



**Réunions de l'IAS Educational Fund  
Du 15 au 17 mars 2017  
Casablanca, Maroc**

**"Une réponse scientifique au VIH en Afrique du Nord :  
Traduire les bonnes pratiques dans la mise en place de  
politiques"**

**RAPPORT FINAL**



# Sommaire

---

Remerciements .....	3
Liste des acronymes .....	4
Synthèse .....	5
Jour 1 – Atelier : Les apports et les faits majeurs de la conférence 2016 sur le Sida de l'IAS (mercredi 15 mars) .....	5
Jour 2 – Séminaire scientifique : De la théorie à la pratique : Comment traduire les avancées scientifiques en actions concrètes ? (jeudi 16 mars) .....	5
Jour 3 : Rencontre Experts et décideurs : Appel à l'action (vendredi 17 mars) .....	5
Contexte.....	6
Rapport détaillé de l'événement .....	7
Jour 1 : Atelier : Apports et Faits majeurs de la 21ème Conférence Internationale sur le Sida (AIDS 2016) de Durban (mercredi 15 mars) .....	7
Introduction :.....	7
Le contexte régional du Maghreb sur la réponse au VIH (prévention, amélioration de la cascade de soins, environnement opérationnel, rôle de la société civile) .....	11
Groupes de travail : « Définition des priorités ».....	14
Conclusion - M. Karkouri (ALCS) .....	15
Jour 2 : Séminaire scientifique - De la théorie à la pratique : Comment traduire les avancées scientifiques en actions concrètes ? (jeudi 16 mars) .....	16
Introduction.....	16
Les principales recommandations de l'OMS sur le conseil et le dépistage du VIH .....	16
Comment améliorer l'intervention sur l'environnement ?.....	22
Conclusion du deuxième jour – Amal Benmoussa (ALCS, Maroc).....	25
Jour 3 : Appel à l'action (vendredi 17 mars) .....	27
Groupes de travail : Établir un plan d'action régional et définir les mécanismes de suivi dans l'identification des domaines prioritaires .....	27
Synthèse des actions prioritaires et les étapes suivantes .....	30
Conclusion .....	31
Évaluation .....	32
Annexes .....	33
Agendas:.....	33
Agenda du jour 1 : 15 mars 2017 .....	33
Agenda du jour 2 : 16 mars 2017 .....	33
Agenda du jour 3 : 17 mars 2017 .....	34

*Ce rapport a été développé en collaboration avec l'Association de Lutte Contre le Sida. Les opinions exprimées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'International AIDS Society.*

# Remerciements

---

La série de réunions de l'IAS Educational Fund a été organisée en collaboration avec l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS). L'ALCS souhaiterait exprimer sa reconnaissance aux laboratoires GILEAD et ViiV Healthcare pour leur soutien financier qui a permis l'organisation de ces réunions.

Cet événement était également soutenu par Coalition PLUS, qui lutte contre le VIH et les hépatites partout dans le monde.

Enfin, l'ALCS voudrait remercier tous les animateurs, les participants, les organisations qu'ils représentent, d'avoir enrichi ces réunions par leurs connaissances et leurs expertises et d'avoir contribué au succès de cet événement.

## Liste des acronymes

---

ADVIH	Autotest de Dépistage du VIH
ALCS	Association de Lutte Contre le Sida
CNDH	Comité National des droits de l'homme
CV	Charge Virale
FMLS ou FMLSTP	Fond Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HSH	Homme(s) ayant des rapports Sexuels avec un (des) autre(s) Homme(s)
HTS	HIV testing and counselling services (Services de conseil et de dépistage du VIH)
IAS	International AIDS Society
IST	Infections sexuellement transmissibles
MENA	Middle East and North Africa (Moyen-Orient et Afrique du Nord)
MS	Ministère de la Santé
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ONG	Organisation non gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisations de la Société Civile
PC	Populations clés
PCR	Polymerase Chain Reaction (réaction en chaîne par polymérase)
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PS	Professionnel(le)s du Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PUDVI	Personnes Usagères de Drogues par Voie Injectable
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
TasP	Treatment as Prevention (Traitement comme prévention)
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique

# Synthèse

---

La troisième série de réunions de l'IAS Educational Fund s'est déroulée au Maroc, à Casablanca les 15, 16 et 17 mars 2017. Leurs objectifs étaient de fournir aux participants les dernières avancées scientifiques concernant le VIH et d'aider à traduire ces bonnes pratiques dans la mise en place de politiques concrètes en Afrique du Nord.

Cet événement se divisait en trois journées de séminaires, atelier, groupes de travail et discussions, qui se répartissaient de la manière suivante:

## **Jour 1 – Atelier : Les apports et les faits majeurs de la 21<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le Sida (AIDS 2016) de Durban (mercredi 15 mars)**

Le premier jour a été dédié au passage en revue des faits majeurs et des principales recommandations de la 21<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le Sida (AIDS 2016) qui s'est tenue en Afrique du Sud, à Durban, en juillet 2016. Les participants devaient échanger sur la conférence de Durban et discuter de ses apports les plus significatifs, en liant avancées scientifiques et nouvelles stratégies. Cette première journée était également dédiée à la présentation des contextes nationaux de la lutte contre le VIH en Algérie, Mauritanie, Tunisie et au Maroc. Chaque pays a fourni une analyse de leur lutte contre le VIH, en précisant la situation de leur pays sur la prévention, la cascade de soin du patient, l'intervention sur l'environnement et le rôle de la société civile. Les participants ont aussi constitué des groupes de travail dans le but de définir les priorités en termes de prévention innovante, d'amélioration de la cascade de soin, d'intervention sur l'environnement et d'implication de la société civile.

## **Jour 2 – Séminaire scientifique : De la théorie à la pratique : Comment traduire les avancées scientifiques en actions concrètes ? (jeudi 16 mars)**

Le deuxième jour a consisté en un séminaire. L'objectif de cette journée était de trouver des moyens pour traduire les progrès scientifiques en mesures concrètes, en se basant sur les priorités qui avaient été défini au cours de la première journée.

Le séminaire commença par un tour de table sur le dépistage du VIH et les services de dépistage du VIH. Des présentations sur les sujets suivants ont été délivrées : recommandations sur les services de dépistages du VIH (OMS), l'expérience marocaine sur l'emploi de prestataires communautaires pour le dépistage du VIH, un guide des bonnes pratiques de dépistage du VIH au Maghreb. Cela a été suivi par un panel de discussion sur la prophylaxie pré-exposition (PrEP) comme exemple de prévention innovante. Les participants ont aussi échangé lors d'une table ronde sur la création d'un environnement favorable à des interventions (au regard des programmes de prévention sur les populations clés et du cadre juridique), durant laquelle ils ont présenté leurs travaux, et discuté des moyens à employer pour renforcer leurs capacités.

