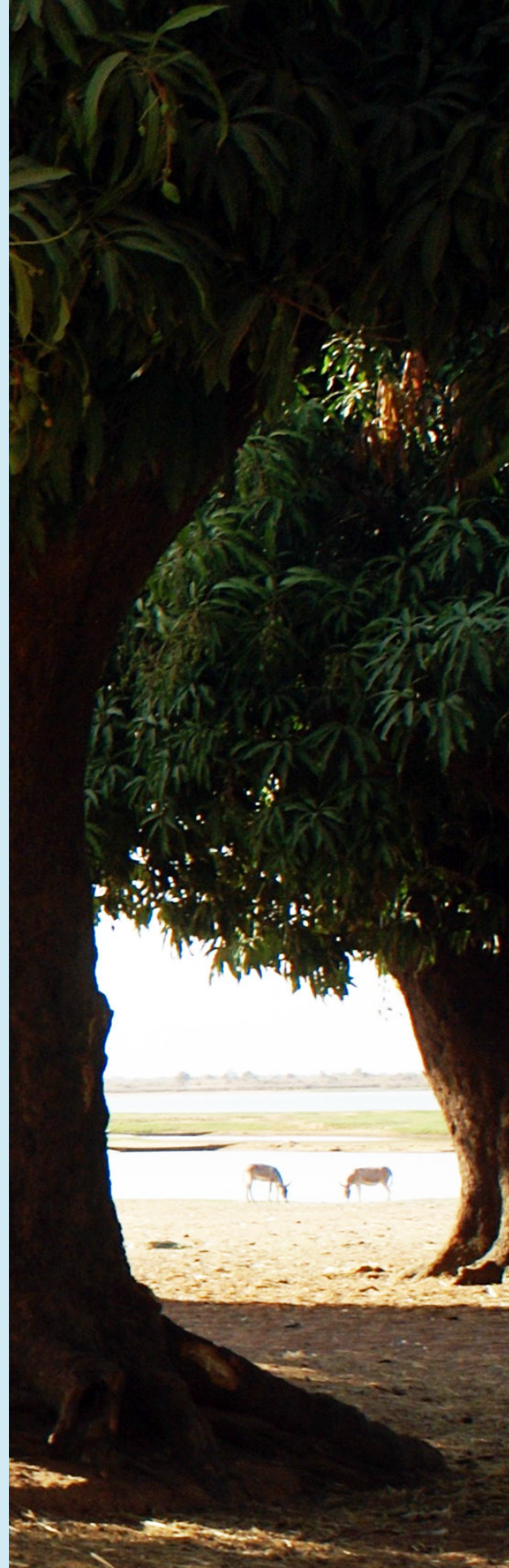

La Feuille de Route du Mali Issue de la Déclaration de Dakar



Introduction

L'Afrique sub-saharienne porte un poids démesuré de l'épidémie du VIH. En effet, 70 % des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) vivent en Afrique sub-saharienne. Les ravages du VIH en termes de maladie et de décès dans la région sont disproportionnés par rapport à sa prévalence moyenne relativement faible de 2,3%. Selon les extraits du Rapport 2015 OMS/ONUSIDA, ce sont 790 000 personnes qui sont mortes de causes liées au VIH, soit 65 % de tous les décès dus au SIDA dans le monde. En outre, l'on observe une faible couverture antirétrovirale ce qui signifie que la transmission du virus reste incontrôlée. En effet, 70% des nouvelles infections surviennent en Afrique sub-saharienne.

Dans cette région, l'épidémie est plus concentrée au sein des populations clés (PC), notamment les professionnels (le)s du sexe (PS) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), en comparaison aux épidémies plus généralisées dans d'autres parties de l'Afrique (Beyrer, Walker, Johns, Sifakis, & Baral, 2011). En effet, l'Afrique de l'ouest et du centre connaît une prévalence moyenne estimée à 34,9 % chez les PS avec des disparités au niveau des pays (ONUSIDA, 2013). Parmi les HSH, la prévalence du VIH est estimée à 19% en Afrique centrale et occidentale et à 15% en Afrique australe et orientale (ONUSIDA, 2013).

Par rapport aux risques de transmission du VIH chez les PC, le dépistage du VIH dans la communauté est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour sa grande efficacité, cependant cette approche n'est ni bien développée ni bien financée en Afrique occidentale et centrale. Au niveau des établissements de santé, les services de dépistage du VIH sont rarement offerts systématiquement et divers obstacles peuvent empêcher d'y avoir recours : ruptures de stock des tests de dépistage, frais assumés par les patients, manque de soutien de conseil et réticence de la part du personnel clinique à proposer le dépistage.

