ENQUETE MONDIALE

ACCÈS ET QUALITÉ DES SOINS ET TRAITEMENT DU VIH

RÉSULTATS SUR

Le Liban ■ Le Maroc

JANVIER 2020

ITPC INTERNATIONAL TREATMENT PREPAREDNESS COALITION

ITPC INTERNATIONAL TREATMENT PREPAREDNESS COALITION MENA

Watch What Matters

marsa Sexual Health Center

A propos de ITPC

La coalition internationale de préparation au traitement (International Treatment Preparedness Coalition – ITPC) est un réseau mondial constitué de personnes vivant avec le VIH et de militants communautaires qui œuvrent ensemble pour l'accès universel au traitement du VIH aux personnes qui en ont besoin. Fondé en 2003, ITPC défend activement l'accès dans le monde entier selon trois axes stratégiques :

- Eduquer et créer de la demande au traitement #TreatPeopleRight (éduquer et créer de la demande au traitement)
- La propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments #MakeMedicinesAffordable (Rendre les médicaments abordables)
- Suivi et responsabilisation de la communauté #WatchWhatMatters (Regardez ce qui compte)

Pour en savoir davantage sur ITPC et sur notre travail, rendez vous sur notre site : www.itpcglobal.org

A propos de ce rapport

L'enquête globale menée par ITPC en 2019, disponible ici, se penche sur les services et les soins du VIH dans 14 pays à revenu faible ou moyen, dans sept régions du monde. Ce résumé synthétise les conclusions de cette recherche menée par nos collègues entre avril et décembre 2018. L'accent a été mis sur deux pays de la région du Moyen-Orient et Afrique du Nord, **le Liban et le Maroc**.

Remerciements

ITPC remercie toutes les organisations partenaires pour leurs efforts soutenus déployés pour la mise en œuvre des activités citées dans le présent rapport. Nous remercions plus particulièrement toutes les personnes vivant avec le VIH, les membres du personnel de santé et les militants communautaires qui ont participé à la collecte des données. ITPC apprécie également le soutien apporté par le fonds « Robert Carr Fund », « Open Society Foundations » et le programme « Bridging the Gaps ».

Partenaires au Moyen Orient et Afrique du Nord

- ITPC Mena – Moyen Orient et Afrique du Nord, Marrakech, Maroc
- Centre de santé sexuelle Marsa, Beyrouth, Liban

Coordination

Directeurs de Projet et de Recherche

Pedro Garcia
Directeur de suivi, évaluation et recherche à ITPC
Wame Jallow
Directrice des Programmes Mondiaux et du Plaidoyer ITPC
Helen Etya'ale
Coordinatrice de programmes à ITPC
Maxime Inghels, Elise Nédélec
Consultants

Coordinateurs de l'étude au Maroc & Liban
ITPC-MENA, Maroc
Abdelhalim El Gaddari, Directeur des programmes
Alia Amimi, Chargée de plaidoyer
Zakaria Bahtout, Chargé de la communication et des partenariats
MARSA, Liban
Diana Abou Abbas, Directrice exécutive

Auteurs du rapport

Walaa Ismail, Norhan Bader
Consultants
Tracy Swan
Co-responsable de l'Education au Traitement
Pedro Garcia
Directeur de suivi, évaluation et recherche à ITPC

1RA 6985
1C 0544

CONTENU

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES 1
RESUME 3

1 METHODOLOGIE. . . . . .

Le Maroc. . . . . .
Liban . . . . . .

2 CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE . . . . . .

3 DIAGNOSTIC . . . . . .

Qualite du Package de Soins Global . . . . . .
Respect des Soins . . . . . .
Observance . . . . . .
Stigmatisation et Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH . . . . . .

4 RECOMMANDATIONS

5 RÉFÉRENCES

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

ABC	Abacavir
AIDS	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Traitement antirétroviral
ARV	Antirétroviral
AZT	Zidovudine
DDI	Didanosine
DRV/r	Darunavir/ritonavir
PDS	Prestation différenciée des services
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
FTC	Emtricitabine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
HPV	Vaccin duPapillomavirus humain
IRIS	Syndrome inflammatoire de la reconstitution immunitaire
ITPC	Coalition Internationale de Préparation au Traitement
LMIC	Pays à revenu faible ou moyen
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MENA	Moyen Orient et Afrique du Nord
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
ONG	Organisation non gouvernementale
NVP	Nevirapine
IO	Infection opportuniste (s)
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PREP	Prophylaxie préexposition
PWID	Personnes qui consomment des drogues par injection
TCVR	Test de la charge virale de routine
IST (s)	Infections (s) sexuellement transmises
TB	Tuberculose
TDF	Tenofovir
3TC	Lamivudine
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OMS	Organisation mondiale de la santé

FIGURE 1: Nombre de sites et de personnes vivant avec le VIH inclus dans l'enquête au Maroc et au Liban

RESUME

La Coalition internationale de préparation au traitement (ITPC) a mené sa première enquête générale sur l'accès au traitement du VIH en 2018 pour évaluer l'état actuel des services de soin et de traitement du VIH/SIDA dans 14 pays et documenter les défis et obstacles rencontrés par les personnes vivant avec le VIH qui cherchent à avoir accès à ces services. Le présent rapport apporte un éclairage sur deux pays de la région du Moyen orient et Afrique du nord, à savoir le Liban et le Maroc. Dans le cadre de cette étude, des interviews ont été menées avec 372 personnes, dont des 363 personnes qui vivent avec le VIH, sept membres du personnel de santé et deux partenaires principaux de programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

Depuis 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé l'adoption du traitement antirétroviral (TAR) pour tous les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes qui vivent avec le VIH, quel que soit le taux de cellules CD4, en raison des avantages induits en termes de santé individuelle et de qualité de vie et de son potentiel pour la réduction de la transmission du VIH (1).

Malgré cette recommandation, des écarts persistent pour l'ensemble du spectre des traitements du VIH même si les rapports d'étape n'arrivent pas à pointer du doigt la complexité des expériences cliniques et sociales que vivent les personnes qui vivent avec le VIH.

Conclusions principales

- Le diagnostic rapide constitue toujours un défi au Maroc : 38,7% des personnes (116/300) n'ont été diagnostiquées que lorsqu'elles se trouvaient dans un stade avancé de l'infection à VIH (un taux de CD4 <200 cellules/µL), ce qui les expose au risque d'être gravement malades et de décéder. Au Liban, 11,1% (7/60) des participants ont été diagnostiqués à un stade avancé de l'infection à VIH.
- Au Maroc, 52,7% (158/300) des participants ont déclaré avoir subi le test du VIH après être tombés malades ou souffert de symptômes liés au VIH. Au Liban, 27% (17/63) des personnes sondées ont affirmé avoir subi le test du VIH après être tombées malades ou avoir suspecté souffrir de symptômes liés au VIH.
- Les distances parcourus pour atteindre des services de VIH constituent encore un défi au Maroc ; 23,7% (71/228) des participants ont répondu que cela leur a pris une heure pour arriver à un centre de santé dispensant un traitement antirétroviral et 24% (12/228) ont affirmé qu'il leur a fallu plus de deux heures. Au Liban, 25,4% (16/63) des personnes interviewées ont déclaré qu'un déplacement d'une heure était nécessaire pour arriver à un centre de santé fournissant le traitement antirétroviral.
- Au Maroc, 10,7% (32/300) des participants ont indiqué qu'on leur a refusé plus d'une fois l'accès à des soins de santé parce qu'ils sont atteints du VIH ; au Liban, seule une personne en a fait état.
- Au Maroc et au Liban, les programmes de lutte contre le VIH sont confrontés à des problèmes de financement durable et au problème du coût élevé des tests de CD4 et de charge virale. Le Maroc fait face à des difficultés liées au manque de médicaments et de kits de test incomplets alors qu'au Liban, les fonds alloués aux tests sont insuffisants.
- Dans les deux pays, les participants ont fait état de taux élevés d'observance du traitement et de l'importance du soutien psychologique, soulignant l'importance d'apporter des conseils et des soins de santé mentale dans le cadre des services du VIH.
- Au Maroc, le taux de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et de co-infection à l'hépatite virale est faible ; (seuls 45,7% (137/300) des participants ont affirmé avoir subi un dépistage des IST et seulement 53,3% (160/300)ont subi un test pour le virus B de l'hépatite. Par contre, 92% (58/63)des participants au Liban été dépistés aux IST et 93,6% (59/63) au virus B de l'hépatite.
- Au Maroc, l'accès des femmes à la contraception demeure faible; 18,3% (29/160) des femmes signalent une absence totale de l'accès. En outre, les femmes au Maroc font état d'une disparité importante basée sur le genre en ce qui concerne l'accès aux préservatifs : 34,4 % (55/160) des femmes n'ont pas eu accès aux préservatifs contre 14,7% (20/136) des hommes.
- Dans les deux pays, les taux d'auto-stigmatisation étaient très élevés. Au Maroc, 61% (183/300) des personnes vivant avec le VIH se reprochaient d'avoir contracté le VIH, contre 54% (34/63) des personnes vivant avec le VIH au Liban.

