

The logo for FORSS is centered within a white circle. The word "FORSS" is written in a bold, blue, sans-serif font. The letter "O" is stylized as a blue circle with a smaller blue circle inside it, resembling an eye or a target.

FORSS

**RAPPORT CONSOLIDÉ
SUR L'ÉTAT DES SERVICES
DISPONIBLES EN MATIÈRE DE
LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

ÉGYPTE, LIBAN, MAURITANIE, MAROC, TUNISIE

À PROPOS DE FORSS

Le Programme FORSS, porté par Solidarité Sida et ITPC-MENA en partenariat avec cinq associations de la région MENA, vise à améliorer l'accès à des services de qualité pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et populations clés dans cinq pays (Égypte, Liban, Mauritanie, Maroc, Tunisie), grâce à un système de veille communautaire et d'initiatives de plaidoyer ciblées.

À PROPOS DE CE RAPPORT

Afin de disposer d'un point de référence pour l'analyse comparative dans le déploiement des mécanismes de veille communautaire du Programme FORSS, des études nationales dites « baseline » ont été réalisées. Ce rapport consolidé présente les principales conclusions de ces études nationales et propose des recommandations communes pour l'ensemble des pays du projet.

Le Programme FORSS bénéficie du soutien de l'Initiative 5%, mis en œuvre par Expertise France et pilotée par le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. Le contenu de ce rapport relève de la seule responsabilité des associations partenaires du projet et ne reflète pas nécessairement les points de vue et opinions d'Expertise France, du Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères ou du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.



COORDINATION DU RAPPORT

Associations partenaires

Solidarité Sida, France
ITPC-MENA, Maroc
AGD, Mauritanie
Al Shehab, Égypte
ATP+, Tunisie
M-Coalition, Liban
RdR-Maroc, Maroc

Consultant-e-s des études pays

Égypte : Dr. Nahla Ahmed Gamaleldin
Liban : Nour Nasr
Mauritanie : Haby Ba Sira
Maroc : Olivier Maguet
Tunisie : Bilel Mohamed Mahjoubi

Rédacteur-ric-e-s du rapport consolidé

Anaïs Mit, Solidarité Sida
Analyse contexte général : Thierry Ramos, Consultant externe

Traduction

Anglais : Kanan Sarl / Babel Media
Arabe : Kanan Sarl / Babel Media

Comité de relecture

Zakaria Bahtout, ITPC-MENA
Cheikh Thiam, AGD
Fatma Khaled, Al Shehab
Souhaila Bensaid, ATP+
Dany Hanna, M-Coalition
Monssef Bendriss, RdR-Maroc

Conception graphique

Anthony Bornachot



Sommaire

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
Contexte	5
Programme FORSS	5
Objectifs du rapport	5
Méthodologie	6
Revue de la littérature	6
Entretiens individuels et groupes de discussion	6
CONSTATS : CE QUE LES ÉTUDES NATIONALES ONT RÉVÉLÉ	7
<i>Sensibilisation & prévention</i>	7
<i>Dépistage</i>	10
<i>Prise en charge globale</i>	12
<i>Stigmatisations & discriminations</i>	14
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	17
Principales conclusions	17
Recommandations	18
BIBLIOGRAPHIE	19
ANNEXES	21
Annexe 1 – Données épidémiologiques	21
Annexe 2 – Méthodologie de classement des données	22

Liste des sigles et abréviations

AGD	Association des gestionnaires pour le développement
Al Shehab	Al Shehab Institution for Comprehensive Development
ARV	Antirétroviraux
ATP+	Association tunisienne de prévention positive
CCDAG	Centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (Tunisie)
CCM	Country coordination mechanism
CDV	Centre de dépistage volontaire
CIDAG	Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (Maroc)
CNLS	Comité national de lutte contre le VIH/sida
CTA	Centre de traitement ambulatoire
CV	Charge virale
FM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FORSS	FORmer, Suivre, Soutenir
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
INRSP	Institut national de recherche en santé publique
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement transmissible
ITPC-MENA	International Treatment Preparedness Coalition – section MENA
MCO	M-Coalition
MENA	Middle East and North Africa (Moyen-Orient et Afrique du Nord)
NAP	National AIDS Program
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
PEP	Prophylaxie post-exposition
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PSN	Plan stratégique national
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RDR	Réduction des risques
RDR-MAROC	Association nationale de réduction des risques
SDV	Services de dépistage du VIH
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TASP	Treatment as prevention
TROD	Test rapide d'orientation diagnostique
TS	Travailleur-se du sexe
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UDI	Usager-ère de drogues injectables
UPEC	Unités de prise en charge
VBG	Violences basées sur le genre
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

CONTEXTE

La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) est composée de 23 pays avec chacun un profil unique sur les plans démographique, culturel, religieux et socio-économique. Néanmoins, des similarités peuvent être observées, notamment dans le profil épidémiologique de la plupart des pays. Alors que le nombre total de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) résidant dans la région MENA est estimé à seulement 2% et que les données épidémiologiques disponibles indiquent un taux de prévalence très faible dans la région (0,1%), ces mêmes données mettent en lumière une situation particulièrement préoccupante au sein des populations clés et vulnérables qui concentrent la majorité des nouveaux cas de contamination. Ainsi, les données les plus récentes démontrent une augmentation des nouvelles infections dans la zone (+ 12% depuis 2010) et un accès aux traitements particulièrement faible (32% au niveau régional en 2018 contre 78% au niveau mondial)¹.

De même, des similitudes peuvent être observées dans l'état des réponses nationales apportées. Malgré une épidémie concentrée dans la plupart des pays, le taux de couverture des services y demeure très faible et les barrières à l'accès à ces services ne sont pas toujours identifiées. L'insuffisance ou l'absence de données qualitatives dans cette région compliquent l'élaboration de réponses cohérentes et adaptées aux besoins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et membres des populations clés. La situation de l'épidémie de VIH/sida en région MENA repose en effet sur des données datées et qui varient selon les sources des documents. Les dynamiques épidémiques oscillent ainsi entre stabilisation, diminution ou recrudescence de l'épidémie, selon les pays de la région.

PROGRAMME FORSS :

« **FOR**mer **S**uivre **S**outenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA »

Face à ce constat, Solidarité Sida et ITPC-MENA, en partenariat avec cinq associations de la région (Association des Gestionnaires pour le Développement (AGD) en Mauritanie, Al Shehab Institution for Comprehensive Development en Égypte, Association tunisienne de prévention positive (ATP+) en Tunisie, M-Coalition au Liban et Association Nationale de Réduction des Risques (RdR-Maroc) au Maroc) ont lancé, en juin 2018, le Programme FORSS.

Ce programme pilote est né de la volonté de mettre en place un système de veille communautaire sur la qualité des services existants pour répondre efficacement et de manière adaptée à l'épidémie de VIH/sida dans les pays ciblés. Les données collectées via ces mécanismes permettront de documenter les freins à l'accès aux différents services pour les PVVIH et populations clés et d'alimenter un plaidoyer efficace pour la révision des stratégies de lutte contre le VIH/sida dans la région, tant sur le plan légal vis-à-vis des populations clés que sur le plan médical pour l'ensemble des PVVIH. La mise à disposition de ces données auprès d'acteurs internationaux concernés, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'ONUSIDA, servira par ailleurs d'outil d'aide à la décision en vue de leurs investissements dans la région.