Par ailleurs, les directives de l'OMS qui recommandent aussi la mise sous Traitements anti rétroviraux (TAR) immédiatement après le diagnostic du VIH sont d'une utilité limitée car dans certains cas, le dépistage n'est fait que lorsque le patient est déjà gravement malade, fortement immunodéprimé, et atteint d'infections opportunistes (le prix de l'oubli, MSF 2016).

En outre, des obstacles importants, notamment la stigmatisation et la discrimination, l'environnement juridique et social défavorable sont autant de facteurs qui freinent l'accès aux services de prévention et de prise en charge des IST, du VIH et du sida (ONUSIDA, 2006; Wade et al., 2010).

Ainsi, il convient de traiter la question des facteurs structurels et environnementaux pour un meilleur accès aux services de santé de ces populations vulnérables notamment au Mali où le contexte légal muet est assimilé à une tolérance tacite qui laisse libre cours à des condamnations arbitraires ou encore à une recrudescence de violences basées sur l'orientation sexuelle.

Pour ce faire, le Mali et les autres pays de la CEDEAO ont contribué à l'initiative « mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici 2030 », en participant à Dakar (Sénégal) le 10 avril 2015, à la première consultation régionale sur les populations clés et l'épidémie à VIH/sida en Afrique de l'Ouest, initiée par l'OOAS, en collaboration avec l'ONUSIDA et l'USAID. Cette consultation régionale sur les populations clés et le VIH en Afrique de l'ouest: « Renouveler l'engagement pour l'Action » à laquelle ont pris part les Ministres de la Santé, les procureurs de la République et les Directeurs Généraux de Police des pays de la CEDEAO, a été assortie d'une déclaration d'engagement dite déclaration de Dakar à laquelle le Mali a souscrit en Décembre 2016, afin d'améliorer ou de créer un environnement favorable pour les

populations les plus à risque de transmission du VIH pour faciliter leur accès aux services VIH.

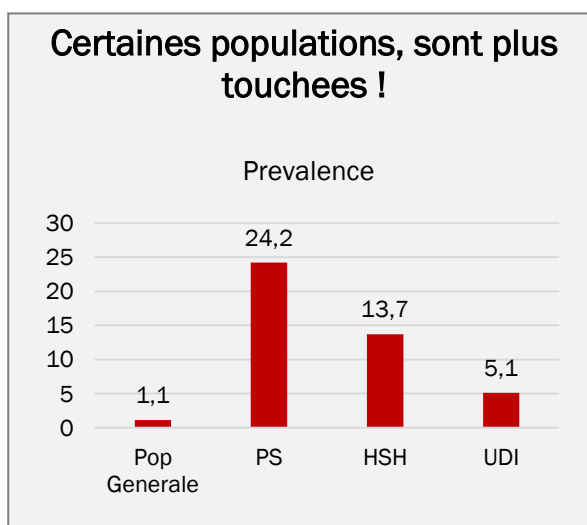
Au Mali, le Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS), avec l'appui de l'USAID à travers le Projet Health Policy Plus (HP+) ont organisé un atelier d'élaboration de la feuille de route du Mali avec l'implication des acteurs clés intervenant dans la lutte contre le sida du 03 au 04 mai 2017 afin de traduire en actions concrètes, les engagements pris à travers la Déclaration de Dakar.

1. Contexte

1.1 Situation épidémiologique du VIH au Mali

Au Mali, le taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans est estimé à 1.1% ; avec une prévalence du VIH plus élevée chez les Travailleuses du sexe à 24%. Chez les HSH, la situation semble préoccupante, la prévalence du VIH étant de 13.7% et de 5.1% chez les usagers de drogues. Ainsi, les PS et les HSH pourraient contribuer à accroître l'incidence du VIH au Mali compte tenu de leur forte interaction avec la population générale. Par ailleurs, la stigmatisation et la discrimination encore fortes au Mali engendrent des cas de violences envers les populations clés. En effet, bien que le travail du sexe ne soit pas illégal, la prostitution par racolage, le proxénétisme et l'attentat à la pudeur sont proscrits par le code pénal. Les TS et les LGBT sont souvent victimes d'une mauvaise interprétation de ce texte dans la mesure où seule l'apparence physique engendre des actes de violences envers eux. C'est ce qui ressort de l'association ARCAD-SIDA à travers le réseau des intervenants dans le District de Bamako et dans 4 capitales régionales du Pays (Kayes, Ségou, Sikasso, et Mopti). La pratique sexuelle entre personnes de même sexe n'est pas tolérée par la société et engendre des violences de nature physique, sexuelle, verbale, psychologique ou encore de violences policières dans les familles, quartiers, écoles et autres lieux de rencontres. Certains sont même contraints de se marier sous l'influence de leur famille.