## **Jour 3 – Rencontre Experts et décideurs : Appel à l'action (vendredi 17 mars)**

Lors du troisième jour, se sont réunis des experts et des parties prenantes. Cette réunion était dédiée à la mise en place d'un plan d'action comprenant des mesures concrètes, des propositions et des politiques. L'objectif étant de les mettre en place dans les deux prochaines années dans les différents pays représentés durant ces trois jours. La journée consistait à résumer les deux premières journées qu'ont suivi les groupes de travail sur les moyens innovants de renforcer les Services de dépistage du VIH et les cascades de soin, la mise en œuvre d'un environnement propice et favorable à des interventions et comment renforcer le rôle de la société civile. La rencontre s'est terminée par la consolidation des résultats obtenus par les groupes de travail, leurs discussions, le résumé des actions prioritaires et les prochaines étapes à accomplir dans la lutte contre le VIH dans la région.

## Contexte

---

L'International AIDS Society est la plus grosse association de professionnels du VIH au monde. Elle défend et met en œuvre des mesures et des programmes afin de réduire l'impact global du VIH à travers le monde.

En 2016, l'IAS a lancé un nouveau programme appelé « the IAS Educational Fund » qui a pour vocation de résorber l'écart existant entre la recherche scientifique sur le VIH et les actions concrètes. Cet écart reste l'un des principaux défis à relever pour répondre de manière plus efficace à l'épidémie du VIH.

Dans cette perspective, l'IAS Educational Fund organise des rencontres régionales. Elles sont l'occasion d'échanger sur les avancées de la recherche scientifique et sur comment utiliser ces avancées dans la pratique, selon la situation locale de l'épidémie, les contextes et les expériences passées. Par conséquent, les participants discutent des stratégies à adopter afin de réduire l'écart entre les théories scientifiques et la mise en œuvre de programmes.

Avant les réunions organisées au Maroc, l'IAS Education Fund a organisé des rencontres au Nigeria en octobre 2016 et au Sénégal en novembre 2016.

La troisième série de rencontres de l'IAS Educational Fund à Casablanca, au Maroc, a été organisée en collaboration avec l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS). Les rencontres ont eu lieu entre le 15 et le 17 mars 2017 à Casablanca et étaient intitulées « Une réponse scientifique au VIH en Afrique du Nord – Traduire les bonnes pratiques dans la mise en place de politiques ».

Les trois jours de rencontres ont réuni des experts sur les enjeux du VIH et du sida (cliniciens, décideurs politiques, membres d'organisations de la société civile, fournisseurs de services...) Les participants ont échangé sur les connaissances scientifiques les plus récentes et sur leurs utilisations. Les sujets principaux portaient sur la prévention du VIH, les nouvelles stratégies, le dépistage et le traitement, l'amélioration de la cascade de soins, le rôle de la société civile et l'amélioration de l'environnement d'intervention.

Cet événement à Casablanca a été l'occasion de partager les recommandations faites lors de la Conférence Internationale sur le Sida de Durban auprès des intervenants régionaux qui n'y avaient pas participé. De plus, ces rencontres ont également été l'occasion d'échanger sur les bonnes pratiques et les expériences réussies mises en place en Afrique du Nord, grâce à la présence d'acteurs régionaux du secteur de la santé, d'ONGs et d'associations communautaires de Mauritanie, de Tunisie, et d'Algérie. En effet, ces pays partagent des profils épidémiologiques, sociaux et des contextes culturels similaires. Ces rencontres étaient aussi importantes car le partage d'expériences ne se limitait pas au plan médical et scientifique, mais intégrait également les expériences et les points de vue des communautés et des activistes.

Enfin, cet événement eu lieu dans un contexte où les financements alloués à la lutte contre le sida diminuent. En effet, les bailleurs et les décideurs politiques se désintéressent des enjeux du VIH en raison du faible taux de prévalence dans la région. Cependant, la question du sida demeure très préoccupante et un défi majeur pour l'Afrique du Nord, comme partout ailleurs.

# Rapport détaillé de l'événement

---

## **Jour1 : Atelier : Apports et faits majeurs de la 21ème Conférence Internationale sur le Sida (AIDS 2016) à Durban (mercredi 15 mars)**

**Thèmes :** Retour sur la situation du sida en 2016 et le contexte de la lutte contre le sida au Maghreb.

**Animé par :** Hakima Himmich (ALCS président) ; Co-animé par : Bruno Spire (IAS)

Le premier jour de cet échange régional de l'IAS avait pour vocation de présenter le contexte de ces réunions : d'une part, l'objectif de cette journée était de présenter les avancées scientifiques, et de partager les recommandations provenant de la conférence de Durban. D'autre part, cette journée avait pour but de présenter les différents contextes nationaux de la lutte contre le sida dans les pays du Maghreb et de définir les priorités des actions à venir.

### *Introduction :*

Le professeur Hakima Himmich, Présidente de l'ALCS, dit quelques mots de bienvenu et introduisit brièvement la réunion. Elle mentionna les éditions précédentes de l'IAS Educational Fund (d'Abuja au Nigéria et de Dakar au Sénégal). Puis elle exposa le principal objectif qui était : « Comment améliorer notre environnement opérationnel ? »

Andrea Nannipieri, responsable de la stratégie et de la planification pour l'IAS, dit aussi quelques mots de bienvenu et remercia le partenaire de l'atelier, ViiV Healthcare.

Pour terminer cette introduction, chaque participant se présenta ainsi que l'organisation qu'ils représentaient.

### *a) Les apports de Durban (Mehdi Karkouri – ALCS)*

Mehdi Karkouri présenta la situation des services de dépistage du VIH avant et après la conférence de Durban. Dans cette présentation, il rappela aux participants les principales recommandations de l'OMS et quelques leçons tirées de la conférence de Durban, comme la mise en place de propositions qui proviennent d'expériences de terrains.

Pour commencer, il évoqua rapidement les principales recommandations de l'OMS, érigées un an avant la conférence de Durban, sur « les services de dépistage du VIH » comme un ensemble de services non-dissociables. L'OMS actualisa particulièrement toutes ses recommandations concernant le dépistage du VIH et les services de conseil, puis les compila dans un même document. L'OMS appela à des modifications des pratiques à la lumière des avancées scientifiques. L'OMS recommanda aussi d'opter pour des stratégies de simplification améliorant la qualité et le rendement des services.

Puis, M. Karkouri présenta les apports de la conférence de Durban qui s'est tenue du 18 au 22 juillet 2016. Lors de cette conférence l'accent a été mis sur les « 5C », Confidentialité, Consentement, Conseil, résultats Correct, Connexion/lien avec la prévention, les soins et le traitement. Cette conférence marqua aussi l'émergence des « prestataires communautaires » pour réaliser le dépistage du VIH, qui correspond à un service fourni par des prestataires formés qui n'ont pas de compétences médicales antérieures. Cette stratégie a réussi partout où elle a été mise en œuvre, malgré la réticence de certains gouvernements à l'emploi d'un personnel non médical pour réaliser les services de dépistage du VIH, ou à l'ouverture aux autotests dans certains contextes. Il souligna également certaines faiblesses : le premier des trois 90% est difficilement atteignable où que ce soit dans le monde, mais particulièrement au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA) qui est une des régions qui connaît le taux le plus faible de dépistage du VIH. Par conséquent, des préconisations ont émergé de la conférence comme la mise en place de nouvelles stratégies innovantes (via les réseaux sociaux, des

approches combinées...), faciliter l'accès à l'autotest et développer le dépistage du VIH par des prestataires communautaires.