OBJECTIFS DU RAPPORT

Des études dites « *baseline* » ont été élaborées dans chacun des cinq pays cibles du projet et des rapports nationaux ont été produits. Ces études ont un triple objectif :

- Fournir un état des lieux des services de prévention et de soins disponibles dans les 5 pays du projet ;
- Participer à l'amélioration des connaissances et pratiques des acteurs communautaires en matière de services de prévention et de soins pour les PVVIH et populations clés ;
- Servir de support aux stratégies de plaidoyer pour l'amélioration de l'offre de services.

Ces études constituent un véritable point de référence pour toute la durée de mise en œuvre du projet. Elles permettent de dresser un état des lieux de l'existant et de mieux comprendre les contextes de mise en œuvre ; d'identifier les leviers et voies à suivre pour anticiper et dépasser les obstacles potentiels ; et enfin, de suivre les changements induits par le projet.

L'objectif du présent document est de compiler les analyses issues des rapports nationaux afin de nourrir le développement de stratégies de plaidoyer pour l'amélioration de l'offre de services dans les cinq pays cibles. Cette compilation n'a pas vocation à rentrer autant dans le détail que les études pays, mais bien de mettre en exergue des tendances et similarités dans l'ensemble des pays, sur lesquels les mécanismes de veille communautaire pourront se concentrer et tenter d'agir.

¹ Données UNUSIDA 2018. Voir tableau Annexe 1

MÉTHODOLOGIE

Une approche à deux volets a été développée pour les études nationales. Le présent rapport reprend les éléments issus de cette méthodologie mixte.

Revue de la littérature

Les stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida (plans stratégiques nationaux, recommandations nationales, déclarations de décideurs, etc.), les législations nationales relatives aux thématiques de l'étude, les rapports officiels d'associations de lutte contre le VIH/sida et de défense des droits humains, les rapports régionaux et d'organisations internationales ont été étudiés, afin d'identifier et de mieux comprendre les contextes de mise en œuvre. Plusieurs questions sous-jacentes ont permis de guider cette revue de la littérature, telles que la conformité des textes nationaux avec les recommandations internationales, l'existence de lois discriminant et/ou criminalisant une ou toutes les populations clés, l'existence de programmes de lutte contre les violences et/ou de lutte contre les discriminations, notamment à l'endroit des populations clés, les politiques de prévention, dépistage et prise en charge au niveau national, etc.

Entretiens individuels et groupes de discussion

Afin de compléter et vérifier les résultats de l'examen documentaire, des entretiens avec des informateur·rice·s clés (représentant·e·s d'agences onusiennes, représentant·e·s des gouvernements, prestataires de soins, représentant·e·s d'associations de lutte contre le VIH/sida et de défense des droits humains) ont été menés dans chacun des pays. Par ailleurs, dans le but de mettre en lumière les éventuels écarts existants entre les normes et procédures et la réalité vécue, des groupes de discussion (ou focus groups) ont également été organisés, réunissant des participant·e·s PVVIH et/ou issu·e·s de populations clés.

Il convient de noter que le caractère volontaire de cette collecte de données qualitative a été assuré : un consentement a notamment été obtenu de la part de l'ensemble des participant·e·s avant les groupes de discussion ou entretiens individuels. Par ailleurs, l'anonymat et la confidentialité des répondant·e·s et des données ont été garantis dans l'ensemble des études nationales.

Au terme des études menées dans les cinq pays cibles, ce sont plus de 60 entretiens et 20 groupes de discussion qui ont été organisés dans une dizaine de villes.

Tableau 1

	MAURITANIE	MAROC	ÉGYPTE	LIBAN	TUNISIE
Nombre de sites de récolte des données (villes)	3	3	2	1	5
Nombre d'entretiens avec des informateurs clés	17	14	31	5	2
Nombre de groupes de discussion menés	5	6	11	2	5

Remarques complémentaires

Les études nationales ne couvrant pas l'ensemble des territoires des cinq pays, elles ne peuvent donc être considérées comme des photographies complètes des situations-pays décrites. Toutefois, les entretiens et groupes de discussion ont été concentrés dans les zones les plus stratégiques. De même, ce rapport ne se veut être une représentation de la situation de l'ensemble des pays de la région MENA, le focus étant porté sur cinq pays. Il permet néanmoins de dégager des caractéristiques communes entre des pays aux contextes très différents.

Constats : ce que les études nationales ont révélé

SENSIBILISATION & PRÉVENTION

La revue de la littérature a montré que les Plans stratégiques nationaux (PSN) des pays cibles du Programme FORSS font référence au concept de prévention combinée (ou prévention diversifiée)². Néanmoins, le paquet de services de prévention disponible n'est pas toujours défini, et la réalité du terrain révèle des écarts assez importants entre ce qui est prévu dans les différents textes et la mise en œuvre effective des mesures destinées aux populations clés notamment.

Tableau résumant les moyens de prévention disponibles dans les 5 pays³

	ÉGYPTE	LIBAN	MAROC	MAURITANIE	TUNISIE
Disponibilité préservatifs masculins	**	*	***	*	*
Disponibilité gels lubrifiants	ND	∅	*	∅	**
PTME	ND	*	***	*	***
PrEP	∅	± ⁴	∅	∅	∅
PEP	∅	**	*	∅	***
Réduction des risques					
Référence explicite à la RdR dans le plan stratégique national	Oui	ND	Oui	Non	Oui
Prévention/gestion overdose	*	*	∅	∅	**
Seringues à usage unique	*	∅	**	∅	*
TSO méthadone	∅	∅	*	∅	∅
TSO buprénorphine	∅	*	∅	∅	∅
TSO en prison	∅	*	*	∅	∅

² La prévention combinée (ou prévention diversifiée) est une stratégie de lutte contre le VIH et les autres IST offrant la possibilité de combiner plusieurs outils de prévention en fonction de sa situation, de ses besoins, de ses pratiques ou de son mode de vie.

³ La méthodologie de classement des données de l'ensemble des tableaux du présent rapport est disponible en Annexe 2

⁴ Le ministère de la Santé et le NAP ont lancé une expérience pilote sur la PrEP d'une durée de 6 mois, potentiellement renouvelable en fonction des résultats.

La disponibilité et l'accessibilité insuffisante des différents moyens de prévention est une constante observée dans les cinq pays. Le préservatif en est une bonne illustration. En Mauritanie par exemple, si des campagnes de distribution de préservatifs sont déployées, il existait, au moment de l'étude, une rupture de stock à Nouakchott, Rosso et Nouadhibou. Durant ces périodes de ruptures de stock, les personnes sont obligées de s'approvisionner dans les pharmacies, où les préservatifs sont payants (3 préservatifs pour 10MRU (0,25€)), ce qui limite fortement leur accès, et favorise donc la vulnérabilité des plus démunis. Au Liban, les groupes de discussion ont révélé que les préservatifs distribués sont de mauvaise qualité et ont tendance à se déchirer. En Tunisie, la prévention combinée n'est pas régie par des normes nationales et les kits de prévention connaissent de fréquentes ruptures de stocks.