1 INTRODUCTION

L'augmentation rapide du traitement antirétroviral (TAR) a permis de sauver des millions de vies et a fait avancer la riposte mondiale au SIDA vers un but qui semblait encore inatteignable il y a peu de temps - mettre fin au SIDA avant 2030. Cependant malgré les recommandations adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 'traiter tout le monde'(2) **et les engagements mondiaux pour mettre fin au SIDA, certaines régions sont toujours à la traîne. En 2018, seuls 32% des personnes vivant avec le VIH dans la région MENA bénéficiaient du TAR, et seuls 27% (21286/78838) de ce groupe ont atteint la suppression virale** (3)**.**

En finir avec l'épidémie du VIH exige des changements profonds de l'approche adoptée pour éliminer les barrières cliniques et non-cliniques aux soins–et l'amélioration de sa qualité. Dans la majorité des pays, la stigmatisation et la discrimination sont des réalités vécues par les personnes vivant avec et affectées par le VIH, avec des conséquences réelles sur leur santé, leur sécurité et leur capacité à avoir accès aux services. Pour les populations clés—y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues par injection et les individus transgenre, —la violence et la criminalisation créent des barrières supplémentaires.

Dans le but de caractériser l'accès et la qualité des services et du traitement du VIH, ITPC a sondé plus de 2.700 personnes vivant avec le VIH, des membres du personnel de santé et autres parties prenantes principales dans 14 pays à revenu faible ou moyen (4) dans sept régions géographiques (5). Les trois objectifs recherchés par cette enquête sont :

- Evaluer l'accès au traitement et aux soins de qualité du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH.
- Identifier les barrières rencontrées à chaque étape de l'éventail des soins par les personnes vivant avec le VIH.
- Décrire les difficultés rencontrées par les personnels de santé et les acteurs politiques impliqués dans les soins du VIH.

Ce rapport jette un éclairage sur l'enquête, avec des données concernant deux pays de la région MENA : Liban et Maroc. Malgré la faible prévalence du VIH dans ces pays, la région MENA est une des régions qui présente un des taux les plus rapides de propagation de l'épidémie et l'accès au traitement y est faible (6) .

Partir de la photographie de stock

2 METHODOLOGIE

Les adultes (âgés de 18 ans et plus) qui ont été diagnostiqués au VIH pour au moins 3 mois étaient éligibles à participer. Ils ont été sélectionnés de façon aléatoire dans les différents établissements de soins de santé qui fournissent des services VIH au Maroc (N=300) et au Liban (N=63). Malgré nos efforts pour diversifier les structures de soins de santé selon l'emplacement, la taille et les populations desservies, les trois établissements de santé sélectionnés au Liban étaient tous des organisations non-gouvernementales (ONGs). En effet, il a été plus difficile d'avoir accès aux structures publiques et nous ne sommes pas parvenus à obtenir les autorisations nécessaires pour y mener notre enquête.

Nous avons mené une enquête qualitative pour évaluer l'accès et les barrières aux soins et au traitement VIHet réalisé des entretiens qualitatifs afin de caractériser les difficultés rencontrées pour l'accès et la fourniture de soins VIH parmi un échantillon de convenance de 6 personnes vivant avec le VIH (qualitatif), 363 personnes vivant avec le VIH (quantitatif), 7 membres du personnel de santé, et 2 acteurs politiques qui ont été choisis à partir du site de chaque pays.Au total, nous avons réalisé 15 entretiens (six au Liban et neuf au Maroc).

Contextes de la région et des pays

La région MENA connaît un des taux des plus rapides de propagation du VIIH du monde. L'accès au test, au traitement et aux soins VIH sont encore en deçà de la moyenne. Moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH est consciente de son statut sérologique, particulièrement les personnes faisant partie des populations clés. Au niveau régional, cette situation a engendré un accroissement de 10% de l'incidence du VIH et de 9% de cas de décès associés au SIDA entre 2010 et 2018. Peu de pays de la région MENA ont connu des progrès exceptionnels dans l'abaissement de la prévalence du VIH, comme le Liban, le Maroc, la République d'Iran et la Somalie.

Le Maroc a fait preuve d'un engagement politique fort à appliquer tous les services de l'éventail des soins VIH (7). Même si le plan stratégique national marocain est en grande partie aligné sur les lignes directrices actuelles de 2019 de l'OMS concernant la prévention, le dépistage et le traitement VIH, ces services n'atteignent pas tous ceux qui en ont besoin. Il existe de nombreuses barrières légales et sociales, notamment pour les personnes faisant partie des populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes qui consomment des drogues par voie injectable et les travailleurs du sexe). On ne dispose pas de données sur l'application nationale des lignes directrices de l'OMS pour les services VIH au Liban.

MAROC

Le Maroc

Depuis 2010, la prévalence du VIH a baissé de 25% et les cas de décès associés au SIDA ont chuté de 40%. Jusqu'en 2018, le Maroc comptait près de 22.000 adultes vivant avec le VIH (12.000 hommes et 8.500 femmes) et moins de 1.000 enfants âgés de moins de 14 ans (8) .

Parmi les populations clés, on estime que près de 5,9% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 7,1% des personnes qui consomment des drogues par voie injectable et 1,3% des travailleurs du sexe vivaient avec le VIH jusqu'en 2018 ; par contre on ne dispose pas de données sur la prévalence du VIH parmi les personnes transgenre.

En 2018, on a pu dénombrer 900 personnes nouvellement-infectées ; 94% des infections au VIH sont survenues parmi des personnes âgées de 30 à 49 ans, dont 60% des hommes et 40% de femmes (9).

Malgré l'adoption par le Maroc des lignes directrices de l'OMS de 2015 sur les services de dépistage du VIH, les politiques d'auto-dépistage n'ont pas encore été mises en œuvre. Selon l'ONUSIDA, on estimait en 2018 à 24% le nombre de personnes vivant avec le VIH au Maroc sans être conscients de leur statut sérologique, y compris 36% d'adultes de sexe masculin, ce qui montre l'accès limité aux services du dépistage du VIH et peut aussi être un indicateur des taux élevés de stigmatisation et de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH. Afin de remédier à cette situation, le Programme national de lutte contre le SIDA au Maroc œuvre à intégrer de façon progressive les services de conseil et de de dépistage dans les structures de soins de santé primaires.

Malgré la gratuité (10) de la TAR (11) fournie par le Ministère de la santé et l'adoption par le Maroc de la politique "traiter tout le monde" relative au VIH en 2015, seuls 65% des personnes ayant été diagnostiquées au VIH reçoivent le TAR ; seule la moitié (59%) ont atteint la suppression virale (12). Les tests de charge virale de routine sont disponibles à une fréquence semestriellesur place dans les structures offrant le TAR ou sur prescription.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui consomment des drogues par voie injectable signalent qu'ils évitent d'avoir recours aux services VIH au Maroc à cause de la stigmatisation et de la discrimination. On ne dispose pas de données au niveau national à propos des lois qui criminalisent les travailleurs du sexe et les personnes transgenre. Les partenaires sexuels du même genre sont, par contre, passibles, en vertu de l'Article 489 du code pénal, de peines d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 3 ans (13).