Un rapport supplémentaire de l'OMS sur le dépistage du VIH, réalisé en novembre 2016, insista sur « l'auto-dépistage et la notification des partenaires ».

Les principaux points abordés par M. Karkouri au cours de sa présentation étaient les suivants :

- **90-90-90** : Pour le premier 90, comment l'atteindre en 2020 ? Le dépistage est encore réalisé trop tard, particulièrement chez les patients co-infectés par d'autres maladies.
- **Le dépistage par les prestataires communautaires** : Pour atteindre ces 90%, le dépistage par du personnel non médical est nécessaire. Il est encore trop peu pratiqué, alors qu'il peut participer à la réduction du dépistage tardif de l'infection.
- **La notification des partenaires** : Des préoccupations sur des abus et des dépistages inappropriés voir forcés ont été évoqués.
- **Dépistage rapide** : En Mauritanie, trois dépistages sont couramment réalisés. Il a été recommandé de n'en conduire que deux en raison des ressources financières limitées et du faible taux de prévalence du VIH.
- **Auto-dépistage** : Les autotests doivent être favorisé (avec ou sans assistance suivant le niveau d'instruction des patients). Ils doivent aussi être reliés au circuit de soins du patient. Des méthodes innovantes doivent être employées.
- **Counseling** : Le counseling pré-test doit être allégé surtout pour les bénéficiaires qui sont bien informés sur le VIH et le sida. En revanche, il faut renforcer le counseling post-test pour réduire l'attrition des patients qui ont besoin d'être suivi.
- **Les perdus de vue** : Plusieurs expériences ont été mises en œuvre pour éviter les perdus de vue dans la prise en charge, allant de l'accompagnement physique, l'envoi de SMS pour rappeler des rendez-vous, à l'aiguillage des patients. **Un service unique incluant dépistage, confirmation et introduction au traitement devrait être proposé.**

#### *b) Retour sur la Conférence Internationale sur le Sida de Durban – Bruno Spire, IAS*

Bruno Spire fit un bilan général de la conférence de Durban. Puis, dans une présentation plus détaillée, il parla des avancées depuis les recommandations faites lors de la conférence AIDS 2016, des nouveaux traitements, des résultats des études menées depuis Durban, des problèmes non résolus, des nouveaux enjeux.

Il commença par insister sur les faits majeurs de la conférence comme la participation de nombreux représentants africains, la présence et la visibilité des activistes (particulièrement celle des professionnel(le)s du sexe) et les changements de discours lors de l'évocation des financements.

Il traita différents sujets qui peuvent être répertoriés de la manière suivante :

- **Recherche fondamentale** : Concernant un vaccin, la troisième phase d'une étude qui a eu lieu en Afrique du Sud a incité l'industrie pharmaceutique à s'engager et à allouer des ressources en sa faveur (Jansen par exemple). B. Spire a aussi souligné les nouveaux concepts utilisés en termes de vaccination, comme les anticorps neutralisant à large spectre qui sont efficaces sur plusieurs souches du virus. Sur les traitements du VIH (éradication et rémission du VIH), l'objectif est de purger les réservoirs latents du virus. Un autre type de traitement a été suggéré : la thérapie génique.

- **Amélioration des soins:** Il souligna l'émergence des nouveaux médicaments antirétroviraux qui sont moins toxiques, plus efficaces, et qui présentent moins d'interactions avec d'autres traitements.
- **Stratégie de dépistage et de traitement :** La connaissance acquise sur les cohortes par le biais des résultats de l'essai START permis l'adoption d'une stratégie de dépistage et de traitement en Amérique du Sud et partout dans le monde.
- **Les nouvelles recommandations de l'OMS :** L'OMS recommande le traitement qui est initié sans tenir compte du nombre de CD4, mais certains pays continuent d'appliquer le seuil de 500 CD4, à l'exception des patients co-infectés et certains autres cas spécifiques.
- **Mais il reste des questions non résolues :**
  - Existe-t-il un risque pour les personnes qui refusent une mise sous traitement immédiate ?
  - Les événements cliniques (comme les cancers) qui sont observés chez certains patients de l'essai START sont-ils liés au VIH ou non ?
  - Dans quelle mesure l'Efavirenz engendre-t-il des effets secondaires importants (comme le suicide, la mort de causes inconnues) ?
  - Les inhibiteurs d'intégrase pourraient-ils être utilisés dans le traitement de première ligne au regard de tous leurs avantages et malgré leur coût ? (Ils sont moins toxiques, plus simple d'utilisation et ils présentent moins d'interactions médicamenteuses.)
- **La bithérapie :** Le traitement pourrait-il être réduit ? Cette question a été soulevée par l'agence publique française de recherches sur le sida et les Hépatites virales (ANRS). Actuellement l'utilisation systématique de la trithérapie est largement partagée, mais cela provient de l'efficacité du traitement et des tailles des réservoirs viraux. De plus, certaines études montrent que la double thérapie peut être aussi efficace que la trithérapie et que l'utilisation d'anti-intégrase peut aussi permettre de réduire le traitement. Pour l'instant, la bithérapie n'est toujours pas incluse dans les recommandations, mais elle a commencé à être utilisée dans des protocoles de recherches.
- **Fenêtre thérapeutique :** Expérimenté dans l'essai pilote « 4D », qui consiste à une prise d'antirétroviraux durant quatre jours suivi de trois jours sans traitement. Cela pourrait être un nouveau mode de traitement intéressant mais il doit être confirmé par un essai contrôlé randomisé.
- **Le Traitement antirétroviral par injection à action prolongée** pourrait être utilisé à l'hôpital : Cette alternative pourrait être intéressante pour les jeunes et les patients mobiles (comme les routiers), mais il nécessite encore des études de validation, particulièrement sur l'acceptabilité d'un tel traitement.
- **PrEP :** L'étude IPERGAY a montré que la PrEP est très efficace, elle est très bien tolérée et une utilisation irrégulière des préservatifs durant le traitement n'a pas de gros impact sur la contamination. La PrEP est aujourd'hui totalement remboursée en France. Mais d'importantes problématiques subsistent autour de la PrEP, tel que le diagnostic des autres IST pour les personnes sous PrEP, le développement de PrEP par d'autres voies d'administration (anneaux vaginal, PrEP par voie injectable, implants), ou l'utilisation du Cabotegravir injectable qui pose un problème pharmacocinétique (les molécules restent dans le sang). De plus, les injections intramusculaires sont douloureuses.
- L'essai « **Traitement comme prévention (TasP)** » est assez décevant (pas au niveau individuel) parce qu'il n'y a pas de preuves que ce soient de mauvaises recommandations prodiguées au patient qui ont causé la différence d'incidence à la fin

de l'essai. Une hypothèse pour expliquer cette faible performance est la multiplicité des groupes d'acteurs intervenants dans l'étude.