Globalement, la disponibilité et l'accès aux autres moyens de prévention sont très réduits dans les cinq pays. La prophylaxie pré exposition (PrEP) a été expérimentée au Maroc sur trois sites en 2017-2018⁵, mais cette expérience pilote est désormais terminée. Elle est par ailleurs en cours d'expérimentation au Liban, mais sur une durée et une couverture géographique limitées. La prophylaxie post-exposition (PEP) est disponible au Maroc mais l'accès est restreint par les professionnel·le·s de santé⁶; en Égypte, la lourdeur administrative pour y avoir accès rend son accès inefficace. Le Liban est le seul pays où son accès est possible en cas de risque sexuel, notamment grâce à l'action des OSC.

« Il n'y a plus de préservatifs gratuits depuis plusieurs mois. C'est difficile d'en avoir, ça coûte, donc je n'en utilise pas à chaque fois »

Groupe de discussion TS, Mauritanie.

En matière de réduction des risques (RDR) pour les UDI, le Liban et le Maroc ont intégré des stratégies dans leur cadre national de lutte contre le VIH, tandis que l'Égypte et la Tunisie s'en tiennent à la nécessité de déployer des services de base auprès des UDI. Si le Maroc a été le premier pays de la région à mettre en place un paquet de services pour les UDI comprenant un traitement de substitution (méthadone), le rapport sur l'état des lieux des services pointe qu'« en la matière, l'ampleur de l'écart actuel entre l'existant et ce qui est prévu

est à la mesure de l'avance historique qu'avait le Maroc sur cette question dans toute la région MENA »⁷. Au Liban, le rôle actif de la société civile a permis la mise en place de programmes de prévention des overdoses (comme en Égypte et en Tunisie), et le paquet de services comprend deux traitements de substitution (buprénorphine et méthadone⁸). Paradoxalement, la baisse progressive des financements met en péril certaines interventions de base (programmes de distribution de seringues notamment). Enfin, la Mauritanie est un cas particulier : il n'existe en effet aucun programme dédié aux UDI, dans la mesure où l'usage des drogues injectables est considéré comme très faible, voire inexistant, par les différents acteurs de la lutte contre le VIH/sida et le « fait de catégories socio-professionnelles favorisées qui ne passent pas par les circuits traditionnels [de prise en charge] »⁹.

Par ailleurs, les études *baseline* ont permis de mettre en lumière **la faiblesse des activités de prévention et sensibilisation**. En Mauritanie, la revue de la littérature a notamment permis de mettre en avant l'absence de programmes de sensibilisation à grande échelle, bien que les entretiens avec les acteurs de la société civile évoquent quelques initiatives isolées. Au Maroc, les cadres nationaux de la riposte au VIH/sida ainsi que les bénéficiaires rencontrés lors des groupes de discussion s'accordent à dire que l'un des principaux enjeux d'accès aux services est en matière d'information et de prévention. Lorsque des activités de prévention et sensibilisation sont effectivement menées, elles ne semblent **pas spécifiquement orientées vers les populations clés**. Or, il est important de rappeler que chaque population a des besoins spécifiques et qu'une approche ciblée et adaptée permet d'étendre leur accès aux services. La faiblesse de la prévention ciblée envers les HSH par exemple peut être illustrée par la difficulté d'accès aux gels lubrifiants, qui ne font pas partie du paquet de prévention en Égypte, au Liban ou en Mauritanie, tandis qu'ils ne sont disponibles au Maroc que de façon très limitée via certaines ONG (ALCS, OPALS). Lorsque des activités spécifiquement orientées vers les populations clés existent, elles sont cependant menacées par la **faiblesse des financements dédiés**. En Égypte, de nombreuses organisations de la société civile avaient des programmes de prévention (sensibilisation et distribution de préservatifs) ciblant spécifiquement les HSH et les UDI. Cependant, la quasi-totalité de ces programmes ont dû être arrêtés en 2018 avec l'arrêt ou la fin de financements extérieurs.

5 L'objectif du projet était d'évaluer la faisabilité au Maroc de la mise en place de la PrEP parmi les HSH et les femmes TS. Mise en œuvre par trois sections de l'ALCS dans les villes d'Agadir, Casablanca et Marrakech, auprès de 400 personnes en totalité, cette expérience pilote consistait en l'administration de la PrEP pendant 9 mois et l'évaluation de l'adhésion des participant·e·s et leur suivi comportemental sur toute la durée de l'expérience.

6 Groupe de discussion - Maroc

7 MAGUET, Olivier, Rapport d'état des lieux sur les services disponibles au Maroc, décembre 2018

8 La méthadone est de nouveau disponible au Liban début 2020, soit par le biais d'associations qui proposent des programmes de réduction des risques, soit dans les pharmacies. Toutefois, la couverture géographique reste limitée, et l'accès en dehors de Beyrouth est très restreint.

9 Entretien avec le PNLS - Mauritanie

« Il n’y a pas de dépliant sur le préservatif pour les relations homosexuelles car c’est interdit »

Groupe de discussion UDI, Maroc

Cette situation a pour corollaire la faiblesse des connaissances sur le VIH/sida, élément qui ressort dans l’ensemble des études *baseline* menées. En Tunisie, une enquête sérocomportementale réalisée en 2018 auprès d’usager·ère·s de drogues injectables¹⁰ a mis en évidence un niveau de connaissances sur le VIH/sida très faible, notamment sur les modes de transmission (14%). En Mauritanie, il ressort que le niveau de connaissances des modes de transmission et des moyens de prévention, y compris de l’importance du préservatif, serait en diminution entre 2007 et 2014 chez les TS, passant respectivement de 21,9% à 11,24% et de 70,11% à 41,9%¹¹. Cette situation se retrouve également au sein de la population générale, avec l’exemple de l’Égypte, où seuls 66% des femmes et 79% des hommes âgés de 15 à 49 ans avaient entendu parler du VIH/sida selon l’Egypt Demographic and Health Survey (EDHS) de 2015¹² (en baisse par rapport à l’EDHS de 2008). Au-delà des connaissances sur le VIH/sida, les études nationales ont mis en lumière le manque de connaissances sur les services disponibles, ce qui constitue une véritable barrière à leur accès, notamment pour les membres des populations clés.

« J’ai entendu parler de la maladie, mais je n’ai aucune information à ce sujet »

Groupe de discussion UDI, Égypte

10 Dr. Bouguerra – ATL MST Sida-Tunis, Enquête réalisée auprès des usagers de drogues injectables, 2018.

11 CNLS, Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018.

12 Ministry of Health and Population, Demographic and Health Survey, Mai 2015.

DÉPISTAGE

Tableau résumant l'offre de services de dépistage disponibles dans les 5 pays

	ÉGYPTE	LIBAN	MAROC	MAURITANIE	TUNISIE
Offre de services de dépistage	24 CDV et 15 ONG + 268 centres TB, 3 centres de soins IST	24	52 + 1200	22	25
Nombre de centres opérationnels	ND	24	ND	5 (2016)	ND
Nombre de tests réalisés	300 000-900 000 (2017)	ND	605746 (2016)	15699 (PSN) (2016-2017)	6783 (2016)
Dépistage mobile	9 unités	0 unité	9 unités	0 unité	2 unités
Dépistage en centres de santé	*	***	**	*	*
Dépistage communautaire	*	*	*	*	*
Autotest VIH	∅	∅	∅	∅	∅
Dépistage périodique IST	*	*	ND	*	∅
Dépistage gratuit IST	***	*13	ND	*	∅
Vaccination hépatite B	ND	**	∅	*	∅

Conformément aux recommandations de l'OMS, les cinq pays du projet ont déployé des centres de conseil et de dépistage volontaire. Toutefois, ces centres sont souvent **peu opérationnels**, comme au Liban (seulement 24 centres de dépistage opérationnels alors que 125 centres sont évoqués dans le PSN) ou en Mauritanie (5 centres sur 22), pays qui connaît par ailleurs de fréquentes ruptures de stocks en test de dépistage.