Liban

Depuis 2010, les nouvelles infections au VIH ont baissé de 16% au Liban et les cas de décès associés au SIDA ont diminué de 33%. A la fin de novembre 2018, le Liban comptait près de 2.500 adultes vivant avec le VIH (2.100 hommes et moins de 500 femmes). La prévalence parmi la population générale s'établit à moins de >0.1% (14). Parmi les populations clés, 12% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 0,9% des personnes qui consomment des drogues par voie injectable vivaient avec le VIH. On signale un taux de prévalence du VIH de 0% parmi les travailleuses du sexe en 2018 ; on ne dispose pas de données sur la prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe masculins et transgenre, ni pour les personnes transgenre en general (15).

Selon le Ministère de la santé libanais, on comptait 160 nouvelles infections au VIH en 2018, y compris 49,4% survenus parmi les personnes âgées de 30 à 49 ans et 94,4 % parmi les homes (16).

Le Liban a adopté la politique recommandée par l'OMS de « traiter tout le monde » (17). Le TAR est fourni gratuitement par le Ministère de la santé publique, à travers le Programme national de lutte contre le SIDA. Selon l'ONUSIDA, 91% des personnes vivant avec le VIH au Liban étaient conscients de leur séropositivité; (18) 60% bénéficiaient du TAR (1.354 hommes et 146 femmes) et 56% de ce groupe ont atteint la suppression du virus (19).

LIBAN

Malgré l'adoption par le Liban des tests de charge virale systématiques pour les adolescents et les adultes, on ne dispose pas de données sur la fréquence de réalisation de ces tests et sur les lieux où ils ont lieu.

Malheureusement, il n'existe pas de données à l'échelle nationale sur la stigmatisation et la discrimination qui ont cours au sein de la communauté et des établissements de soins de santé. En outre, il y a un manque de données concernant la criminalisation des travailleurs du sexe, tandis que les relations sexuelles entre partenaires du même genre sont passibles, en vertu de l'Article 534 du code pénal, d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 14 ans (20)

ITPC MENA a mis en œuvre l'enquête au Maroc, où environ la moitié des répondants se sont présentés avec un VIH avancé.

3 CONCLUSIONS DE L'ENQUETE

TABLEAU 1: Données Sociodémographiques

Données sociodémographiques et caractéristiques individuelles (N=363)		MAROC		LIBAN		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NONMBRE TOTAL		**300**	**82.6**	**63**	**17.4**	**363**	**100**
SEXE	Masculin	136	45 .3	60	95 .2	196	54
	Féminin	160	53 .3			160	
	Transgenre	4	1 .4	3	4 .8	7	1 .9
AGE	Moyenne/déviation standard.	39 .3	10 .1	30 .1	5 .9	37 .7	10 .1
	Moyenne		38 .5		29		37
	Champ		18-70		20-47		18-70
	18-24	17	5 .7	11	17 .5	28	7 .7
	25-49	235	78 .3	52	82 .5	287	79 .1
	<49	48	16 .0			48	13 .2
ZONE	Rural	28	9 .3	1	1 .6	29	8 .0
	Semi/ Périurbain	25	8 .3	12	19 .0	37	10 .2
	Urbain	247	82 .4	50	79 .4	297	81 .8
STATUT ACTUEL DE LA RELATION	Marié	107	35 .7	5	7 .9	112	30 .9
	Pas marié mais vivant avec un partenaire	3	1 .0	4	6 .4	7	1 .9
	En relation mais ne vivant pas ensemble	8	2 .7	6	9 .5	14	3 .9
	Célibataire	106	35 .3	45	71 .4	15 .1	41 .6
	Divorcé/ séparé	52	17 .3	2	3 .2	54	14 .9
	Veuf / veuve	24	8 .0	0	0	24	6 .6
	Pas de données	0	0	1	1 .6	1	0 .2
AYANT UN CONJOINT OU UN PARTENAIRE STABLE (c.-à-d.en relation depuis plus de 3 mois)	Oui	147	49 .0	27	42 .9	174	47 .9
	Non	153	51 .0	36	57 .1	189	52 .1

TABLEAU 1. Données Sociodémographiques (suite)

Données sociodémographiques et caractéristiques individuelles (N=363)		MAROC		LIBAN		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NOMBRE TOTAL		**300**	**82.6**	**63**	**17.4**	**363**	**100**
EDUCATION	Éducation non conventionnelle	92	30 .7	1	1 .6	93	25 .7
	Primaire	82	27 .3	3	4 .8	85	23 .4
	Secondaire	89	29 .7	12	19 .0	101	27 .8
	Tertiaire	34	11 .3	47	74 .6	81	22 .3
	Autre	0	0 .0	0	0 .0	0	0 .0
	Pas de données	3	1 .0	0	0	3	0 .8
LE REVENU	Oui	104	34 .7	43	68 .3	147	40 .5
	Non	196	65 .3	20	31 .7	216	59 .5
REVENU DU FOYER EN DOLLARS US ($)	Bas/Moyen	2,653 .1	1,700	1,849 .1	1,350	2,522 .9	1,500
	Portée	0-30,000		0-10,000		0-30,000	
	0-1,000	103	34 .3	23	36 .5	126	34 .7
	1,000-2,000	86	28 .7	20	31 .8	106	29 .2
	2,000-3,000	46	15 .3	7	11 .1	53	14 .6
	3,000-4,000	15	5 .0	4	6 .4	19	5 .2
	3,000-4,000	50	16 .7	4	6 .4	54	14 .9
	Pas de données	0	0 .0	5	7 .8	5	1 .4
TAILLE DU FOYER (NOMBRE DE PERSONNES)	Bas/Moyen	4	4	3 .5	4	4	4
	1-3	146	48 .7	28	44 .4	174	47 .9
	4-6	114	38 .0	32	50 .8	146	40 .2
	7-9	31	10 .3	3	4 .8	34	9 .4
	10-12	7	2 .3	0	0	7	1 .9
	>12	2	0 .7	0	0	2	0 .6
STATUT DE L'ASSURANCE SANTÉ	Oui	99	33 .0	37	58 .7	136	37 .5
	Non	199	66 .3	25	39 .7	22 .4	61 .7
	Je ne sais pas	2	0 .7	0	0	2	0 .5
	Pas de données	0	0	1	1 .6	1	0 .3
AFFILIATION À UNE ONG	Oui	27	9 .0	9	14 .3	36	9 .9
	Non	273	91 .0	54	85 .7	327	90 .1

TABLEAU 1. Données Sociodémographiques (suite)

Données sociodémographiques et caractéristiques individuelles (N=363)		MAROC		LIBAN		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NONMBRE TOTAL		300	82.6	63	17.4	363	100
TÉLÉPHONE PORTABLE PERSONNE	Oui	286	95 .3	63	100 .0	349	96 .1
	Non	14	4 .7	0	0	14	3 .9
UTILISATION D'INTERNET POUR DES INFORMATIONS RELATIVES AU VIH	Jamais	185	61 .7	14	22 .2	199	54 .8
	Une fois seulement	7	2 .3	11	17 .5	18	5 .0
	Quelques fois	42	14 .0	17	27 .0	59	16 .3
	Chaque fois ou presque	51	17 .0	21	33 .3	72	19 .8
	Je ne sais pas où trouver une connexion Internet	15	5 .0	0	0	15	4 .1

TABLE AU 2. Données sur la population clé

		MAROC		LIBAN		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NONMBRE TOTAL		300	82.6	63	17.4	363	100
DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN CONJOINT/PARTENAIRE FIXE, DURANT LES 6 DERNIERS MOIS	Oui	126	42 .0	27	42 .9	153	42 .1
	Non	22	7 .3			22	6 .1
	N/A	152	50 .7	36	57 .1	188	51 .8
	Total	300	100 .0	63	100 .0	363	100 .00
RAPPORTS SEXUELS AVEC LE MÊME SEXE	Oui (total)	76	25 .3	58	92 .1	134	36 .9
	Non (total)	224	74 .7	5	7 .9	229	63 .1
	Oui (hommes)	73	53 .7	55	91 .7	128	65 .3
	Non (hommes)	63	46 .3	5	8 .3	68	34 .7
	Oui (femmes)	1	0 .6	0	0	1	0 .6
	Non (femmes)	159	99 .4	0	0	159	99 .4
	Trans (Oui)	2	50	3	100	5	71 .4
DÉJÀ TRAVAILLÉ COMME TRAVAILLEUR DU SEXE	Oui (total)	84	28 .0	7	11 .1	91	25 .1
	Non (total)	214	71 .3	54	85 .7	268	73 .9
	Oui (hommes)	41	30 .2	6	10 .0	47	24 .0
	Non (hommes)	94	69 .1	53	88 .3	147	75 .0
	Oui (femmes)	40	25 .0	0	0	40	25 .0
	Non (femmes)	119	74 .4	0	0	119	74 .4
	Oui (trans)	3	75 .0	1	33 .3	4	57 .1
	Non (trans)	1	25 .0	1	33 .3	2	28 .6
DÉJÀ EU UN RAPPORT SEXUEL AVEC UN TRAVAILLEUR DU SEXE	Oui (total)	64	21 .3	20	31 .8	84	23 .1
	Non (total)	235	78 .3	42	66 .7	277	76 .3
	Oui (hommes)	46	33 .8	90	31 .7	65	33 .2
	Non (hommes)	90	66 .2	41	68 .3	131	66 .8
	Oui (femmes)	17	10 .6	0	0 .0	17	10 .6
	Non (femmes)	142	88 .8	0	0 .0	142	88 .8
	Oui (trans)	1	25	1	33 .3	2	28 .6
	Non (trans)	3	75	1	33 .3	4	57 .1