- **L'objectif 90-90-90** : Dans le but d'améliorer la réponse virale, les personnes séropositives au VIH doivent être traitées immédiatement après avoir été dépistées. L'accès au traitement doit être décentralisé, les ressources humaines doivent augmenter et le suivi des patients doit être renforcé. Au sujet de la prévention biomédicale, l'étude PARTENAIRE a montré que le TasP est une stratégie efficace de prévention. D'après les résultats de l'étude, la diversification des stratégies et l'amélioration du dépistage en cascade sont essentiels pour atteindre le premier 90.
- **Les enjeux liés au financement** : B. Spire a parlé de l'augmentation importante du nombre de personnes vivant avec le VIH mises sous traitement (les diagnostics de VIH ont doublé depuis 2011) et de la baisse de la contribution des bailleurs de fonds. Les pays bénéficiaires devraient participer au financement.
- **Les enjeux de société**: Un mouvement uni contre les lois punitives est en train d'émerger, on accorde davantage d'attention aux discussions sur l'égalité entre les sexes, et des interventions pour réduire les stigmatisations ont été lancées. Mais l'équité à l'accès aux soins et à la prévention est encore un énorme challenge auquel il faut faire face.

Pour conclure, B. Spire insista sur les bénéfices d'une **stratégie de dépistage et de traitement**, les dangers de l'Efavirenz et les bénéfices des inhibiteurs d'intégrase, l'importance des **PrEP et des TasP** dans le but d'atteindre l'objectif des 90-90-90, et le **besoin de recherches fondamentales, de financements, de ressources humaines, de décentralisation, de défense des droits humains et d'implication des communautés**.

Les éléments discutés à la suite de la présentation de B. Spire ont été les suivants :

- Questions sur la thérapie génique: B. Spire répondit que cela dépendra des recommandations pour chacun des pays.
- Question relative aux ARVs : Ils sont moins toxiques, pourrait on changer le traitement des patients qui sont déjà mis sous traitement ? Il répondit qu'actuellement il n'y a pas de réel passage de la trithérapie vers la bithérapie.
- Bien que recommandé en première ligne dans certains pays, le prix pour les inhibiteurs d'intégrase est élevé.

*Le contexte régional du Maghreb sur la réponse au VIH (prévention, amélioration de la cascade de soins, environnement opérationnel, rôle de la société civile)*

*a) Le contexte Algérien – Fatiha Razik (spécialiste des maladies infectieuses, CHU d'Alger et APCS)*

Dans sa présentation, Fatiha Razik présenta une brève analyse de la réponse au VIH après 10 ans de lutte contre le sida en Algérie. Elle a mis en lumière les faiblesses de la réponse au VIH et la faible implication de la société civile.

En Algérie l'épidémie enregistre un faible taux de prévalence sur la population générale (moins de 0,1% de la population est séropositive au VIH). Ce taux se concentre chez les personnes les plus exposées à l'infection du VIH, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) ou les personnes usagères de drogues par voie injectable (PUDVI) (taux de prévalence supérieur à 5%). Le plan stratégique national (PSN) pour 2016-2020 prévoit le renforcement des actions de la prévention combinée et l'intensification des activités de dépistage du VIH, particulièrement chez les populations les plus exposées. Le PSN souligne que la réponse au VIH devrait être basée sur la décentralisation, le suivi et l'évaluation à tous les stades de la réponse.

Plusieurs études de surveillance sentinelle ont estimé un taux de prévalence d'environ 3,5 % chez les professionnels (le)s du sexe (PS). En 2012, une étude bio-comportementale a montré que 92% des PS ont été dépistés au VIH et connaissent leur statut sérologique. Cette étude rapporte aussi que 4,6% des PS vivent avec le VIH. Une autre étude menée en 2014 conclut que la prévention combinée et communautaire était un succès : en 2012, seulement 42% des PS avaient utilisé un préservatif durant leur dernière relation sexuelle, ce taux grimpa à 84% en 2014. Cependant, F. Razik expliqua que les nombreux objectifs poursuivis par l'actuel PSN sont trop ambitieux : par exemple, 85% des HSH devraient avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle en 2020, alors que le taux actuel est de 12%. En termes de résultats, le nombre de personnes réalisant un dépistage a largement augmenté, il a quasiment été multiplié par dix de 2013 à 2014.

F. Razik présenta plus précisément la situation des PUDVI. Dans un centre de dépistage d'Alger, 14% des PUDVI étaient séropositifs au VIH et 51% séropositifs à l'hépatite C. Leur situation est particulièrement inquiétante, mais elle sera davantage détaillée lors d'une présentation qui portera sur les programmes de réduction des risques à Alger qui aura lieu le deuxième jour de cette série de réunions.

Les éléments discutés à la suite de la présentation de F. Razik ont été les suivants :

- Il est nécessaire de recueillir davantage d'informations sur les effectifs des populations clés, sur leur taux de prévalence en menant des études bio-comportementales et en s'appuyant sur des échantillons plus larges afin de collecter des données fiables.
- Au regard de l'analyse politique présentée par F. Razik, les participants ont questionné certaines données officielles. Est-ce certain que 90% des PVVIH en Algérie sont hétérosexuels et si c'est le cas comment la transmission du virus a lieu? F. Razik répondit que les données proviennent de l'institut Pasteur Algérien et qu'il est possible de trouver d'autres données. Mais elle ajouta que généralement les populations clés représentent seulement 1% de la population qui est dépistée dans les centres de dépistage. Elle nota aussi qu'il existe des données contradictoires et qu'il y a un besoin urgent d'obtenir des données fiables afin de fournir une réponse adaptée au VIH en Algérie.

b) *Le contexte Tunisien – Mohamed Chakroun (spécialiste des maladies infectieuses, CHU Monsatir et Président du CCM - Tunisie)*

Mohamed Chakroun présenta le contexte tunisien de la réponse au VIH. La Tunisie enregistre un faible taux de prévalence au VIH (0,014% chez la population générale) et une épidémie concentrée, qui montre en quoi les populations clés (PC) sont importantes dans la lutte contre le sida. La Tunisie a mis en œuvre des programmes de dépistage et de prévention spécifiques pour les PC (mais la PrEP n'est pas encore incluse dans l'offre proposée aux PC). M. Chakroun a aussi exposé les limites de la réponse au VIH, comme un accès à la prévention inadéquate pour les PC et les insuffisances de la cascade de soins. D'autant plus que l'environnement opérationnel n'est pas favorable -les PVVIH sont encore discriminées –en dépit de la campagne de sensibilisation nationale qui eut lieu en 2016. L'environnement social est également un problème : les normes sociales condamnent les rapports sexuels hors mariage et les rapports entre les hommes ; la vulnérabilité socio-économique et le niveau d'éducation chez les PS et les PUDVI ; et les PUDVI sont marginalisés. Ce sont des barrières majeures qui compliquent le dépistage du VIH, les actions de prévention et l'accès aux soins. L'environnement juridique est aussi défavorable car il existe une répression et une criminalisation du commerce du sexe, des relations sexuelles entre hommes et de la consommation de drogues. Au vu de ces défis sociaux, la société civile doit jouer un rôle majeur pour développer la sensibilisation, la prévention et un soutien local.