Par ailleurs, les textes accordent à tous le droit de saisir la justice en cas d'abus sexuels ou d'autres agressions, la plupart des TS et des LGBT ne signalent pas les cas de violences par peur d'être jugés par rapport à leur pratique sexuelle. Même s'ils décident de recourir à la justice, ils ignorent les procédures d'accès. La clandestinité des PC pose d'énormes difficultés à la documentation des cas de violences et constitue un obstacle à la prise en compte de leurs besoins spécifiques.



1.2 Définitions de quelques concepts

Les populations clés payent le plus lourd tribut de l'infection et sont les plus marginalisés en matière de prévention et de prise en charge de la maladie. Il s'agit des : travailleuses du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues et des détenus.

PC : « Populations clés » sont des populations à fort risque d'infection à VIH avec des taux de prévalence plus élevés que dans la population générale. Selon l'ONUSIDA, au moins 50 % de plus de 2 millions de nouvelles infections par le VIH par an se produisent au sein des populations clés, y compris dans les pays où l'épidémie est généralisée

TS : « Travailleuse du Sexe », sont des femmes, hommes et transsexuels adultes et des jeunes de 18 ans et plus qui perçoivent de l'argent, régulièrement ou occasionnellement en échanges de sexe. C'est un terme générique utilisé à l'échelle internationale pour désigner les métiers ou pratiques qui mettent en scène une performance sexuelle qui, dans la majorité des cas, est une prestation de service en échange d'une compensation monétaire.

HSH: « Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes ». C'est un concept large de santé publique utilisé pour définir les comportements sexuels des personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin, indépendamment des motifs les incitant à avoir des rapports sexuels et de l'identification avec une quelconque « communauté ». L'interprétation des mots « homme » et « sexe » varie selon les cultures et les sociétés, et selon les personnes concernées. Par conséquent, le terme HSH s'applique à des situations et des contextes très divers où des personnes de sexe masculin ont des rapports sexuels avec d'autres personnes de sexe masculin.

UDI : « Utilisateurs de drogues injectables », Personnes qui s'injectent des drogues. La définition plus large permet de prendre en compte toute personne utilisant des stupéfiants avec des comportements à haut risque. Au Mali, il existe peu de données sur les UDI ; ils sont victimes d'exclusion sociale et d'atteintes au droit à la santé.

2. Processus d'élaboration de la feuille de route

Deux ateliers d'élaboration de la feuille de route suite à la déclaration de Dakar sur les populations clés ont enregistré la participation des structures étatiques, des partenaires techniques et financiers, des ONG et associations intervenant auprès des populations clés ainsi que les associations de populations clés. La présence remarquable des représentants des associations des PCs de chaque région du Mali, ainsi que les représentants régionaux du HCNLS encore appelés Secrétaire Exécutif Régionaux (SER) et les représentants de la police et la justice. Les structures présentes étaient : le Ministère de la santé (Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida) ; le Ministère de la Justice (Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida), le Ministère de la Sécurité et de la Protection civile (Office Centrale des Stupéfiants), CCM Mali, AMPROD SAHEL, SERKES SIKASSO, Amnesty International Mali, la CNDH, WILDAF, le CAS/Mopti, ARCAD/SIDA, FHI 360 Linkages, DANAYASO, ENDA Mali, ONG WALE Segou, ONG SOUTOURA, VIH/MINUSMA, RMAP+, RENAPOC, AMBEFE, Plan Mali, USAID, UNAIDS.

Au vu des engagements pris à Dakar, 4 grandes composantes de la Déclaration de Dakar ont été déclinées comme suit :

1. L'information stratégique
2. Le renforcement du système de santé
3. Le renforcement de l'offre communautaire
4. La stigmatisation et la discrimination

Les problèmes et défis relatifs à ces 4 composantes ont été décrits, puis a suivi un exercice de priorisation des problèmes.

2.1 Priorisation des actions

En fonction de la liste des problèmes énumérés à travers les 4 domaines ; les groupes ont de façon consensuelle, défini les priorités qui plus tard ont été décrites comme actions clés.