TABLEAU 2. Données sur la population clé (suite)

		MAROC		LIBAN		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NONMBRE TOTAL		**300**	**82.6**	**63**	**17.4**	**363**	**100**
AUTRES PARTENAIRES SEXUELS QUE LE PARTICIPANT POURRAIT AVOIR EUS DURANT LE 6 DERNIERS MOIS	Aucun	194	64 .7	21	33 .3	215	59 .2
	Un	6	2 .0	3	4 .8	9	2 .5
	Plus d'un	100	33 .3	39	61 .9	139	38 .3
	Total	300	100 .0	63	100 .0	363	100 .0
A QUELLE FRÉQUENCE LE PARTICIPANT A-T-IL UTILISÉ DES PRÉSERVATIFS AVEC LES AUTRES PARTENAIRES SEXUELS DURANT LE 6 DERNIERS MOIS	Jamais	30	10 .0			30	8 .3
	Quelques fois	26	8 .7	20	31 .8	46	12 .7
	Toujours	51	17 .0	22	34 .9	73	20 .1
	NA	193	64 .3	21	33 .3	214	58 .9
	Total	300	100 .0	63	100 .0	363	100 .0
AVOIR DES PRÉSERVATIFS AU BESOIN	Jamais	75	25 .0	1	1 .6	76	20 .9
	Quelques fois	49	16 .3	12	19 .0	61	16 .8
	Toujours	176	58 .7	50	79 .4	226	62 .3
	Total	300	100 .0	63 .0	100 .0	363	100 .0
CONSOMMATION D'ALCOOL	Oui	70	23 .3	50	79 .4	120	33 .1
	Non	230	76 .7	13	20 .6	243	66 .9
CONSOMMATION D'ALCOOL DURANT LES 30 DERNIERS JOURS	Quotidiennement			2	3 .2	2	0 .5
	Au moins une fois par semaine	22	7 .3	26	41 .3	48	13 .2
	Moins d'une fois par semaine	12	4 .0	20	31 .7	32	8 .8
	Je n'ai pas bu le mois dernier	32	10 .7	2	3 .2	34	9 .4
	Je ne sais pas/ pas de réponse	5	1 .7			5	1 .4
	NA	229	76 .3	13	20 .6	242	66 .7
ONSOMMATION DE DROGUES SANS ORDONNANCE (par ex. marijuana, cocaïne, etc.)	Oui, actuellement	40	13 .3	21	33 .3	61	16 .8
	Oui, dans le passé	22	7 .3	21	19 .1	34	9 .4
	Non	238	79 .4	30	47 .6	268	73 .8

TABLEAU 2. Données sur la population clé (suite)

		MAROC		LIBAN		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NONMBRE TOTAL		**300**	**82.6**	**63**	**17.4**	**363**	**100**
DÉJÀ FAIT DES INJECTIONS DE DROGUES	Oui, actuellement	0	0 .0	0	0 .0	0	0 .0
	Oui, dans le passé	1	0 .3	2	3 .2	3	0 .8
	Non	299	99 .7	59	93 .6	358	98 .6
	NA			2	3 .2	2	0 .6
A REÇU UNE SERINGUE/AIGUILLE PROPRES POUR CHAQUE INJECTION DURANT LES 3 DERNIERS MOIS	Oui, à chaque fois que j'en ai eu besoin						
	La plupart du temps						
	Quelques fois						
	Jamais	1	0 .3	1	1 .6	2	0 .5
	NA	299	99 .7	62	98 .4	361	99 .5
A PARTAGÉ LES OUTILS D'INJECTION DURANT LES 3 DERNIERS MOIS	Jamais	1	0 .3	1	1 .6	2	0 .5
	Une fois						
	Plus d'une fois						
	NA	299	99 .7	62	98 .41	361	99 .5
DÉJÀ INSCRIT À UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)	Oui, actuellement						
	Oui, dans le passé			1	1 .6	1	0 .3
	Non	2	0 .7	1	1 .6	3	0 .8
	NA	298	99 .3	61	96 .8	359	98 .9

3 DIAGNOSTIC

Seul un quart des personnes vivant avec le VIH dans le monde ne connaissent pas leur statut VIH (21). **Alors que la tendance mondiale indique qu'en moyenne, les gens se font dépister plus tôt, un nombre conséquent de personnes continue d'être diagnostiqué alors qu'elles sont à un état avancé du VIH, ce qui les expose au risque d'attraper des maladies graves et le Syndrome inflammatoire de la reconstitution immunitaire (IRIS) après le début du TAR**(22) (23) (24)**. Un dépistage en temps opportun et un accès au soin sont des étapes vitales vers une meilleure santé et une meilleure qualité de vie pour les personnes vivant avec le VIH.**

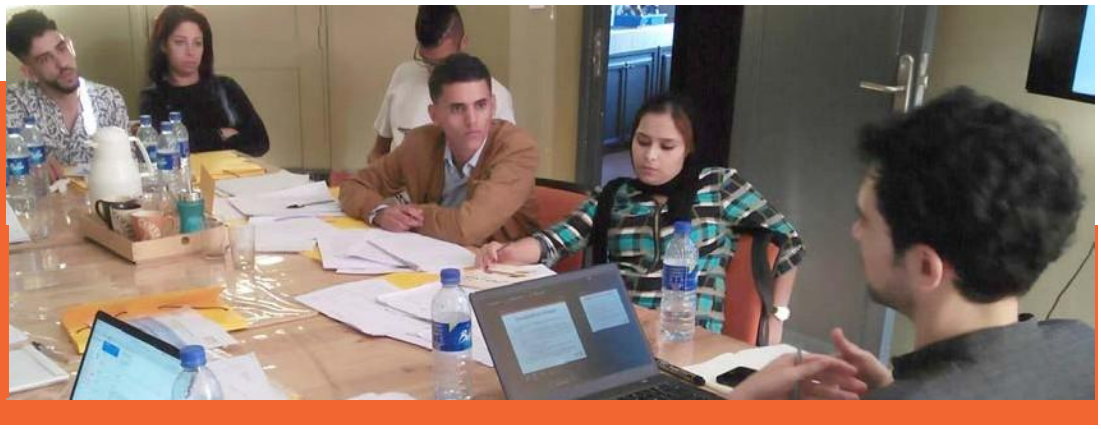
Les services de dépistage du VIH sont gratuits au Maroc et au Liban. Ils sont fournis par le Ministère de la Santé et certaines ONG. On a noté des disparités entre les pays quant à l'accès aux tests au temps opportun, aux lieux où ce dépistage est réalisé et les raisons pour lesquelles les tests sont réalisés. Les raisons les plus répandues pour se faire dépister au Maroc du VIH sont la maladie ou des suspicions de symptômesliés au VIH, représentant 52,7% (158/300), suivies des prescriptions par un professionnel de santé (17%; 51/300). La plupart des participants ont subi des tests dans une structure de santé financée par des fonds publics (64,5%; 194/300), suivie par les structures de santé privées (14%; 42/300) et une ONG (11,3%; 34/ 300).