Les éléments discutés suite à la présentation de M. Chakroun ont été les suivants :

- **La notification d'une personne dépistée positive au VIH** est-elle nécessairement nominative ? M. Chakroun répondit que le dépistage se faisait de manière anonyme mais que la notification aux autorités de santé est nominative tout en restant confidentielle.
- Sur le **rôle de la société civile dans le plaidoyer** : un participant rapporta qu'en Tunisie les avancées des partis politiques sur les droits de l'homme sont plus visibles que le développement des organisations communautaires. M. Chakroun répondit que c'est la société civile qui porta la loi sur la consommation de drogues. De plus, la société civile doit maintenant lutter contre la loi qui discrimine les HSH en criminalisant l'homosexualité en tant qu'orientation sexuelle, et non les pratiques anales.
- Quel est le **taux de prévalence des personnes positives au VIH chez les populations clés** ? Mohamed Chakroun répondit qu'en Tunisie les chiffres sont d'environ 9 000 PUDVI, 28 000 HSH et 48 000 PS. Il a ajouté que la plupart des nouvelles infections diagnostiquées sont chez les populations clés. Pour illustrer ce fait il expliqua que le taux de prévalence du VIH dans les centres de dépistage est d'environ 0,3-0,4 % et que moins de 10% des bénéficiaires font partis des PC.
- Qu'est ce qui empêche la mise en place du dépistage mobile et du **dépistage communautaire** ? M. Chakroun expliqua que les médecins sont favorables au dépistage communautaire et que le plaidoyer se poursuit, mais que la lenteur institutionnelle retarde le dépistage fait par les prestataires communautaires. Au Maroc, grâce aux résultats convaincants de l'étude pilote, le dépistage communautaire est apprécié, particulièrement par les PC qui souffrent de stigmatisation dans les centres de soins publics ; et cette méthode de dépistage va être étendue à l'ensemble du territoire.

c) *Le contexte mauritanien – Djibril Sy (SOS Pairs Éducateurs)*

Djibril Sy présenta la réponse au VIH dans le contexte mauritanien. L'épidémie est très faiblement documentée, le niveau de sensibilisation concernant les risques est bas, tout comme les connaissances de la population sur les modes de transmission et les moyens dédiés à la prévention. Cela engendre des pratiques sexuelles à risques. Le taux de prévalence est assez bas chez la population générale (0,48%), mais plus élevé chez les PC ; une étude montre que le taux de prévalence chez les HSH pourrait être supérieur à 44%. D. Sy parla de l'amélioration de la cascade de soins, du renforcement des services de conseil et

de dépistage pour les proches et l'entourage des PVVIH, et le renforcement du soutien et du suivi des PVVIH.

Concernant la prévention, il dit que la Mauritanie organise des campagnes de sensibilisation et des campagnes publicitaires pour l'utilisation du préservatif, et que l'approche de la « prévention combinée » a été adoptée. Cependant, des faiblesses persistent : le taux de perte de vue des patients reste élevé tout comme celui des échecs thérapeutiques ; le dépistage repose toujours sur la base du volontariat et sous l'initiative des professionnels de santé.

Pour ce qui est de l'environnement opérationnel il existe des barrières : les obstacles religieux pour le dépistage avant le mariage, l'importance des mariages précoces et le non-respect des droits de l'homme, en particulier chez les PC.

Pour conclure, il souligna les éléments positifs : les efforts financiers dans la lutte contre le sida ; et une loi protégeant les PVVIH. Il insista sur le rôle majeur de la société civile pour le plaidoyer et le développement des interventions communautaires.

Les éléments discutés à la suite de la présentation de D. Sy ont été les suivants :

- **Le taux de prévalence chez les HSH** : Est-ce que le taux de 44% de prévalence chez les HSH est toujours d'actualité ? D. Sy répondit que l'échantillon utilisé n'était pas représentatif. Il ajouta qu'il y a peu d'informations sur la population HSH en Mauritanie, la plupart d'entre eux sont bisexuels ou sont des hommes mariés. Les HSH travailleurs du sexe sont mieux informés sur le VIH, davantage que leurs clients.
- Concernant **la stigmatisation des PVVIH**, il existe une loi qui punie la discrimination faite aux PVVIH, mais beaucoup d'entre eux méconnaissent cette loi qui reste souvent inappliquée, donc la protection juridique n'est pas réellement efficace (il n'y a aucun cas de poursuite)
- En Mauritanie, il y a seulement six **centres de soins**, ce qui est clairement **insuffisant** pour un territoire aussi vaste.

*d) Le contexte Marocain – Aziza Bennani (Responsable du département des IST/VIH, ministère de la santé)*

Au Maroc, le taux de prévalence au niveau national est faible (0,11%), mais il est plus élevé chez les PC, comme dans les autres pays présentés précédemment. L'analyse de 2014 sur la cascade de soins montre que 20% des patients sont perdus de vue à cause du délai entre les rendez-vous, l'hésitation après la confirmation du diagnostic etc. A. Bennani proposa une analyse de la situation de la réponse marocaine au VIH. Quelques actions sont déjà en cours: le renforcement des programmes de prévention ; la décentralisation des soins pour les PVVIH ; l'amélioration du taux de couverture par le traitement antirétroviral ; la mise en place d'une stratégie nationale spécifique au VIH et aux droits de l'homme, qui s'exprime particulièrement au travers du PSN 2017-2021 et d'une forte implication au niveau national des politiques dans la réponse au VIH.

Elle souligna l'implication de la société civile et présenta les objectifs du NSP 2017-2021, qui inclut une baisse de 75% du taux de nouvelles infections, une baisse de 60% du taux de mortalité lié au VIH, la réduction des discriminations faites aux PVVIH, l'amélioration de l'accès à un soutien psychosocial, le renforcement de la gouvernance et de la durabilité de la réponse au VIH.

Les éléments discutés à la suite de la présentation d'A. Bennani ont été les suivants :

- **La surveillance sentinelle** s'est arrêté au Maroc en 2012 à cause de problèmes éthiques. Comme la dé-corrélation des échantillons empêche le traçage des patients dépistés positifs au VIH, il était impossible de les informer sur leur statut sérologique et de les diriger vers des soins. Elle a été remplacée par la surveillance des femmes enceintes tout au long de l'année, ce qui s'inscrit dans le cadre de la prévention de transmission mère-enfant (PTME).
- **La perte de vue au cours du suivi des patients** : Le système de référence de soutien et de soins n'est pas efficace. L'OMS recommande l'utilisation du code

d'identification unique mais il y a encore des obstacles à franchir pour l'implanter au Maroc.