A la suite des discussions de groupes, une matrice a été donnée à chaque groupe par rapport à la thématique. Ainsi, le groupe 1 a travaillé sur : information Stratégique, le Groupe 2 : Stigmatisation et Discrimination, le groupe 3 : Renforcement du Système de Santé, et le groupe 4 : L'offre de Service Communautaire. Chaque groupe devait identifier des actions en

impliquant les 3 différents acteurs, conformément à la DD, à savoir, la justice, la sécurité et la sante. Après avoir listé tous les problèmes, il revenait à chaque groupe de choisir une action prioritaire réalisable dans les 2-3 ans à venir. Ainsi, les points suivants ont été retenus comme priorités qui méritent d'être traduits en action concrètes :

- 1. La prise en compte des données sur les populations clés dans le système national d'informations stratégiques (Y compris des données services VIH, épidémiologique, et cas de stigmatisation et discrimination à l'égard des populations clés) (A l'appui d'Objectif 1)**
- 2. La mise en place des Cadres de concertation avec les différents acteurs (police, sante, justice, société civile, ONG Associations, PTF aux niveaux local, régional et National) au niveau stratégique et opérationnel (A l'appui de toutes Objectifs)**
- 3. L'Intégration de l'offre de services de santé sexuelle dans le paquet de services offerts aux populations clés et dans les directives nationales SR (PNP : prise en charge globale des IST et Contractualisation de l'offre de service de santé sexuelle avec la société civile (A l'appui d'Objectif 2)**
- 4. L'Elaboration de documents normatifs et renforcement des capacités des acteurs pour l'offre de dépistage communautaire (A l'appui d'Objectifs 2, 3 4)**
- 5. L'inclusion de de l'accès aux services de santé (prévention, soins, soutien) du VIH/sida pour les Usagers de drogues, les MSM, les transgenres et les professionnelles de sexe dans la révision de la politique nationale sur le VIH au Mali.**
- 6. L'intégration des PC au niveau des instances décisionnelles et opérationnelles (2 et 4)**
- 7. La Formation et renforcement des capacités des agents de santé, de sécurité, de justice, Médias et religieux en matière de lutte contre la stigmatisation et discrimination.(OBJ 4)**
- 8. Soutenir les réseaux de Populations clés et promouvoir un partenariat avec les réseaux pour tester et réussir la délégation de tâches (A l'appui de toutes Objectifs)**
- 9. Régionaliser la feuille de route de prendre en compte les spécificités des populations clés à titre pilote**

2.2 Analyse de l'environnement et de la réponse

Depuis le début de son histoire, l'infection à VIH connaît une stigmatisation et une discrimination sans précédent. La stigmatisation et les discriminations liées aux contraintes socioculturelles et juridiques engendrent la clandestinité et l'inégalité dans l'accès aux soins et demeurent les principaux obstacles à la mise œuvre des programmes de prévention, de traitement, de soins et de prise en charge pour les plus touchés par l'épidémie. Du fait que les populations clés sont des passerelles, leur difficulté d'accès aux services de santé constitue une limite au respect des droits humains mais est aussi un facteur de propagation de l'infection à VIH au sein de la population générale.

Durant ces dernières années, la riposte à l'infection au VIH a connu d'énormes progrès.

Cependant, l'épidémie continue d'affecter sérieusement les groupes ayant une vulnérabilité particulière. Les facteurs de vulnérabilité de ces groupes appelés populations clés (PC) sont d'une part liés à leurs pratiques sexuelles et comportementales et d'autre part à l'existence de dispositifs réglementaires et législatifs en plus du contexte socioculturel et religieux qui répriment fortement ces pratiques.

En Afrique, notamment au Mali, la bi sexualisation de l'homosexualité exposent aussi bien les hommes que les femmes au risque de contamination.

Pour le travail du sexe, il s'agit d'une pratique plus clandestine. En raison du nombre élevé de filles non scolarisées ou déscolarisées, la quête de ressources financières ou de l'envie de vivre au-delà de leurs moyens, la nécessité de subvenir aux besoins de la famille après le décès du conjoint, conduisent bon nombre de femmes et de filles à la prostitution. En outre, les travailleuses du sexe et leurs clients sont aussi des parents, des partenaires et des épouses. Protéger les travailleuses du sexe et leurs clients du VIH revient à protéger l'ensemble de la population d'une éventuelle contamination aux IST et au VIH.