« Plusieurs centres de dépistage volontaire ne fonctionnent plus, par manque de disponibilité de personnel »

Entretien individuel, Mauritanie

De plus, ces centres sont souvent **peu adaptés à l'accueil des populations clés**. Ainsi, en Égypte, seuls 5 à 10% des populations clés ont indiqué avoir recours au dépistage dans ces centres¹⁴. En Tunisie, le dépistage volontaire est disponible dans 25 centres de conseil et de dépistage anonyme et gratuit (CCDAG) de façon anonyme et gratuite, et le test est réalisé par un personnel médical ou paramédical formé.

« L'information limitée est la barrière. Même si je veux être testé pour le VIH, je ne sais pas où se situent les centres de dépistage, ou comment ils fonctionnent »

Groupe de discussion UDI, Égypte

Toutefois, moins de 10% des populations clés y ont recours¹⁵, en raison notamment d'absence de campagnes de promotion des services de dépistage et d'une introduction officielle du dépistage communautaire. Cette situation a d'ailleurs été confirmée dans les groupes de discussion, durant desquels les participant-e-s ont indiqué qu'aucun-e n'avait recours aux structures gouvernementales de dépistage.

¹³ Seul le dépistage pour les hépatites virales et la syphilis est gratuit au Liban.

Ce n'est pas le cas pour les autres IST, limitant de fait l'accès au dépistage.

¹⁴ IBBS 2008

¹⁵ ATL-MST Sida Tunis, Guide sur le dépistage communautaire, Avril 2019.

Alors que les dernières recommandations internationales préconisent le **dépistage communautaire** afin de mieux cibler les membres des populations clés, celui-ci **reste inégal et souvent cantonné à des expériences pilotes** dans les cinq pays analysés par le présent rapport. En Mauritanie, seules deux ONG ont mis en place des activités de dépistage rapide (TROD), et ce uniquement à Nouakchott, tandis que les campagnes nationales de dépistage mobile sont très irrégulières (la dernière a été menée en 2016-2017, sur quelques mois seulement). Au Liban, de nombreuses campagnes de dépistage mobile existaient il y a trois ans, mais elles ont pris fin avec l'arrêt des financements. En Égypte, des services de conseil et de dépistage sont fournis par un nombre très limité d'organisations communautaires dans le cadre de paquets de services combinant des interventions de prévention et de réduction des risques. Au Maroc, si le décret autorisant le dépistage communautaire a été adopté dès 1992, il n'y a pas de généralisation effective hors l'ALCS qui a mis en place une intervention de dépistage communautaire dans l'ensemble de ses sections¹⁶, et dispose aujourd'hui de cinq centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits (CIDAG) mobiles. En Tunisie, le dépistage communautaire n'est pas encore institutionnalisé, bien que mentionné dans le dernier PSN¹⁷. En effet, l'actuelle stratégie nationale de dépistage du VIH encourage les ONG à développer un partenariat avec les CCDAG existants afin d'améliorer la qualité des services de dépistage offerts et de mieux cibler les populations clés ; mais aujourd'hui, cette pratique reste très restreinte.

Bien que la **stratégie « Test & treat »** ait été adoptée dans la plupart des cinq pays, le faible lien constaté entre les différents acteurs et services complique l'entrée dans les soins pour les personnes dépistées séropositives au VIH. Le circuit de confirmation d'un test positif peut notamment être complexe et constituer une véritable barrière à l'accès aux traitements et à une prise en charge globale. La faiblesse du système de référencement a également été identifiée comme un frein. Celui-ci est particulièrement défaillant en Mauritanie, où certaines personnes dépistées positives au VIH/sida peuvent attendre jusqu'à deux ans pour être mises sous traitement. En Égypte, l'analyse de la cascade de soins a montré que les personnes testées positives au VIH devaient

en moyenne attendre 3 à 6 mois pour pouvoir accéder aux traitements, du fait notamment de la centralisation de la confirmation des tests au Caire. En Tunisie, l'orientation du patient vers les centres de prise en charge peut poser des problèmes en raison du manque de coordination entre les centres de dépistage et les services de prise en charge, et de l'absence d'un mécanisme de référencement clairement établi.

Enfin, **l'opportunité du dépistage VIH via le dépistage de la tuberculose ou d'autres IST, notamment pour les populations clés, est souvent manquée**. Le dépistage du VIH en cas de tuberculose est proposé au Maroc (65% des tuberculeux testés en 2018), en Tunisie (25% des tuberculeux testés en 2013, donnant un taux de positivité de 0,48%¹⁸) et en Égypte, où les dernières données ONUSIDA indiquent que 100% des tuberculeux sont dépistés pour le VIH. En Mauritanie en revanche, le dépistage n'est plus systématique depuis 2008, alors que la séroprévalence chez les tuberculeux était de l'ordre de 2,8% en 2018¹⁹. Par ailleurs, le dépistage du VIH en cas d'IST est recommandé dans tous les pays de la région, mais reste à ce jour très peu documenté. Par ailleurs, le dépistage des co-infections n'est pas systématiquement inclus dans le paquet de soins à destination des PVVIH. À titre d'exemple, au Maroc, le dépistage en routine des hépatites virales n'est pas systématiquement proposé aux PVVIH et se fait uniquement lors des enquêtes bio comportementales.

16 À l'exception de Lâyoune où les conseillers communautaires n'avaient pas encore été formés au moment de l'étude.

17 DSSB, Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST en Tunisie 2018-2022.

18 Stratégie nationale de dépistage de l'infection à VIH en Tunisie, Avril 2014.

19 Chiffres OMS 2018.

PRISE EN CHARGE GLOBALE

Tableau résumant l'offre de services de traitements et soins disponibles dans les 5 pays

	ÉGYPTE	LIBAN	MAROC	MAURITANIE	TUNISIE
Nombre de centres délivrant des ARV	14	1	38	7	4
Nombre de centres opérationnels	14	1	17	6	4
Délivrance communautaire des ARV	Non	Partielle	Non	Non	Non
Gratuité des ARV	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Prise en charge psycho-sociale	*	*	*	*	**
Prise en charge nutritionnelle	*	∅	*	**	*
Plateaux techniques offrant le suivi biologique (mesure CD4)	1	Non (privés)	14	1	4
Plateaux techniques opérationnels	1	Non (privés)	14	0	4

L'une des similarités constatées dans les cinq pays du Programme FORSS est la **faible couverture géographique des centres de prise en charge**. En Tunisie, il existe seulement quatre centres de prise en charge sur tout le territoire (Tunis, Sousse, Monastir, Sfax), laissant toute la partie Ouest du pays sans couverture : cela oblige de nombreux PVVIH à se déplacer à leurs frais, ce qui a également un réel impact en matière d'accessibilité financière. En Mauritanie, six structures de prise en charge sont opérationnelles sur le territoire (sur sept structures existantes), mais peu respectent les normes de qualité en la matière (locaux exigus, non adaptés aux spécificités d'une prise en charge de qualité, avec plusieurs activités dans la même salle, etc.). Au Liban, la prise en charge est effectuée dans un seul centre de la capitale, et la délivrance des ARV est opérée par le NAP uniquement. Le Maroc est le pays disposant du plus grand nombre de centres de prise en charge, mais moins de la moitié étaient opérationnels au moment de l'étude (17 sur 38). Le centre de référence de Tétouan n'était toujours pas créé au moment de l'étude, et les PVVIH de Tétouan continuaient d'être référencés sur l'hôpital de Tanger. Cette situation agit particulièrement comme une barrière à l'accès aux soins pour les UDI de Tétouan, qui constituent la majorité de la file active : pour beaucoup d'entre eux, le coût du transport peut en effet représenter une charge rédhitoire à la consultation.