*Groupes de travail : « Définition des priorités »*

*a) Groupe 1 : Méthodes innovantes de prévention et amélioration de la cascade de soins du VIH - Lahoucine Ouarsas (ALCS) et Bruno Spire (IAS)*

Ce groupe avait pour vocation de discuter et de faire ressortir les nouvelles méthodes de prévention et les innovations qui pourraient améliorer la cascade de soins du VIH. Le groupe a fait émerger les priorités suivantes :

- Les services de dépistage du VIH et la PrEP doivent être encouragés, particulièrement par le biais des réseaux sociaux (WhatsApp, Facebook, Apps). La mise en œuvre d'une approche basée sur la géolocalisation reposant sur des cartographies valables et d'une approche intégrée de prévention combinée sont aussi suggérées, comme l'utilisation de méthodes incitatives pour la promotion du dépistage du VIH.
- Le dépistage communautaire délivré par des prestataires communautaires devrait être généralisés. Les campagnes de dépistage devraient être renforcées. Des essais pilotes pour appuyer les autotests du VIH et une étude de faisabilité sur la PrEP devraient être réalisés.
- La stratégie de confirmation de dépistage rapide a besoin d'être clarifiée.
- Le suivi et le traçage des patients perdus de vue au cours du suivi devraient être renforcés.

*b) Groupe 2 : Amélioration de l'environnement opérationnel et du rôle de la société civile - Vincent Pelletier (Coalition PLUS Internationale Sida) et Mehdi Karkouri (ALCS)*

Ce groupe échangea sur l'amélioration de l'environnement et sur l'implication de la société civile dans la réponse au VIH. Les points principaux sont les suivants:

- **Les principales barrières environnementales** identifiées par le groupe sont : la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et des PC, la criminalisation des PC, et la dépendance aux financements internationaux.
- **La société civile occupe un rôle majeur dans les domaines et sujets suivants** : le plaidoyer, le renforcement des capacités des acteurs clés, la définition des rôles entre les gouvernements et la société civile, l'innovation, la facilitation de l'accès aux interventions communautaires, l'évaluation des politiques publiques, et la dénonciation des violations des droits humains.

Les principales priorités identifiées par le groupe de travail d'après ces barrières sont :

- **Agir sur l'environnement social**, en sensibilisant à la nécessité de se conformer à une approche basée sur les droits, en augmentant la sensibilisation auprès de la population générale et en s'associant avec des responsables religieux pour bâtir une image positive des PVVIH.
- **Agir sur les acteurs clés**, plus particulièrement les professionnels de santé, les avocats et les policiers.
- **Agir sur l'environnement juridique**, faire du lobbying pour supprimer les lois criminalisant les populations clés et les lois qui discriminent les PVVIH, tout en s'assurant que les lois qui les protègent soient renforcées.

*Conclusion - M. Karkouri (ALCS)*

Pour conclure la première journée de discussion, M. Karkouri répertoria les points principaux qui ont émergé de l'atelier. Il insista sur **l'importance d'utiliser des moyens innovants et adaptés pour dépister** les populations clés et sur **le rôle majeur de la société civile**. Il rappela les recommandations principales formulées au cours de la journée, particulièrement **la nécessité de rapprocher les soins des populations et d'agir sur l'environnement juridique et social**. Enfin, il souligna le fait que **ce travail doit être fait en impliquant tous les acteurs pertinents**.

## **Jour 2 : Séminaire scientifique - De la théorie à la pratique : Comment traduire les avancées scientifiques en actions concrètes ? (jeudi 16 mars)**

**Thème :** Les actions prioritaires en Afrique du Nord

**Animé par :** Kamal Marhoum El Filali (spécialiste des maladies infectieuses CHU de Casablanca)

**Co-animé par :** Fatiha Razik (spécialiste des maladies infectieuses CHU d'Alger et APCS)

La seconde journée de réunions avait pour objectif de définir, suite aux dernières avancées scientifiques, les actions concrètes qui peuvent être mises en œuvre pour rendre plus efficace la lutte contre le VIH. Les présentations et les discussions ont traité principalement de l'implantation de la PrEP et de l'amélioration des environnements opérationnels.

### *Introduction*

Kamal Marhoum El Filali et Bruno Spire ont accueilli les participants. B. Spire remercia Gilead (le sponsor principal de cette deuxième journée), l'IAS et les autres partenaires. K. Marhoum El Filali présenta le programme et les objectifs de la journée - fournir des informations essentielles et définir le contexte afin d'élaborer un plan d'action lors de la dernière journée.

### *Les principales recommandations de l'OMS sur le conseil et le dépistage du VIH*

- a) *Les recommandations de l'OMS sur les services de conseils et de dépistage du VIH*  
– Yves Souteyrand (représentant de l'OMS au Maroc)

Yves Souteyrand commença sa représentation en soulignant l'objectif des 90-90-90 de l'ONUSIDA fixé à 2030 (90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique ; 90% des personnes qui connaissent leur statut ont accès aux traitements ; 90% des PVVIH sous traitement ont leur charge virale supprimée). Les premiers 90 seront les plus durs à atteindre alors que 40% des PVVIH ne connaissent toujours pas leur statut sérologique, et cela a un impact sur le reste de la cascade.

L'OMS a publié des recommandations exhaustives sur les services de dépistage du VIH en juillet 2015 (incluant le dépistage communautaire du VIH et le dépistage par les prestataires communautaires) et a ajouté des recommandations complémentaires sur les autotests du VIH et les notifications des partenaires en décembre 2016. L'objectif général de ces recommandations est d'apporter des clés pour combler les déficits du dépistage en :

- Facilitant l'accès au dépistage pour les populations clés
  - Réduisant le temps d'attente entre le dépistage et la mise sous traitement
  - Améliorant le ciblage des populations les plus exposées
  - Améliorant la qualité des tests rapides pour limiter le nombre d'erreurs de statuts
- **La recommandation de l'OMS sur le dépistage par les prestataires communautaires a été formulée ainsi : « Les prestataires communautaires ayant reçu une formation peuvent, en utilisant des tests diagnostiques rapides, délivrer de manière autonome des services sûrs et efficaces de dépistage du VIH »**

Un prestataire communautaire peut être défini comme « toute personne exerçant des fonctions liées à la prestation de soins de santé et formée à la délivrance de prestations spécifiques, mais n'ayant obtenu aucun certificat professionnel ou para-professionnel formel ou aucun diplôme du troisième cycle ». Les prestataires communautaires proviennent généralement des mêmes communautés que celles des populations clés, c'est pourquoi on parle de « dépistage communautaire ». Y. Souteyrand présenta les arguments appuyant la mise en place des dépistages réalisés par les prestataires communautaires :

- Augmenter les capacités des services de dépistage conduira à l'augmentation du nombre de dépistages
- La qualité des services est équivalente au dépistage fait par les professionnels de santé

- La satisfaction et le soutien des bénéficiaires sont améliorés car les prestataires communautaires qui viennent de leur communauté partagent leur culture.
- Les prestataires communautaires peuvent délivrer d'autres services de santé (TB, autres IST, etc.)
- Les tâches déléguées aux prestataires communautaires peuvent être moins coûteuses, même si ce n'est pas le but poursuivi.

**La mise en œuvre des dépistages, réalisés par les prestataires communautaires, doit inclure une sélection appropriée de profils adaptés, une formation et un soutien continu, un suivi et des systèmes d'évaluation, et une rémunération suffisante.**

Y. Souteyrand fournit des arguments en faveur de la mise en œuvre de **la recommandation de l'OMS sur les Autotests du VIH** :

- Cela augmente la fréquence des dépistages
- Cela n'augmente pas les comportements à risque
- Cela n'augmente pas le risque social (suicide, violence)
- Afin d'être sûr, des politiques complémentaires ont besoin d'être appliquées comme le suivi et l'évaluation, un âge limité d'utilisation, etc.