Au Liban, les raisons les plus répandues pour se faire dépister consistaient à être à risque de contracter le VIH (28,6; 18/63) et la maladie ou des suspicions de symptômes du VIH (27%; 17/63). Les lieux les plus courants pour la réalisation des tests du VIH sont les ONG (46%; 29/63) et dans les structures de soins de santé privées (44.4%; 28/63); seuls 6,4% (4/63) ont eu accès aux tests dans une structure de santé financée par des fonds publics..

Pris en charge : taux de cellules CD4

La prise en charge constitue une étape cruciale dans le continuum des soins du VIH. Elle est aussi cruciale pour le lancement précoce du traitement et de la suppression de la charge virale (25) (26) , Au Maroc, 38,7% (N=116/300) présentent un taux de cellules CD4 <200 cellules/µ. Ceci constitue une faille pour que les personnes bénéficient de tests HIV précoces. Seuls 48,2% (120/249) ont reçu leur taux de cellules CD4 le jour du diagnostic, tandis que 29,7% (74/249) ont attendu un délai d'un mois. Les 12,4% restants (31/ 249) n'ont pas bénéficié d'un comptage des cellules CD4 pendant unintervalle allant de un à 12 ans après le diagnostic du VIH.

Au Liban, seuls 11,1% (7/63) des participants à cette enquête ont été diagnostiqués avec un comptage de cellules CD4 <200 cellules/µL. Actuellement, les comptages de cellules CD4 ne sont pas réalisés par les établissements de santé financés par des fonds publics au Liban; les fournisseurs de soins de santé conseillent aux personnes de se diriger vers un laboratoire privé, ce qui reflète une contradiction entre les engagements politiques et leur mise en œuvre. Les participants ont fait savoir que payer de leur propre poche les tests de CD4 constitue une barrière. En général, 95% des participants à l'enquête ont bénéficié d'un test de comptage de CD4moins de quatre mois après le dépistage du VIH; 6,4% (N=4) ont bénéficié d'un comptage de cellules CD4 le même jour que le diagnostic; 33,3% (21/63) ont bénéficié de leur premier comptage de cellules dans un délai allant de deux semaines à un mois après le diagnostic, et 28,6% (N=18) ont bénéficié de leur premier comptage CD4 dans un délai de trois mois après le diagnostic du VIH.



Pedro Garcia, Responsable du suivi et de l'évaluation, ITPC Global, rencontre des collaborateurs à Marrakech, Maroc, Mai 2018.

TABLEAU 3. : TAR

Médicaments TAR pris maintenant/la dernière fois		MAROC		LIBAN		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
NOMBRE TOTAL		300	82.6	63	17.4	363	100
ARV1	Abacavir	1	0 .3			1	0 .3
	Stavudine	1	0 .4			1	0 .3
	Tenofovir	143	47 .7	13	20 .6	156	43 .0
	Zidovudine	55	18 .3			55	15 .1
	Pas d'ARV1/ n'ont pas reconnu le traitement	100	33.3	50	79.4	150	41.3
ARV2	Emtricitabine	87	29 .0	13	20 .6	100	27 .6
	Lamivudine	57	19 .0			57	15 .7
	NA	156	52 .0	50	79 .4	206	56 .7
	Emtricitabine	87	29 .0	13	20 .6	100	27 .6
	Lamivudine	57	19 .0			57	15 .7
	Pas d'ARV2/ n'ont pas reconnu le traitement	156	52 .0	50	79 .4	206	56 .7
ARV3	Atazanavir/ ritonavir	2	0 .7			2	0 .5
	Darunavir/ritonavir						
	Dolutegravir						
	Efavirenz (600mg)	152	50 .7	13	20 .6	165	45 .5
	Efavirenz (400mg)	18	6 .0			18	5 .0
	Lopinavir/ritonavir	16	5 .3			16	4 .4
	Nevirapine	1	0 .3			1	0 .3
	Raltegravir/ lopinavir/ritonavir	1	0 .3			1	0 .3
	Pas d'ARV3/ n'ont pas reconnu le traitement	110	36 .7	50	79 .4	160	44 .1
ONT ÉTÉ RÉFÉRÉS DE VOTRE TSO À LA TAR, OU VICE VERSA	Pas référés d'un traitement à un autre			1	1 .6	1	0 .3
	NA	300	NA	62	98 .4	362	99 .7
	Total	300	NA	63	100 .0	363	100 .00

Le Maroc et le Liban ont aligné leurs orientations nationales de traitement à la recommandation de l'OMS « traiter tout le monde », et les deux pays fournissent le TAR gratuitement.

Ce pendant, dans les deux pays, les programmes VIH rencontrent des problèmes pour assurer un financement durable, et un prix abordable des tests de CD4 et de charge virale. Au Liban, le financement des tests du comptage de CD4 et de charge virale est un grand problème, tandis qu'au Maroc il existe des problèmes liés aux ruptures des stocks de médicaments et de kits de test. Des difficultés de gestion des commandes, notamment pour les formules pédiatriques des ARV et de cotrimoxazole,sont rencontrées au Maroc, combinés à la stigmatisation dans les structures sanitaires

> *Je n'ai aucune idée pour le DTG et concernant les autres ARV, nous avons autant d'ARV dont les personnes vivant avec le VIH ont besoin, sauf quelques fois nous nous trouvons face à des situations de rupture de stock des formules pédiatriques.*
>
> *- Infirmière dans le service des maladies infectieuses d'un hôpital au Maroc.*

Globalement, 95,9% des participants à cette enquête (348/363) étaient sous TAR. L'accès au TAR s'est considérablement amélioré au cours des cinq dernières années au Maroc, en passant de 16% en 2010 à 48% en 2016 (27) . Il est à noter que11,8% (22/186)des personnes vivant avec le VIH ont commencé leur traitement deux semaines après avoir reçu leur diagnostic; 23,1% (43/186) ont reçu leur traitement dans un délai allant de deux à quatre semaines après l'établissement du diagnostic et 25,3% (47/186) ont reçu le TAR dans un délai de un à trois mois à partir de la date du diagnostic. Toutefois, il n'y a pas une grande différence en termes du début du TAR entre les personnes testées avant et après 2015.Au Maroc, 80,7% (242/ 300) des participants à l'enquête ont indiqué avoir arrêté le TAR pendant plus d'une semaine, tandis que 17,7% (53/300) ont affirmé avoir arrêté le TAR pour une plus longue période. Plusieurs participants ont évoqué le manque de moyens pour se déplacer au centre de traitement comme raison de l'interruption du traitement. En général, 24,7% (74/300) ont changé leur antirétroviral (ARV) au moins une fois; les raisons les plus courantes sont l'échec du traitement (8,3%; 25/ 300) et les effets secondaires (7,7%; 23/300).;

Au Liban, tous les participants ont été diagnostiqués et ont commencé leur TAR avant 2015. Plusieurs d'entre eux (44,6%; 25/56) ont commencé leur traitement dans un délai d'un à trois mois après avoir reçu leur diagnostic. Dolutegravir (DTG) a été fourni par le budget du Ministère de la santé. D'autres médicaments ont été fournis par des bailleurs de fonds internationaux Les professionnels de santé et les personnes vivant avec le VIH ayant participé à cette enquête se sont dits satisfaits de la disponibilité des médicaments et des régimes de traitement. Toutefois, la durabilité des fonds internationaux pour le programme national de lutte contre le SIDA a représenté une source d'inquiétude pour les politiques.

> *Je n'ai pas de [inquiétude concernant] le traitement ou l'accès [au] traitement, je prends toujours mes médicaments à temps et je reçois toujours un soutien psychosocial.*
>
> *- Une personne vivant avec le VIH, 24 ans, diagnostiquée en 2016.*

Au Liban, 85,7% (54/ 63) des participants à cette enquête ont affirmé n'avoir jamais arrêté le TAR pendant plus d'une semaine, et 14,3% (9/63) ont indiqué l'avoir interrompu pour une plus longue période, notamment parce qu'ils ne pouvaient pas se permettre de payer le déplacement à un centre de TAR. En général, 39,7% (25/ 63) des participants ont indiqué avoir changé d'ARV au moins une fois, notamment à cause des effets secondaires (38,1%; 24/ 63).