« Ma belle-sœur, son fils et moi sommes infectés. Pour nous tous d'aller au Caire, cela coûtera au moins mille livres » (environ 60€)

Groupe de discussion PVVIH, Égypte

Par ailleurs, les cinq pays sont caractérisés par une **absence de délivrance communautaire des ARV**. Cette disposition n'est en effet généralement pas prévue dans les directives nationales, contrairement à ce que recommande l'OMS notamment. La seule exception est le Liban, où quelques ONG sont autorisées à s'approvisionner en ARV auprès du NAP pour des PVVIH, mais cela reste encore très restreint.

« L'accès aux médicaments devrait être plus facile. Aujourd'hui, c'est plus facile de se procurer des substances que des médicaments... »

Groupe de discussion UDI, Liban

Une autre similitude entre les cinq pays est un **accès aux examens biologiques particulièrement restreint**. En Mauritanie, plusieurs PVVIH, lors des groupes de discussion, ont souligné ne pas avoir bénéficié de mesure de charge virale (CV) depuis deux ans. En effet, si le CTA de Nouakchott et les UPEC sont théoriquement dotés

d'appareils pour la mesure de la charge virale, dans les faits, seul l'INRSP réalise cet examen : or, l'appareil était en panne depuis plus d'un an au moment de l'étude. En Égypte, il n'existe pas à ce jour de données documentant l'accès aux examens biologiques. Mais l'existence d'un seul laboratoire du Caire, capable de réaliser la mesure de la charge virale, laisse supposer un impact en matière d'accessibilité géographique et financière pour les PVVIH issus d'autres villes. Au Liban, la mesure de la charge virale n'est possible que via des laboratoires privés, et est donc payante : cette disposition constitue une barrière importante à l'accès aux traitements, dans la mesure où cet examen est obligatoire pour se voir délivrer des traitements par le NAP²⁰. Le Maroc est le pays qui compte le plus de plateaux techniques (14), même s'il est à noter que celui de Tanger n'était pas opérationnel au moment de l'étude. En Tunisie, la prise en charge intégrée (médicale, immuno-virologique, mesure de la charge virale, et prise en charge psycho-sociale) est assurée gratuitement à tous les PVVIH (seulement de nationalité tunisienne) dans les quatre sites hospitalo-universitaires que possède le pays.

« J'habite à Alexandrie et je dois aller au Caire pour faire des tests de suivi biologique, mais je n'ai pas les moyens et je ne peux pas me permettre de prendre un jour off au travail »

Groupe de discussion PVVIH, Égypte

Enfin, il est particulièrement difficile d'avoir une idée précise de l'état de la prise en charge psychologique, sociale ou nutritionnelle dans les cinq pays, pour les PVVIH issus de la population générale ou appartenant aux populations clés. Très peu documentés, ces différents pans de la prise en charge globale sont généralement couverts par les organisations de la société civile. Or, que ce soit en Égypte, au Liban ou encore en Mauritanie, la baisse des financements a conduit à réduire fortement ces dispositifs. Au Maroc, les programmes sont dépendants des activités des associations et certaines populations clés sont moins couvertes que d'autres. En Tunisie, seule la prise en charge psycho-sociale est intégrée au sein des quatre sites cités précédemment.

« J'ai besoin de plus de suivi et de soutien psychosocial »

Groupe de discussion UDI, Égypte

²⁰ La prise en charge des PVVIH au Liban est payante pour les citoyens libanais, mais gratuite pour les personnes réfugiées (prise en charge totale par des organisations internationales)

STIGMATISATIONS & DISCRIMINATIONS

21 Article 523 du Code pénal libanais :

« Quiconque encourage une ou plusieurs personnes, hommes ou femmes, qui n'ont pas atteint l'âge de 21 ans à s'engager dans la débauche ou la corruption, les facilite ou les aide à accomplir de tels actes est passible d'une peine d'emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende allant d'une à trois fois le salaire minimum. Quiconque pratique ou facilite la prostitution secrète est passible de la même peine »

22 Article 230 du Code pénal tunisien, édition mise à jour et revue par le Conseil national chargé de la réorganisation des dispositions législatives et réglementaires en vigueur (Conformément à la loi n° 2005-46 du 6 juin 2005). Cet article, sans définir précisément ce qui est entendu par « sodomie » précise néanmoins qu'elle peut conduire à une peine de prison allant jusqu'à trois ans.

D'autres articles du Code Pénal tunisien sont utilisés pour incriminer les personnes ayant des rapports sexuels avec des personnes de même sexe, tels que l'art. 226 et 226b (voir la Revue Juridique d'avril 2018 élaborée par l'Association tunisienne de prévention positive).

23 APMG Health, Fonds mondial, Évaluation de référence – Tunisie : Intensification des programmes destinés à lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH, Mai 2018.

24 Collectif d'associations, Rapport sur les droits LGBTQI en Tunisie, 2018.

Dans l'ensemble des pays du projet, les membres des différentes populations clés sont exposés à une problématique socio-juridique qui les rend plus vulnérables et limite leur accès aux différents services de lutte contre le VIH/sida.

L'environnement légal complexe est le premier constat qui ressort de la revue de la littérature. Dans les cinq pays, il existe en effet des lois portant directement atteinte aux droits fondamentaux des populations clés, notamment celles ciblées par le Programme FORSS (HSH, UDI, TS). Au Liban, l'article 523 du Code pénal incrimine les personnes se livrant au travail du sexe, et prévoit une peine d'emprisonnement entre un mois et un an, ainsi qu'une amende allant d'une à trois fois le salaire minimum²¹. En Tunisie, l'article 230 du Code Pénal²² est interprété par la police et les tribunaux comme s'appliquant non seulement au comportement, mais également à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle. Au titre de ce même article, la police peut arrêter des personnes sur simple suspicion²³. Un rapport sur la situation des personnes LGBT+ publié en 2017 par un collectif d'associations de défense des droits humains dénonce notamment le test anal, classé comme un acte de torture par les instances internationales²⁴. Ces dispositions légales représentent un véritable défi dans la mise en place de stratégies de sensibilisation et de prévention ciblées et efficaces.