Les éléments discutés à la suite de la présentation d'Y. Souteyrand ont été les suivants :

- **La notification du partenaire**

Il a été demandé d'expliquer : Qu'est-ce que la notification du partenaire ? Y. Souteyrand expliqua que l'OMS recommande qu'une aide à la notification des partenaires, sur leurs statuts sérologiques, soit apportée aux PVVIH par des prestataires. Le but est de soutenir les PVVIH et de participer à réduire les risques. Il a aussi souligné que la méthode de notification doit être choisie par les PVVIH, et qu'ils ne sont pas obligés de participer à la notification. Dr Rhoufrani (Maroc) précisa qu'elle peut être réalisée par un professionnel de santé, si elle repose sur contrat ou un engagement consenti entre son patient et lui, qui l'autorise de notifier son partenaire à sa place. Bruno Spire répondit qu'en France, cela n'est pas possible du fait du secret médical et car les personnes vivant avec le VIH peuvent changer d'avis et expose le médecin à une position compliquée.

- **L'autotest du VIH**

Dr Yousfi (Algérie) parla des prix prohibitifs des ADVIH qui limitent leur accès pour les pays du Sud, alors que les tests existent à 3 euros en France. H. Himmich répondit que les tests ont besoin d'être de plus en plus utilisés dans le but de faire baisser leur prix, c'est à cela que s'emploie UNITAID.

- **Dépistage communautaire**

Un participant posa une question sur l'extension des tâches déléguées aux prestataires communautaires. Par exemple, la vaccination peut leur être déléguée mais il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures de précaution et un suivi plus étroit.

*b) L'expérience du dépistage par les prestataires communautaires au Maroc – Fatima Zahra Hajouji, ALCS*

La présentation commença avec une contextualisation rapide de l'épidémiologie au Maroc. L'épidémie est concentrée dans trois régions (Agadir, Marrakech et Casablanca) et chez trois populations (HSH, PS et PUDVI). L'épidémie grandit (1 200 nouvelles infections chaque année et 900 morts liées au VIH, 60% des infections surviennent chez les PC et leurs partenaires) et elle est peu visible (49% des PVVIH ne connaissent pas leur statut et 50% des personnes diagnostiquées sont diagnostiqués à un stade avancé de l'infection). Les principales barrières identifiées dans l'accès au dépistage sont : la difficulté de parler librement aux personnels de santé ; la peur d'être discriminé ; la crainte d'être dépisté séropositif ; et l'inadaptation des centres de soins (situation géographique, horaires d'ouverture).

Compte tenu de la concentration de l'épidémie chez les PC, du nombre élevé de personnes non diagnostiquées, des difficultés et des barrières que rencontre les PC pour accéder au

dépistage, il est nécessaire d'opter pour de nouvelles stratégies de dépistage au Maroc. Après que l'OMS ait soutenu le dépistage par les prestataires communautaires pour les PC comme étant une stratégie supplémentaire de dépistage, l'ALCS plaida auprès du ministère de la santé et a obtenu une autorisation pour réaliser un projet pilote évaluant la faisabilité de l'emploi de prestataires communautaires volontaires pour réaliser des services de conseil et de dépistage à l'aide de tests rapides (TROD). L'étude pilote a été conduite dans quatre villes (Casablanca, Rabat, Agadir et Marrakech) de mars à octobre 2015, et elle révéla d'excellents résultats, répertoriés ci-dessous :

- Cela est réalisable sur chaque site
- Cela a permis d'atteindre des personnes qui n'avaient jamais été dépistées auparavant
- Les bénéficiaires ont contribué eux-mêmes à la mobilisation des publics cibles
- Les bénéficiaires ont exprimé une grande satisfaction sur la qualité du service : communication facilitée, accueil et écoute de meilleure qualité, dépistage de bonne qualité, respect de la confidentialité, horaires d'ouverture mieux adaptés et plus grande proximité...
- Les prestataires ont exprimé une grande satisfaction et une certaine reconnaissance de la part de leurs pairs

Les éléments discutés à la suite de la présentation de F.Z. Hajouji ont été les suivants :

- **Divulgence du statut sérologique et les risques que cela pourrait engendrer**

Dans le cas du dépistage par les prestataires communautaires, les risques de divulgation du statut sérologique des personnes semblent être limités. Il précisa que les prestataires communautaires ont été correctement formés par des médecins et les modules ont été validés par un comité technique. Leur formation a constamment été actualisée tout au long de l'essai pilote. Il est exigé aux prestataires communautaires, tout comme au personnel de santé, un respect strict de la confidentialité. De plus, Dr Fall de Mauritanie ajouta à ce point que la plupart des problèmes de divulgation qui ont été identifiés ont été le fait de médecins.

Durant l'expérience pilote marocaine, ni accidents ni refus des bénéficiaires n'ont été reportés. Certains prestataires communautaires ont demandé plus d'encadrement dans les premières phases de l'essai, pour apprendre à gérer la découverte par les patients de leurs séropositivités au VIH. Dès le départ, de solides procédures de suivi et d'évaluation, encadrées par des médecins, ont été mises en place ; en parallèle un programme d'assurance de qualité des dépistages a été réalisé.

- **Le rendement du dépistage**

Il a été demandé : Une différence de rendement a-t-elle été observée entre le dépistage conventionnel et le dépistage réalisé par des prestataires communautaires ? L'ALCS a rapporté que 56% des personnes dépistées positives au VIH lors de cette étude ont été orientées vers des soins, alors que la moyenne est de 46% lors des dépistages conventionnels ; les résultats concernant la perte de vue des patients sont aussi meilleurs lors des dépistages faits par des prestataires communautaires. Le ministère de la santé a missionné un consultant pour travailler sur l'amélioration des mécanismes de référence et de contre-référence dans le but d'améliorer le suivi des patients.

- **Le dépistage communautaire**

Le dépistage communautaire au Maroc a aussi été mis en place via des stratégies mobiles ; en effet, pour atteindre les sites les plus reculés, des structures partenaires (OSC) et une unité mobile de dépistage ont été utilisées.

Les participants marocains ont exprimé le grand intérêt qu'ils portent aux dépistages faits par des prestataires communautaires, cette stratégie permettant aux médecins de passer moins de temps à dépister et de consacrer plus de temps à leurs patients pour les soigner ; cela aura un grand impact sur la réponse au VIH. Un appel a été lancé à la représentante du ministère de la santé, Aziza Bennani, pour rapidement **étendre cette stratégie au Maroc**.

c) *Guide sur les bonnes pratiques de dépistage du VIH au Maghreb– Mohamed Chakroun (représentant de la plateforme MENA)*

Mohamed Chakroun commença par décrire la situation de l'épidémiologie et du dépistage dans la région : une épidémie invisible ; concentrée chez les populations clés ou le taux de prévalence est 10 à 100 fois supérieur à celui de la population générale ; des stratégies de dépistage non efficaces et un manque d'innovation ; et un faible taux de séropositivité (0,8% alors qu'il est de 1,25% lors des dépistages communautaires au Maroc). Comme réponse, la « plate-forme MENA », qui est un groupement d'organisations de la société civile (du Maroc, de la Mauritanie, de l'Algérie et de la Tunisie), et qui comprend un secrétariat permanent hébergé par l'ALCS, décida de produire un guide sur les bonnes pratiques du dépistage du VIH dans la région.