Il existe peu de programmes de santé prenant en compte les besoins spécifiques des PC. Au Mali, le financement de fonds global (GFATM) et de USAID offrent un soutien aux ONG qui offrent l'éducation, l'encadrement et le dépistage VIH aux PC. Malheureusement, l'insuffisance du budget alloué à ces programmes ne permet pas le changement de comportement escompté.

Ces contraintes juridiques, socioculturelles, économiques et sanitaires défavorisent les PC et les poussent à la clandestinité. Par peur d'être discriminés et victimes de violences, beaucoup préfèrent se cacher et s'abstiennent de participer à des programmes de prévention, de soins et de suivi du VIH ce qui accroît leur vulnérabilité.

Une meilleure collaboration entre les secteurs de la police, de la justice ; les acteurs de santé publique et soins cliniques, les ONGs qui encadrent les PC, le HCNLS, et les organisations de droit de l'homme, pourrait faciliter la mise en place d'un environnement favorable favorisant l'accès aux services de santé pour les populations clés.

3. Strategies

La feuille de route est élaborée à partir des principes directeurs du Cadre Stratégique National du Mali pour le VIH 2017-2021, notamment :

- Prévention de la transmission du VIH ;
- Accès universel aux soins et traitements liés au VIH ;
- Priorisation et le ciblage des interventions ;
- Prise en compte du genre, de la santé sexuelle et reproductive et des droits humains.

4. Beneficiaires

L'amélioration de l'environnement favorable pour les populations clés sera bénéfique pour :

- Les populations clés qui verront leurs droits à la santé respectés, les actes de violence réduits et auront un meilleur accès aux services de prévention et de prise en charge des IST /VIH /sida.
- Les organisations de la société civile et les organisations identitaires qui bénéficieront de la protection judiciaire dans le cadre de leurs interventions en direction des populations clés.
- L'Etat : le Ministère de la Justice, de la Sécurité, de la Sante.

Bénéficiaires : Les populations clés

Au Mali, conformément au cadre stratégique national de lutte contre le sida 2012-2017, les populations clés intègrent les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ainsi que les usagers de drogues. La mise en œuvre de la feuille de route leur sera profitable dans la mesure où un plus grand accès aux services VIH sera constaté. En effet, l'environnement favorable dans le strict respect des droits humains permettra une prise en charge holistique de ces populations.

Le RENACOP (Réseau National des Populations Clés) du Mali qui a activement participé à l'élaboration de la feuille de route, aura un rôle de sensibilisation, d'informations auprès des cibles afin que les mécanismes mis en place puissent être effectivement utilisés par les populations clés.

Le renforcement des capacités en estime de soi, autonomisation, responsabilisation, droits humains destiné aux populations clés leur permettra de mieux s'intégrer dans le tissu social malien.

Bénéficiaires : Les acteurs santé et non santé (communautaires)

Les prestataires de la santé voient leurs capacités renforcées et peuvent aisément prendre en charge les populations clés (techniques d'approche, prise en charge médicale, sensibilisation sur les pratiques sexuelles propres aux populations clés. Les acteurs communautaires auront une plus-value surtout par rapport à la prise en charge des usagers de drogues injectables.

Bénéficiaires : Le Gouvernement

La mise en œuvre de la feuille de route permettra au Gouvernement Malien de pouvoir respecter les engagements pris au niveau international notamment les trois 90 de l'ONUSIDA, la Déclaration de Dakar, les Objectifs du Développement Durable mais permettra aussi une meilleure contribution à l'atteinte des objectifs nationaux confinés dans le plan stratégique national de lutte contre le sida.

5. Mise en œuvre de la feuille de route

Voir la matrice en annexes

6. Suivi évaluation

Le groupe technique thématique chargé des populations paraît être la structure idoine pour faire le suivi de la feuille de route de la Déclaration de Dakar. Cependant, il est nécessaire de pouvoir y adjoindre le RENACOP, les Ministères de la justice et de la sécurité, les associations des droits de l'homme pour une prise holistique des populations clés.

Les indicateurs libellés dans la matrice permettront de faire un suivi périodique des progrès de la mise en œuvre de la feuille de route.

Par ailleurs, ce groupe technique thématique servira aussi de levier pour la mobilisation de ressources nécessaires à la mise en œuvre de la Feuille de Route à travers les opportunités existantes (OOAS, projet Linkages, le Fonds Mondial, ONUSIDA...).

Le groupe technique thématique aura aussi en charge la capitalisation des bonnes pratiques qui seront documentées et pourra servir d'exemples pour une réplification éventuelle d'actions à haut impact.