« Si on te trouve avec un préservatif sur un lieu de rencontre, c'est suffisant pour une garde à vue de 48h »

Groupe de discussion UDI, Maroc

En Mauritanie, la possession de préservatif est une cause d'interpellation par la police et il existe un harcèlement constant des travailleur-se-s du sexe (TS). Au Maroc également, la possession de préservatif peut être utilisée comme une preuve pour une infraction pénale, notamment pour incriminer les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).

Un autre paramètre important à prendre en considération est l'existence et la persistance de nombreuses **stigmatisations et discriminations**. Les PVVIH et membres des populations clés sont en effet confronté-e-s à des attitudes discriminantes de la part de la société, de leurs proches et familles, mais aussi des prestataires de soins au sein même des centres de santé, ce qui constitue l'une des barrières les plus importantes dans leur accès aux différents services.

« A qui se plaindre si la violation des droits humains a lieu même à l'hôpital ? »

Groupe de discussion HSH, Maroc

La stigmatisation ne s'arrête en effet pas au seuil des structures et **est aussi le fait de prestataires de santé**. Cette situation est généralement difficilement reconnue par les autorités nationales. En Mauritanie, ces dernières indiquent que « les HSH sont bien traités, car ils [ont] des bailleurs très puissants »²⁵ tandis qu'elles considèrent qu'il n'existe pas de discriminations puisque « les services sont accessibles pour tous sans jugement »²⁶. Pourtant, dans l'ensemble des groupes de discussion menés dans le cadre de cette étude, des situations de stigmatisation, discriminations et violences vécues par les personnes interrogées ont été relevées. Au Maroc par exemple, l'absence de directives claires sur certaines questions (notification aux partenaires, dépistage des enfants, etc.) fait que nombre de médecins et autres prestataires de soins adoptent des comportements non conformes aux normes internationales. En Égypte, si des études ont montré une stigmatisation et une discrimination significativement plus faible dans les structures spécialisées de prise en charge, les PVVIH sont régulièrement confrontés à des refus de soins. Le **manque de formations adaptées** à destination des prestataires de soins et **des infrastructures peu adaptées** (manque de confidentialité, locaux exigües, etc.) sont les deux principales causes qui ressortent des études nationales pour expliquer les attitudes discriminantes et violences à l'encontre des PVVIH et populations clés.

« Dans le service de maternité, personne ne veut s'occuper des femmes séropositives enceintes. Après l'accouchement commence le cauchemar : les infirmières demandent aux autres patientes de ne pas s'approcher de nous, et collent une feuille « HIV+ » sur le berceau des bébés... »

Groupe de discussion PVVIH, Tunisie

Ce facteur a un effet direct sur le comportement des populations clés qui l'intègrent et **ont tendance à s'auto-exclure des services**. En effet, la plupart des personnes interrogées préfèrent s'éloigner de leur lieu de résidence pour accéder aux services. Cela conduit parfois à des situations paradoxales lorsque la prise en charge est centralisée dans une structure nationale. Ainsi en Mauritanie, la spécialisation du CTA de Nouakchott a régulièrement été citée par les PVVIH participant aux groupes de discussion comme une barrière, dans la mesure où les personnes s'y rendant sont identifiées comme PVVIH. Au Liban, le fait que seul le NAP dispense des ARV a conduit des ONG à jouer le rôle de relais, nombre de PVVIH ne souhaitant pas s'y rendre. Cet accès aux services par les populations clés relativement faible est un phénomène qui cristallise l'incompréhension entre décideur·e·s et bénéficiaires. Au Maroc notamment, les cadres nationaux considèrent que « *les services existent mais ne sont pas utilisés* »²⁷, tandis que les bénéficiaires considèrent qu'ils n'existent pas ou ne sont pas adaptés. Cette distorsion d'analyse entre les différents acteurs de l'offre et de la demande de soins est généralisée dans les cinq pays.

« Une de mes amies TS que j'accompagnais s'est vue refuser l'accès aux soins lorsqu'elle est tombée gravement malade. Elle est décédée à l'hôpital sans assistance médicale, et émotionnellement, ça m'a beaucoup affecté. On nous a traités comme des chiens. »

Groupe de discussion HSH, Mauritanie

En matière de lutte contre les discriminations, **certains pays prévoient des mécanismes dans leurs plans stratégiques, mais ceux-ci trop rarement opérationnels**. Au Maroc, le PSN prévoit par exemple un observatoire permettant de relever les cas de violation des droits d'accès aux services, et des mécanismes de recours : à ce jour, celui-ci n'a pas été mis en place. En Égypte, une politique nationale de lutte contre la stigmatisation a été élaborée²⁸, afin de permettre des soins sans stigmatisation pour les PVVIH et populations clés. Or, bien que cette politique ait été élaborée en 2016, sa diffusion reste très parcellaire à l'échelle nationale, et peu de prestataires de soins, comme de bénéficiaires des services, connaissent son existence. Les seuls mécanismes fonctionnant effectivement sont le fait d'organisations de la société civile, comme l'ATL-MST en Tunisie qui a lancé il y a quelques années l'Observatoire Éthique, droits humains et VIH, un organisme de surveillance collectant des informations sur les violations des droits humains subis par les Tunisien·ne·s vivant avec le VIH. Par manque de financements cependant, ce mécanisme est aujourd'hui en veille et ne produit pas les résultats escomptés.

25 Entretiens avec des prestataires de soin et SENLS – Mauritanie.

26 Idem.

27 Entretiens avec les cadres nationaux – Maroc.

28 « Anti-stigma policy ».

Tableau résumant l'environnement légal dans les 5 pays²⁹

	ÉGYPTE	LIBAN	MAROC	MAURITANIE	TUNISIE
LOIS CRIMINALISANTES / RESTRICTIVES					
Loi criminalisant le travail du sexe	Oui Art.9 Loi 10/1961 <i>Peine < 3 ans</i>	Oui Art.523 Code Pénal <i>Peine < 1 an</i>	Oui Art.490 du Code Pénal <i>Peine ≤ 3 ans</i>	Oui Ordonnance 83-192 du 9 juillet 1983	Oui ³¹ Art.231 Code Pénal <i>Peine < 2 ans</i>
Loi criminalisant les rapports sexuels entre personnes de même sexe	Oui Plusieurs articles de loi mais sans référence explicite <i>Pas de peine spécifiée</i>	Oui Art.534 Code Pénal <i>Peine < 1 an</i>	Oui Art.489 du Code Pénal <i>Peine ≤ 3 ans</i>	Oui Art.308 Code Pénal <i>Peine de mort (non appliquée) – Peine de prison</i>	Oui <i>Peine ≤ 2 ans</i>
Loi criminalisant l'usage ou la possession de drogue	Oui Usage mais pas possession	Oui Loi 636 du 16 mars 1998 Usage et possession <i>Peine < 3 ans</i>	Oui Usage et possession	Oui Usage et possession	Oui
Loi exigeant une autorisation parentale pour que les adolescent-e-s aient accès aux moyens de prévention	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans	ND	Oui Personnes <18 ans
Loi exigeant une autorisation parentale pour que les adolescent-e-s aient accès au dépistage	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans
Loi exigeant une autorisation parentale pour que les adolescent-e-s aient accès au traitement ARV	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans	Oui Personnes <18 ans	ND	Oui Personnes <18 ans
Lois exigeant le consentement du conjoint pour que les femmes mariées aient accès aux services de santé sexuelle et reproductive	Non	Non	Non	Oui	Non
Lois exigeant le consentement du conjoint pour que les femmes mariées aient accès au dépistage	Non	Non	Non	Non	Non
Loi criminalisant la transmission, la non-divulgation ou l'exposition à la transmission du VIH	Non	ND	Non	Oui	Non
Loi ou décret restreignant l'entrée, le séjour et/ou la résidence des PVVIH	Oui	Immigration-partiellement ³²	Non	ND	Non
Loi spécifiant que le dépistage du VIH est obligatoire avant le mariage	Non	Oui	Non	Non	Non
Loi spécifiant que le dépistage du VIH est obligatoire pour obtenir un permis de travail ou de résidence	Non	Oui	Non	Non	Non
Loi spécifiant que le dépistage du VIH est obligatoire pour certains groupes	Non	Non	Oui Recrutement de l'armée	Oui Recrutement de l'armée	Oui Don du sang
LOIS PROTECTRICES / ANTI-DISCRIMINATIONS					
Loi spécifiant que le dépistage du VIH doit uniquement être effectué sur la base d'un consentement volontaire et éclairé	Oui	ND	Oui	ND	Oui
Loi protégeant contre la discrimination sur la base du statut sérologique	Oui	Non	Non	Oui	Non