Des difficultés psychologiques, notamment un sentiment de tristesse et la dépression, ont été évoquées comme les obstacles principaux à l'accès au traitement. Des participants ont également indiqué avoir eu des expériences de déni et de choc à la suite du dépistage du VIH. Le manque de personnel dans les centres dispensant le TAR a constitué un obstacle supplémentaire, menant à de longs délais d'attente, particulièrement au Maroc.

Suivi de la charge virale:

Durant la dernière décennie, le suivi de routine de la charge virale (SRCV) a graduellement remplacé le test de comptage des cellules CD4 pour contrôler la réaction au traitement du VIH. L'OMS recommande de réaliser le test de charge virale au bout de six et 12 mois après le début du traitement, puis une fois par an pour les personnes qui suivent de manière régulière le TAR (28). L'accès au test de suivi de routine de la charge virale est vitale pour que les personnes sachent si leur traitement fonctionne et pour envisager une nouvelle action (y compris changer vers un nouveau régime, conseil et soutien pour l'observance) ainsi que des soins cliniques pour les personnes qui se trouvent à un stade avancé du VIH. Les tests de charge virale sont disponibles à titre gratuit dans les établissements sanitaires publics au

Maroc, tandis qu'au Liban, les personnes vivant avec le VIH ont dû payer de leur propre poche pour subir ces tests.

> *Les résultats –des tests –tardent à arriver, quelques fois nous ne les recevons même pas. Ceci pose un vrai problème. Durant le mois de novembre, nous avons reçu au laboratoire des charges virales datant du mois de mars. La moitié des charges virales n'est pas envoyée.*
>
> *Infirmier-major du service des maladies infectieuses*

La grande majorité des personnes vivant avec le HIV au Maroc et au Liban ont subi un test de charge virale après le diagnostic initial du VIH– 98,4% (N=62) et 80,7% (N=242), respectivement.Au Maroc, 48,7% (146/300) ont subi leur premier test de charge virale avant de débuter le TAR; 5%(15/300) l'ont subi un mois après le début du TAR et 11% (33/300) l'ont subi après avoir passé six mois sous TAR.Au Liban, 91,4% (53/58) ont passé le test de charge virale avant le TAR, et 5,2% (3/58) l'ont passé plusieurs mois après le début du traitement.Le déclin vertigineux du taux des participants ayant connu leur charge virale dans un délai de six mois après le diagnostic indique que passer les tests de charge virale au temps opportun demeure un défi; seuls 18,6% (N=8) des participants au Liban et 17% (N=40) au Maroc ont reçu les premiers résultats du test de charge virale dans un délai de six mois après le dépistage du VIH.

Au Maroc, le régime comprend deux tests de charge virale et deux comptages de cellules CD4 par personne annuellement. Cependant, cette politique n'est pas respectée de façon stricte. On ne sait pas si cela est causé par le fait que les personnels de santé ne demandent pas ces tests ou si c'est parce que les personnes ne les subissent pas pour diverses raisons.

La durée entre le dépistage et le premier test de charge virale varie entre le même jour du diagnostic à neuf ans plus tard. En effet, 34,1% (N=80) des participants indiquent avoir subi le test de charge virale le même jour que le diagnostic, 47,2% (N=111) ont signalé avoir passé le test de charge virale dans un délai allant de 1 mois à 1 an après le diagnostic et 13,2 % (N=31) ont subi le test de charge virale un an après le diagnostic. Seuls 30,9% (N=94/304) des participants ayant subi le test de charge virale ont fait savoir que leur fournisseur de soin de santé leur a assuréque leur charge virale était indétectable. Les retards dans les tests de charge virale –et les conséquences qui en découlent- peuvent constituer un véritable frein pour atteindre la suppression virale.

Au Liban, les tests réguliers de comptage de cellules CD4 et de charge virale ne sont pas couverts par les plans de gestion. En outre, chaque hôpital fixe lui-même les tarifs de ces tests, ce qui crée une difficulté considérable pour les personnes vivant avec le VIH qui affirment que le paiement de ces tests a été soutenu initialement par leur assurance ou par des ONG. Au Liban, 30,2% (N=13/63) des participants ont subi le test de charge virale le même jour où le diagnostic a été posé, 43,6% (N=33/63) des participants ont subi un test de charge virale dans un délai allant de 1 mois à 1 an après le diagnostic et 18,6% (N=8/63) ont passé un test de charge virale plus d'un an après le diagnostic. Au Liban, le pourcentage des participants à qui on a affirmé que leur charge vitale était indétectable est similaire qu'au Maroc (27%); Ce manque d'accès aux tests de charge virale et à ses résultats peut induire de mauvais résultats sur la santé des personnes vivant avec le VIH et retarder la réalisation des objectifs 90-90-90.

> *Quelques fois nous avons une rupture de stock– kits de test -, mais la dernière rupture était due à un arrêt dans le marché mondial. Nous achetons les tests de CD4 et de charge virale à partir du budget de l'état. Donc, il y a souvent une période d'arrêt. En principe, c'est 2 kits de tests de charge virale/CD4 par personne et par an*
>
> *président du programme national de lutte contre le SIDA du Maroc.*

QUALITE DU PACKAGE DE SOINS GLOBAL

Les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'un package global de soins, y compris l'accès aux tests, la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes (IO), l'accès aux préservatifs et un service de conseils adéquat pour les femmes enceintes, conformément aux directives de l'OMS et des lignes directrices nationales adoptées par chaque pays.

Au Maroc, le dépistage de la syphilis, du VBH et du VHC est assuré dans les hôpitaux publics, même si certains membres du personnel de santé ont signalé que quelques fois, ces tests ne sont pas disponibles. Le temps pris par les résultats diffère également selon la charge du travail et la disponibilité des techniciens- ce qui représente l'obstacle principal.

Au Liban, la majorité des membres du personnel de santé affirment que les tests des maladies opportunistes, de l'hépatite et de la tuberculose

(TB) sont disponibles mais que les personnes doivent les payer de leur propre poche. Les tests ne sont pas couverts par le Ministère de la santé et chaque hôpital fixe les tarifs à appliquer pour ces tests. Depuis 2015, le traitement des maladies opportunistes courantes, comme la tuberculose et la pneumocystose, est dispensé à titre gratuit. Les traitements des maladies opportunistes moins courantes ne sont pas couverts, ce qui force les personnes vivant avec le VIH à payer leur traitement et, dans certains cas, à voyager pour en bénéficier.

Accès aux services de santé sexuelle et reproductive

Globalement, 14% (42/300) des participants à l'enquête au Maroc n'ont pas accès à la contraception moderne (autres que les préservatifs). Les femmes signalent un accès plus faible que les hommes: 34,4% (55/ 160) n'ont pas pu avoir de préservatifs, contre 14,7% (20/136) d'hommes. L'accès à la contraception demeure une difficulté pour les femmes au Maroc; 18,3% (29/ 160) indiquent qu'elles n'ont pas eu accès à la contraception hormonale.

AU Maroc, 6 femmes étaient enceintes quand elles avaient été diagnostiquées du VIH et 30 femmes sont tombées enceintes après le diagnostic. Toutefois, seules 20 parmi elles ont pris le TAR durant la grossesse. Deux femmes n'ont pas pris le TAR parce que le traitement n'était pas disponible ou n'a pas été proposé dans la structure médicale. Une femme ne pouvait pas se permettre financièrement d'aller à un centre de TAR pour recevoir le traitement. En général, 44,4% (71/160) des femmes qui ont répondu à l'enquête n'ont reçu aucun conseil à propos de la réduction de la transmission verticale et 49,4% (N=79/160) n'ont eu aucune information concernant l'allaitement maternel plus sécurisé.

Au Liban, 19% (12/63) des participants ont indiqué qu'elles ont décidé de ne pas avoir d'enfants à cause de leur séropositivité; 3.2% (2/63) affirment que leur fournisseur de soins sanitaires leur a conseillé de ne pas avoir d'enfants.

Observance

On a adopté une échelle analogue visuelle à un seul élément pour obtenir les données relatives à l'observance des participants. Un score dépassant 90% était considéré comme une observance optimale. Le cas échéant, les dossiers médicaux ont été examinés pour obtenir des informations sur la suppression virale.