Dans le HCNLS Mali « CHAINE DES RESULTATS CADRE STRATEGIQUE 2017 -2021 », des indicateurs sont prévus pour informer la réponse multisectorielle au VIH et au sida. Ces

indicateurs spécifiques peuvent être utilisés pour soutenir le suivi et l'évaluation de cette feuille de route.

Effet 1.3	90% des Travailleuses de Sexe (TS) connues et leurs clients bénéficient des services de prévention combinée (Paquet de prévention combinée : Sensibilisation et conseil sur la réduction des risques, promotion et distribution des préservatifs et lubrifiants, conseil et dépistage du VIH, dépistage et traitement des IST, évaluation de la Tuberculose, référence pour le traitement et soins du VIH et la TB, le dépistage du cancer du col de l'utérus; la PF, la PTME,)
Effet 1.4	90% des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH) connus bénéficient des services de prévention combinée (Sensibilisation et conseil sur la réduction des risques, promotion et distribution des préservatifs et lubrifiants, conseil et dépistage du VIH, dépistage et traitement des IST, évaluation de la TB, référence pour la TB; le traitement et soins du VIH)
Effet 1.5	90% des utilisateurs de drogues (UD) connus bénéficient des services de prévention combinée (distribution de seringues, traitement de substitution aux opiacés; Sensibilisation et conseil sur la réduction des risques, promotion et distribution des préservatifs et lubrifiants, conseil et dépistage du VIH et de l'hépatite B et C, dépistage et traitement des IST, évaluation de la TB, référence pour la TB; la PF; la référence pour la prise en charge du VIH et des hépatites B et C; la PTME)

Produit 4.1.8	Les capacités des Départements en charge de la Santé, de la Sécurité, de la Justice et du Genre, du SE/HCNLS, des Elus locaux, sont renforcés pour les questions de droits humains des populations clés (HSH, UDI, PS, PVVIH...) et vulnérables (personnes vivant avec un Handicap, Miniers, populations carcérales etc.,)
Produit 4.1.3	90 % des gouvernants (Etat et Collectivités décentralisées), des acteurs de la société civile, les leaders d'opinion (religieux, communicateurs traditionnels), les hommes de médias et des populations clés impliqués dans la réponse au VIH
Produit 4.2.3	Système de suivi -évaluation de routine (Santé, Education, Justice, Développement social, Défense, Sécurité et Promotion de la Femme de l'enfant et de la Famille) renforcé et opérationnel
Produit 4.1.7	Les droits humains des populations clés (HSH, UDI, PS, PVVIH...) et vulnérables sont promus et respectés

7. Ressources nécessaires

Il est capital de pouvoir mener l'exercice de table ronde afin de mobiliser des ressources tant extérieures que nationales. Aussi l'un des rôles du GTT populations clés sera de saisir les opportunités de financement existantes au Mali notamment les financements de l'USAID (Linkages, Health Policy + ...), du fonds Mondial, Du système des Nations Unies (ONUSIDA, l'assistance technique du Dispositif d'appui technique d'Afrique de l'ouest et du centre...le PNUD...)

L'OOAS principal initiateur de la déclaration de Dakar sera mis à contribution pour le financement de la feuille de route de la déclaration de Dakar ainsi que toute autre initiative en cours, notamment le projet transfrontalier FEVE de ENDA Mali. Au niveau des ressources endogènes, le secteur privé, le gouvernement à travers le HCNLS devront être conviés à la table ronde de mobilisation de ressources.

Conclusion

L'élaboration effective de la feuille de route du Mali pour traduire en actions concrètes les engagements de la Déclaration de Dakar, constitue un véritable outil de plaidoyer pour un environnement favorable aux populations clés et permettra de mieux coordonner les initiatives déjà entreprises et celles qui restent à être menées au niveau du Mali. L'élan entrepris par les acteurs au cours de cet exercice permettra de susciter l'adhésion de toutes les parties prenantes autour de la Déclaration de Dakar. Le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial reste une opportunité majeure pour l'atteinte des 3-90 qui ne pourront être atteints que grâce à la mise en place effective d'un environnement propice aux interventions en direction des populations clés visant par la même occasion à accélérer les efforts pour en finir avec l'épidémie de sida d'ici à 2030.

Cette feuille de route qui fédère tous les intervenants fera l'objet d'un suivi rigoureux pour d'atteindre les objectifs que le Mali s'est fixé tout en suivant les directives de la réponse nationale face à cette épidémie et endiguer les nouvelles infections.