29 Ce cadre reprend en partie le « Law and policies scorecard » du rapport Global AIDS Update "Miles To Go" mais en actualise les données, ainsi que les documents « Laws and Policies Analytics » produits par l'ONUSIDA, avec les chiffres 2018.

30 Le système juridique mauritanien s'appuie sur le droit civil et sur la charia.

31 La loi tunisienne fait la distinction entre deux formes de travail du sexe : d'une part, elle permet et réglemente l'activité des travailleur-se-s du sexe enregistré-e-s (au ministère de l'Intérieur, selon le décret du 30 avril 1942) ; d'autre part, elle criminalise les personnes qui exercent le travail du sexe de façon clandestine (art. 231 du Code pénal).

32 Concerne l'immigration longue durée, pas le tourisme.

Conclusions et recommandations

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Les PVVIH et membres des populations clés dans les cinq pays cibles du Programme FORSS sont confrontés à des obstacles importants dans leur accès à des services VIH de qualité et adaptés à leurs besoins. Les premiers constats issus des études *baseline* nationales et présentés ici viennent confirmer les expériences relevées par les acteurs communautaires dans la région MENA et vécues par les bénéficiaires des services eux-mêmes. Des connaissances parcellaires sur le VIH/sida, l'inadaptation des stratégies de prévention et de sensibilisation aux besoins des populations clés, le manque d'accessibilité et de disponibilité de certains services, la stigmatisation et la discrimination sont autant de barrières qu'il est nécessaire de documenter et d'illustrer afin d'améliorer la réponse apportée, et ce, tant au niveau local et national, qu'au niveau régional.

Les systèmes de veille communautaire mis en place en Égypte, au Liban, en Mauritanie, au Maroc et en Tunisie, permettront d'aller plus loin dans la documentation, l'analyse et le suivi de ces barrières.

RECOMMANDATIONS

Les constats présentés ci-dessus permettent de dégager des axes de recommandations à destination des différentes parties prenantes de la lutte contre le VIH/sida des pays cibles. La présente liste n'est pas exhaustive, mais se veut être une base avec des points de vigilance que devront suivre les systèmes de veille communautaire mis en place dans le cadre du programme.

Politiques nationales

- o Favoriser des politiques nationales homogènes sur le territoire, pour une meilleure couverture géographique des services, notamment de prise en charge ;
- o Mettre en place des systèmes nationaux d'information et de suivi efficaces ;
- o Favoriser l'opérationnalisation des mesures essentielles pour les PVVIH et populations clés prévues dans les programmes nationaux mais non mises en œuvre ou non disséminées ;
- o Évaluer les coûts et avantages d'un accès universel aux services VIH et mobiliser des ressources supplémentaires (bailleurs de fonds notamment) pour favoriser leur accès

Stigmatisations & discriminations

- o Travailler sur l'élimination des barrières administratives et légales, afin de permettre la mise en place et l'extension des services de santé destinés aux populations clés ;
- o Développer des programmes de formation à destination des intervenants œuvrant dans le domaine de la santé, de l'enseignement et des médias, afin de lutter contre les discriminations et stigmatisations à l'égard des PVVIH et populations clés ;
- o Développer des stratégies et mécanismes de lutte contre les discriminations / Mettre en œuvre les stratégies et mécanismes déjà prévus dans certains pays.

Accès aux services

- o Assurer la disponibilité de tous les moyens de prévention ;
- o Renforcer et adapter les campagnes de sensibilisation et de prévention, ainsi que les interventions à destination des populations clés ;
- o Unifier et simplifier les systèmes de référencement vers les traitements et soins ;
- o Améliorer l'intégration et la liaison entre le dépistage et l'accès aux traitements (approche « Test & Treat ») ;
- o Favoriser le renforcement de capacités des prestataires de services, en matière de prévention, dépistage, traitement et soins, notamment auprès des populations clés.

Partenariats stratégiques

- o Augmenter la collaboration et les partenariats entre les programmes nationaux et la société civile ;
- o Créer des espaces de coordination entre différents ministères, comme le ministère de la Santé et les ministères de la Justice ou de l'Intérieur, afin d'améliorer l'accès des populations clés aux services disponibles ;
- o Favoriser le dialogue inter-pays / régional (à différents niveaux), afin d'échanger et de partager les bonnes pratiques et expériences.

Bibliographie

Cette bibliographie reprend les grandes lignes des ressources utilisées dans la construction des études baseline – Pour plus de détails sur chacun des pays, se reporter directement aux rapports nationaux.

Région MENA

- Global Fund, *The Middle East Response*, 2019.
- Plateforme Coalition PLUS MENA, *Guide de dépistage de l'infection à VIH dans la région du Maghreb*, 2018.
- Plateforme Coalition PLUS MENA, *La prévention combinée des IST/ VIH avec les HSH & les PS femmes*, 2018.
- Global AIDS update, *Miles to go, the response to HIV in the Middle East And North Africa*, 2018.
- International HIV/AIDS Alliance, *Comprendre et lutter contre la stigmatisation liée au VIH dans la région MENA : Guide pour action*, 2013.
- Human Rights Watch, *L'audace face à l'adversité. Activisme en faveur des droits LGBT au Moyen-Orient et en Afrique du Nord*, Avril 2018.
- Thomson Reuters Foundation, *Overview of trafficking and prostitution laws in the Middle East and Africa*, Novembre 2012.

Égypte

- Dr. GAMALELDIN Nahla Ahmed, *Comprehensive Needs Assessment for HIV Services in Egypt: baseline study report*, Mars 2019.
- UNAIDS, *Country factsheets - Egypt*, 2018.
- UNAIDS, *Gender assessment for national HIV response*, 2014.
- UNAIDS, *The Costs and Benefits of HIV and AIDS Prevention Programs in Egypt*, 2012.
- Egypt Ministry of Health and Population, *National HIV Strategic Plan 2018–2022*.
- National AIDS Program, *Test-treat-retain cascade analysis Egypt, national stakeholder workshop, summary of proceedings*, 2015.
- Partnership for Epidemic Analysis, *Estimating the size of key affected populations at elevated risk for HIV In Egypt*, 2014.