Dans les deux pays, l'observance du ARV auto-signalée était élevée. Au Maroc, 93,8% (270/ 300) et 92.1% (58/63) des participants indiquent une observance optimale. Au Liban, 98,4% (62/63) des participants ont subi un test de leur charge virale en 2017 et en 2018; 82,5% (52/63) des participants ont eu une suppression de charge virale (<1000 copies/mL). Toutefois, toutes les mesures de CD4 ont été effectuées avant 2018, ce qui montre des problèmes de régularité du dépistage et du suivi.

Dans les deux pays, les personnes vivant avec le VIH et les membres du personnel de santé ont mis en exergue l'importance du soutien psychologique et des services psychologiques dans l'observance du traitement, y compris la préparation psychologique au traitement et aux éventuels effets secondaires avant le lancement du TAR. Au Maroc, 68% (204/300) des participants ont été avisés par leur fournisseur de soins de santé des effets secondaires possibles.

Même s'ils ont reçu des informations sur le TAR, plusieurs participants sentent qu'ils n'avaient pas le pouvoir total pour prendre leurs propres décisions sur le lancement du traitement. Au Maroc, 79,6% (239/300) ont affirmé que leur fournisseur de soins de santé ne leur a pas accordé assez de temps pour décider si oui ou non ils étaient prêts à commencer le TAR et 27% (82/ 300) ont estimé qu'il était difficile de poser au fournisseur des soins de santé des questions à propos de certains aspects qu'ils n'avaient pas compris..

Au Liban, 95% (60/63) ont assuré que leur fournisseur de soins de santé les a informés des éventuels effets secondaires du TAR. Seuls 47,6% (30/63) des participants ont indiqué que leur fournisseur de soins de santé leur a donné assez de temps pour décider s'ils étaient prêts à entamer le TAR, même si 77,7% (49/63) étaient d'accord qu'il était facile de poser à leur fournisseur de soins de santé des questions sur des sujets qu'ils n'avaient pas compris.

Dans les deux pays, après avoir reçu des conseils et un soutien psychologique, les participants ont signalé des taux élevés d'observance, ce qui montre l'importance de la santé mentale dans le cadre des services VIH. La plupart des participants ont évoqué la valeur des conseils et des groupes de soutien pour l'observance du traitement et pour commencer et maintenir des pratiques saines.

> *Ce genre de choses –c.-à-d. la discrimination- nous l'avons toujours vécu; il est devenu normal pour moi de souffrir de tous les types de discrimination*

dans les structures de santé. Que cela vienne de l'officier de sécurité ou des membres du personnel de santé.

Une personne vivant avec le VIH, 39 ans, diagnostiquée en 2003.

Stigmatisation et Discrimination des personnes vivant avec le VIH

La peur d'être stigmatisé et de faire l'objet de discriminations peut affecter l'intégration des personnes vivant avec le VIH dans la communauté et la manière dont elles mènent leurs activités quotidiennes. La stigmatisation peut empêcher les personnes vivant avec le VIH d'avoir accès à des services qui pourraient sauver leur vie (29) puisque certains membres du personnel de santé peuvent traiter ces personnes d'une façon négative et discriminatoire, influencés en cela par l'opinion de la population générale (30).

Dans les deux pays, la stigmatisation intériorisée était courante parmi les personnes vivant avec le VIH. Au Maroc, 61% (183/300) ont affirmé s'être reprochés à plus d'une occasion d'avoir contracté le VIH, et 35,6% (107/300) ont décidé à plusieurs reprises de ne plus voir les membres de leur famille et leurs amis. Au Liban, 54%(34/63) ont aussi indiqué se reprocher à plus d'une occasion d'avoir contracté le VIH, 25,4% (16/ 63) se le sont reprochés au moins une fois et 20,6 % (13/63) ont décidé d'éviter de rencontrer les membres de leur famille et leurs amis à une occasion au moins.

Rétention dans les soins

Au Maroc, les commérages sont le genre de stigmatisation le plus courant. En effet, 31,7% (95/ 300) des participants ont indiqué avoir été sujet aux commérages plus d'une fois et 7% (21/300) au moins une fois. En général, 16,3% (49/300) des participants ont subi un harcèlement verbal, des insultes, et des menaces à plus d'une reprise, et 3% (9/ 300) au moins une fois. De multiples agressions physiques ont également été signalées par 5,7% (17/300), et 1,3% (4/300) des participants ont été agressés au moins une fois.

Je travaille comme bénévole dans une organisation qui sensibilise le public. Les gens doivent savoir que le VIH n'est pas une maladie mortelle et que les personnes qui vivent avec le VIH peuvent mener une vie normale aussi

une personne vivant avec le VIH, 44 ans, diagnostiquée en 2011, Maroc.

Au Liban, être le sujet des commérages représente la forme principale des stigmatisations, 22,2% (14/ 63) des participants ont fait l'objet de commérages à plus d'une occasion et 19,1% (12/ 63) en ont fait l'objet au moins une fois. Le harcèlement oral et les insultes ont été signalés par 6,4% (4/ 63) plus d'une fois et par 20.6% (13/ 63) au moins une fois. Des agressions physiques multiples ont été signalées par 1,6% (1/63) des participants, et par 3,7 % (2/63) à qui c'est arrivé au moins une fois.

Au Maroc, les personnes vivant avec le VIH ont fait l'objet de manière répétitive à la stigmatisation, la stigmatisation et à la violation de la confidentialité quand elles cherchaient des services de soins de santé ; On a refusé l'accès aux soins de santé à 16% (48/ 300) à cause de leur séropositivité alors que 10% (30/300) des participants ont été insultés/offensés quand ils parlaient à leur fournisseur de soins de santé, et 17% (51/300) des participants ont fait savoir que leur fournisseur de soins de santé avait révélé leur séropositivité sans leur consentement.

Au Liban, 6,4% (4/63) des participants ont affirmé qu'on leur a refusé l'accès aux soins de santé à cause de leur séropositivitéet 15,9% (10/63) ont eu un fournisseur de soins de santé qui a dévoilé leur séropositivitésans leur consentement. En revanche, certaines personnes vivant avec le VIH au Liban ont apprécié l'occasion qui leur a été donnée d'avoir accès à une structure de santé où la stigmatisation n'était pas pratiquée même si quelques fois elles ont subi des actes discriminatoires parmi la communauté VIH.

Quand je vais prendre mes médicaments du National AIDS Program, et que je suis maltraité par les autres, pas par l'employé mais par les autres personnes séropositives, c'est très ennuyeux. Mais c'est OK. Je suis trans et fier.

- 24 ans, diagnostiqué en 2016

Aussi bien les professionnels de santé que les personnes vivant avec le VIH ont proposé la formation et la participation de la communauté comme moyens pour lutter contre la stigmatisation et le recrutement des personnes vivant avec le VIH et les membres de populations clés comme assistants et supporters-pairs pour améliorer l'état des services et éliminer la stigmatisation, telle qu'ils l'ont évoquée.

4 RECOMMANDATIONS

- Consolider les programmes de communication et de dépistage qui encouragent les personnes à se faire tester et se faire prendre en charge rapidement, puisque la plupart des personnes vivant avec le VIH n'ont pas été testées avant de commencer à avoir des symptômes associés au VIH.

- Fournir des tests de CD4 et de charge virale à titre gratuit, conformément à la recommandation de l'OMS.

- Décentraliser les services VIH et les rendre disponibles dans tout le pays, y compris dans les régions reculées et rurales.

- Simplifier l'accès au CD4, ARV, tests de charge virale et éliminer les retards non-nécessaires pour l'obtention des résultats.

- Fournir un **soin de santé intégré et holistique sans frais pour l'utilisateur** (services de prévention, de dépistage et de soins pour VIH, pour les co-morbidités courantes, les maladies opportunistes, la santé sexuelle et reproductive, y compris l'accès à la contraception, aux préservatifs, aux lubrifiants, aux vaccins VHB et HPV, réduction des dommages (par ex. accès aux seringues et aiguilles propres, thérapie de substitution aux opiacés) et soutien social, etc.

- Les femmes– particulièrement celles en âge de procréer –ont besoin que les services de santé sexuelle et reproductive soient disponibles avec les soins VIH.

- Former les membres du personnel de santé aux lignes directrices et politiques de l'OMS dans leur pays respectif pour le traitement et les services et les façons de les fournir– particulièrement ceux qui travaillent dans les hôpitaux publics, afin qu'ils soient au courant du dosage des traitements disponibles, la réalisation d'autres services ainsi que la stratégie du programme national de lutte contre le SIDA et les objectifs nationaux.