Liban

- NASR Nour, *Key populations in Lebanon: Report on availability and accessibility of HIV-related services*, July 2019.
- UNAIDS, *Country factsheets - Lebanon*, 2018.
- UNAIDS, *Country Progress Report*, 2014.
- WHO, *Bridging humanitarian support with sustainable development, Country office annual report*, 2018.
- Ministry of Health, *National HIV Strategic Plan 2016-2020*.
- National AIDS Control Programme, *An Integrated Bio-Behavioral Surveillance Study among Two Vulnerable Groups in Lebanon: Men Who Have Sex with Men and Commercial Sex Workers*, 2019.
- National AIDS Control Programme, «Mishwar», *An integrated bio-behavioral surveillance study among most at risk populations in Lebanon: female sex workers, injecting drug users, men who have sex with men, and prisoners*, 2008.
- K2P, *Policy Brief: Addressing Limitations to Equitable Access to Healthcare Services for People Living with HIV in Lebanon. Knowledge to Policy (K2P) Center*, December 2015.
- Institute of Health Management and Social Protection (IGSPS), *National Health Statistics Report in Lebanon*, 2012.

Maroc

- MAGUET Olivier, *Rapport d'état des lieux des services disponibles en matière de lutte contre le VIH/sida au Maroc*, Février 2019.
- ONUSIDA, *Données pays - Maroc*, 2018.
- OMS, *Stratégie de coopération OMS–Maroc 2017-2021*.
- Royaume du Maroc, *Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2017-2021*.
- Royaume du Maroc, *Plan Stratégique National pour la prévention et le contrôle de la Tuberculose au Maroc 2018-2021*.
- ALCS, *Violations des droits humains des usagers de drogues dans trois villes au Nord du Maroc (Tanger, Tétouan, Nador) Rapport d'enquête*, 2011.

Mauritanie

- SIRA Haby Ba, *Rapport d'état des lieux des services disponibles en matière de lutte contre le VIH/sida en Mauritanie, Avril 2019.*
- ONUSIDA, *Données pays - Mauritanie, 2018.*
- CNLS, *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2018-2021.*
- Ministère de la Santé, *Plan national de développement sanitaire 2017-2020.*
- CNLS, *Rapport Enquête Combinée Comportementale et Sérologique sur le VIH/sida chez les Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, 2014.*
- CNLS, *Rapport Enquête Combinée Comportementale et Sérologique sur le VIH/SIDA chez les Professionnelles du sexe, 2014.*
- République islamique de Mauritanie, *Enquête Démographique et de Santé 2000-01.*

Tunisie

- MAHJOURI Mohamed Bilel, *Rapport d'état des lieux des services disponibles en matière de lutte contre le VIH/sida en Tunisie, Juin 2019.*
- ONUSIDA, *Données pays - Tunisie, 2018.*
- Fonds mondial, *Intensification des programmes destinés à lever les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services contre le VIH – Évaluation de référence, 2019.*
- Ministère de la Santé, *Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST, 2018-2021.*
- Association tunisienne de prévention positive (ATP+), *Revue juridique, avril 2018*
- Collectif d'associations, *Rapport sur les droits LGBTQI en Tunisie, 2018.*

ANNEXE 1 – DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES³³

	Égypte	Liban	Maroc	Mauritanie	Tunisie
DONNÉES GÉNÉRALES					
Population totale ³⁴	98 423 595	6 848 925	36 029 138	4 403 319	11 565 204
Prévalence du VIH	<0,1%	<0,1%	<0,1%	0,2%	<0,1%
Nombre de PVVIH	22 000 [20 000 - 24 000]	2 500 [2200 - 2800]	21 000 [17 000 - 28 000]	5 600 [4500 - 7200]	2 800 [1700 - 4400]
Nouvelles infections	3600 [3300 - 3900]	<200	<1 000	<200	<500
Nombre de décès liés au sida	< 500 [<500 - <1000]	<100	< 500 [<500 - <1000]	< 500 [<200 - <500]	< 100 [<100 - <200]
Nombre de PVVIH connaissant leur statut	ND	2 300	16 000	3 500	ND
% de PVVIH connaissant leur statut	ND	91% [80 - >95]	76% [60 - >95]	62% [50 - 79]	ND
Nombre de PVVIH sous ARV	6 700	1 500 ³⁵	14 000	3 000	1 100
% de PVVIH connaissant leur statut ayant accès au traitement	31% [28 - 33]	60% [53 - 67]	65% [52 - 86]	54% [44 - 69]	39% [24 - 61]
Nombre de PVVIH ayant une charge virale indétectable	ND	1 400	12 000	ND	<1 000
% de PVVIH ayant accès au traitement ayant une charge virale indétectable	ND	56% [49 - 62]	59% [47 - 78]	ND	24% [15 - 38]
DONNÉES POPULATIONS CLÉS³⁶					
Estimation UDI	93 300	3 100	1 200	ND	9 000
Prévalence UDI	2,5%	0,9%	7,1%	ND	6,0%
Estimation HSH	64 300	16 500	42 000	ND	28 000
Prévalence HSH	6,7%	12,0%	5,9%	53,6%	9,1%
Estimation TS	23 000	4 300	72 000	300	25 000
Prévalence TS	2,8%	ND	1,3%	4,0%	1,2%

³³ L'ensemble des chiffres présentés ici sont issus des « Country factsheet » de l'ONUSIDA (et est donc soumis à l'absence de données ou des données approximatives dans certains cas).

³⁴ Données Banque Mondiale 2018 : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL?view=map>

³⁵ Certaines personnes paient leurs traitements et ne sont pas nécessairement comptabilisées dans les chiffres du NAP et de l'ONUSIDA.

³⁶ Seules sont comprises ici les populations clés ciblées par le programme FORSS

ANNEXE 2 – MÉTHODOLOGIE DE CLASSEMENT DES DONNÉES

Sur la base des rapports d'état des lieux nationaux, des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida, des dernières données ONUSIDA et des derniers rapports disponibles par pays, les données recueillies ont été compilées de façon synthétique pour proposer un état des lieux harmonisé de la situation des services dans tous les pays.

Pour ce faire, la grille de lecture proposée dans le rapport d'état des lieux des services disponibles au Maroc a été reprise et modifiée pour intégrer des domaines supplémentaires. Chaque domaine s'est vu attribué deux mesures, la première correspondant à la couverture de l'intervention pour les PVVIH, la seconde à l'accès effectif pour les populations clés.

Mesure du niveau de couverture de l'intervention déployée pour les PVVIH	Couleur associée au domaine
Non documenté	
Nul : l'intervention n'existe pas	
Pilote : l'intervention est une expérimentation et n'a pas vocation à ce stade à être étendue	
Limité : l'intervention est censée couvrir tout le territoire mais ce n'est pas le cas	
Étendu : l'intervention est effectivement globalement disponible partout où sont les populations clés	

Mesure de l'accès effectif des populations clés à l'intervention déployée	Symbole associée au domaine
Pas d'information-non documenté	ND
Aucun accès effectif	∅
Accès restreint	*
Accès limité	**
Accès satisfaisant	***

FORSS