- Améliorer la qualité des services VIH dans les hôpitaux publics, particulièrement le temps d'attente pour les personnes vivant avec le VIH, en recrutant plus de fournisseurs de soins de santé et de techniciens de laboratoire afin de réduire la charge de travail.

- Mettre en place des et des mécanismes de contrôle pour pouvoir évaluer, faire le suivi et traiter tout cas de stigmatisation et de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH, tout en assurant une participation importante des personnes vivant avec le VIH à ces activités.

- Garantir la coopération de la société civile, des militants SIDA/VIH et des programmes nationaux de lutte contre le SIDA afin d'assurer le plaidoyer de politiques non-discriminatoires pour les personnes vivant avec le VIH, particulièrement les populations clés.

5 REFERENCES

(1) Lignes Directrices Unifiées Relatives À L'utilisation De Médicaments Antirétroviraux Pour Le Traitement Et La Prévention De L'infection A Vih ;Lien: Https://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/Handle/10665/206448/9789241509893_Fre.Pdf?Sequence=1

(2) Traiter Tout Le Monde Tous: Adoption De La Politique Et Etat De Mise En Oeuvre Dans Les Pays Juillet 2017. Disponible Sur: Https://www.Who.Int/Hiv/Pub/Arv/Treat-All-Uptake/En/

(3) Aidsinfo | Unaids [Internet]. [Cité 16 Oct. 2019]. Disponible Sur: Http://Aidsinfo.Unaids.Org/

(4) Burkina Faso, Côte D'ivoire, République Dominicaine, Honduras, Indonésie, Kenya, Kyrgyzstan, Ouganda, Ukraine, Vietnam, Zambie, Zimbabwe, Liban Et Maroc

(5) Afrique De L'est, Europe De L'est Et Asie Du Centre, Amérique Latine Et Caraïbes, Moyen Orient, Asie Du Sud, Sud De L'afrique, Et Afrique De L'ouest

(6) Rapport De L'onusida Sur Le Sida Dans La Région Du Moyen Orient Et Afrique Du Nord 2011. Lien: Https://www.Unaids.Org/Sites/Default/Files/Media_Asset/Jc2257_Unaids-Mena-Report-2011_En_1.Pdf

(7) Les Communautes Au Centre : Defendre Les Droits, Casser Les Barrieres, Faire Parvenir Le Service Vih Aux Personnes Lien:Https://www.Unaids.Org/Sites/Default/Files/Media_Asset/2019-Global-Aids-Update_En.Pdf

(8) Association De Lutte Contre Le Sida, Rapport Des Activités 2018, Lien: Https://www.Alcs.Ma/Wp-Content/Uploads/2018/09/Rapport-Dactivite%Cc%81.Compressed.Pdf

(9) Http://Aidsinfo.Unaids.Org/

(10) Http://Data.Unaids.Org/Pub/Report/2008/Jc1348_Morocco_Response_Highlights_En.Pdf

(11) Abacavir (Abc), Didanosine (Ddi) Lopinavir/ Ritonavir (Lpv/R), Nevirapine (Nvp), Tenofovir (Tdf), Tenofovir/ Emtricitabine (Tdf/Ftc), Efavirenz (Efv), Lamivudine (3tc), Darunavir (Drv), Dolutegravir (Dtg).

(12) Source: Données Sur Le Maroc De L'onusida Https://www.Unaids.Org/En/Regionscountries/Countries/Morocc Maroc [Internet]. [Cité 2 Nov. 2019]. Lien, Https://www.Unaids.Org/En/Regionscountries/Countries/Morocco

(13) Homophobie Sponsorisee Par L'etat, 13e Edition Th 2019, Lucas Ramón Mendos, Lien: Https://Ilga.Org/Downloads/Ilga_State_Sponsored_Homophobia_2019.Pdf

(14) Ministère De La Santé Publique, Rapport Sur Le Vih 2018, Lien: Https://www.Moph.Gov.Lb/En/Pages/2/4000/Aids

(15) Atlas Des Populations Clés, Onusida, Lien: Http://Www.Aidsinfoonline.Org/Kpatlas/#/Home

(16) Ministère De La Santé Publique, Rapport Sur Le Vih 2018, Lien: Https://www.Moph.Gov.Lb/En/Pages/2/4000/Aids

(17) Abamune, Condine, Dolutegravir, Efavir, Genvoya, Kaluvia, Nevimune, Vicondine, Viraday, Viread

(18) Https://Aidsinfo.Unaids.Org

(19) Https://Aidsinfo.Unaids.Org

(20) Homophobie Sponsorisee Par L'etat, 13e Edition Th 2019, Lucas Ramón Mendos, Lien: Https://Ilga.Org/Downloads/Ilga_State_Sponsored_Homophobia_2019.Pdf

(21) Onusida (2018). Savoir C'est Pouvoir: Connaître Son Statut Sérologique, Connaître Sa Charge Virale Lien : Https://www.Unaids.Org/Sites/Default/Files/Media_Asset/Jc2940_Knowledge-Is-Power-Summary_Fr.Pdf

(22) Iedea And Art Cohort Collaborations (2014). Immunodeficiency At The Start Of Combination Antiretroviral Therapy In Low-, Middle-, And High-Income Countries. Jaids 55(1): E8-16.

(23) Le Vih À Un État Avancé Est Défini Comme Un Comptage De Cd4>200 Cellulesµ/L. Voir: Waldrop, G., Doherty, M., Vitoria, M., Ford, N. (2016). Stable Patients And Patients With Advanced Disease: Consensus Definitions To Support Sustained Scale Up Of Antiretroviral Therapy. Trop Med Int Health 21(9): 1124-30.

(24) Lignes Directrices Pour La Prise En Charge Du Stade Avancé De La Maladie À Vih Et L'initiation Rapide Du Traitement Antirétroviral, Juillet 2017. Genève: Organisation Mondiale De La Santé; 2017. Lien: Https://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/Handle/10665/255886/Who-Hiv-2017.18-Fre.Pdf?Sequence=1&Isallowed

(25) Linkage To Hiv Care [11 Février 2020]. Lien: Https://www.Hiv.Uw.Edu/Pdf/Screening-Diagnosis/Linkage-Care/Core-Concept/All

(26) Defining Linkage To Care Following Human Immunodeficiency Virus (Hiv) Diagnosis For Public Health Monitoring In Europe, [29 Nov.2018]. Lien: Https://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pmc/Articles/Pmc6280421/

(27) Communique De Presse; La Balance A Penché – Onusida Annonce Que 19,5 Millions De Personnes Restent En Vie Grâce Aux Traitements Et Le Taux De Mortalité Due Au Sida A Été Divisé Par Deux Depuis 2005, Source Https://www.Unaids.Org/Fr/Resources/Presscentre/Pressreleaseandstatementarchive/2017/July/20170720_Pr_Global_Aids_Update_2017

(28) Lignes Directrices Pour La Prise En Charge Du Stade Avancé De La Maladie À Vih Et L'initiation Rapide Du Traitement Antirétroviral, Juillet 2017. Genève: Organisation Mondiale De La Santé; 2017. Lien: Https://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/Handle/10665/255886/Who-Hiv-2017.18-Fre.Pdf?Sequence=1&Isallowed

(29) Alliance Du Sida Et Des Droit Pour Le Sud De L'afrique (Arasa) (2016) 'Hiv, Tb And Human Rights In Southern And East Africa: Report 2016'

(30) Ahsan Ullah, A.K.M. (2011) 'Hiv/Aids-Related Stigma And Discrimination: A Study Of Health Care Providers In Bangladesh' Jiapac 10(2):97-104

L'enquête mondiale de ITPC
fait partie de "Watch What Matters"
une initiative de surveillance et de recherche
menée par la communauté pour recueillir
des données sur l'accès et la qualité du
traitement anti-VIH dans le monde.

Pour en savoir plus, visitez
watchwhatmatters.org

itpcglobal.org

ITPC INTERNATIONAL TREATMENT PREPAREDNESS COALITION

ITPC INTERNATIONAL TREATMENT PREPAREDNESS COALITION MENA

Watch What Matters

marsa Sexual Health Center