Les partenaires ont défini une méthodologie qui inclut les sections suivantes :

- Comment améliorer l'accès ?

Pour améliorer l'accès, les 5C devraient être respectés et il faut lutter contre les pratiques coercitives de dépistage du VIH, notamment par les partenaires et les membres de la famille. L'orientation vers les centres de dépistage et les tests de dépistages de qualité devrait être améliorés. Un environnement favorable est nécessaire et des systèmes d'orientation efficaces devraient être mis en place.

- Qui dépister ?

Les PC devraient être ciblées en priorité et être invitées à se faire dépister au moins une fois par an.

- Quand dépister ?

Le dépistage du VIH est toujours volontaire; il peut être réalisé par des personnels de santé, dans des centres de soins, ou par des prestataires communautaires. Pour les femmes enceintes, le dépistage du VIH devrait être inclus dans l'offre de soins prénatals. En situation de détention, le dépistage volontaire du VIH devrait faire partie de l'offre de soins proposés.

- Comment tester ?

Le dépistage doit inclure un temps d'information préalable au test, un test de dépistage rapide, et après l'obtention du consentement du patient, un soutien post-test et une liaison entre la prévention et l'accès aux soins.

- Comment adapter le dépistage et la prévention aux populations clés ?

Le dépistage et les stratégies de prévention pourraient être plus adaptés aux populations clés en adoptant les méthodes de la prévention combinée : changement des comportements, microbicides, vaccins, PrEP, TasP, PTME, préservatifs féminin et masculin, conseil et dépistage pour le VIH et les IST, circoncision masculine, matériel à injection à usage unique, etc.

- Comment promouvoir un environnement juridique favorable ?

Pour obtenir un environnement favorable, il faut : adapter l'information à l'âge des bénéficiaires ; combattre la discrimination dans les centres de soins ; défendre les droits des adolescents pour que des décisions soient prises dans l'intérêt de leur santé ; et obtenir des dépistages volontaires pour les adolescents (il existe des divergences sur ce sujet entre les différents pays).

Les éléments discutés à la suite de la présentation de M. Chakroun ont été les suivants :

• **Les enjeux du dépistage et de l'accès au traitement pour les migrants :**

Pr. H. Himmich demanda si les politiques nationales de la région ont permis aux migrants d'avoir accès à la gratuité des soins dans le cas où ils seraient dépistés positifs au VIH. En effet, cette question n'était pas documentée pour produire un guide régional. Au Maroc et en Algérie, les migrants ont accès aux traitements ; en Tunisie, cela dépend de la disponibilité

des ARV et le plaidoyer pour généraliser l'accès gratuit aux traitements pour les migrants, est en cours.

- **Prévention sur la transmission mère-enfant (PTME)**

Pr. H. Himmich demanda si les pays de la région ont progressé sur ce sujet, en dehors du Maroc ou il reste encore beaucoup à faire. La représentante du ministère de la santé (Aziza Bennani) dit que beaucoup avait déjà été fait au Maroc, et que les femmes représentent 56% des personnes mises sous traitement. Elle ajouta que l'implication communautaire n'était pas suffisante. Alors que H. Himmich fit remarquer que le ministère de la santé a exclu la société civile de la PTME. En Mauritanie, le dépistage chez les femmes enceintes est efficace mais de nombreuses femmes sont perdues de vue lors du suivi du traitement. À cet égard, la Mauritanie tente de s'inspirer de l'expérience Sénégalaise qui est un exemple dans la région.

*d) Groupe de discussion sur la PrEP*

Animateurs : Bruno Spire (IAS) et Fatiha Razik (CHU d'Alger et APCS)

Intervenants : Aziz Tadjeddine (APCS) / Ridha Kamoun (ATL MST SIDA) / Djibril Sy (SOS Pairs Éducateurs) / Younes Yatine (ALCS) / Mustapha Sodqi (Infectiologue CHU Casablanca) / Morgane Ahmar (ALCS et Coalition PLUS international) / Aziza Bennani (Ministre de la santé marocaine).

Bruno Spire introduisit la discussion en rappelant que la PrEP est : un outil de prévention biomédicale consistant en une bithérapie, qui a montré une excellente efficacité sur la prévention de la transmission du VIH. La PrEP peut être prise « sur demande » (à la suite d'une relation sexuelle) ou en continu de manière quotidienne.

À la suite de la présentation des participants, Fatiha Razik amorça la discussion.

- **Premier participant : Ridha Kamoun, ATL MST-SIDA Tunisie**

Ridha Kamoun exprima son « ignorance » sur la PrEP. Cependant il déclara qu'il la considérait comme une avancée scientifique très intéressante qui pourrait permettre aux personnes de mener une vie et une vie sexuelle normale. Pour lui les risques engendrés par la PrEP (les effets secondaires comme tout médicament) sont faibles par rapport à ses apports et elle devrait être mise en place en Tunisie. Mais, l'utilisation de la PrEP n'a pas encore été discutée avec les autorités tunisiennes. Un plaidoyer au niveau national et régional doit être mené.

- **Deuxième intervenant : Aziz Tadjeddine, APCS Algérie**

Aziz Tadjeddine dit également que la PrEP est un outil très intéressant qui va enrichir la gamme des stratégies de prévention combinées disponibles. L'efficacité de la PrEP a été prouvée par les résultats de grandes recherches, et le Truvada est déjà disponible en France. Il porta l'attention sur le fait que la PrEP est généralement associée aux HSH. Pourtant elle est aussi intéressante pour les femmes et les migrants. En Algérie, il y a une petite chance pour que la PrEP soit mise en œuvre dans les années à venir. Cependant, les militants doivent plaider en sa faveur, il n'y a pas de raisons que l'Algérie en soit privée. Si tout le monde travaille ensemble et opte pour les bonnes stratégies, ce peut être un succès. APCS a besoin d'appui sur les formations des volontaires et celles des professionnels de santé sur la PrEP.

- **Troisième intervenant : Djibril Sy, SOS Pairs Éducateurs Mauritanie**

Djibril Sy se décrit lui-même comme un « spécialiste » de la PrEP, notamment grâce à Bruno Spire qui présenta le PrEP au cours de la conférence de l'ALCS organisée en Janvier 2016. En Mauritanie, la PrEP a été incluse dans la note thématique soumise au fond mondial de lutte contre le sida, de la tuberculose et le paludisme. Malgré l'allocation de fonds suffisants, il exprima craindre que ce qui a été inscrit sur le papier ne soit pas suivi de faits, notamment car la simple définition des populations clés n'est pas acceptée en Mauritanie. Il exprima aussi l'espoir que la proximité de SOS Pairs Éducateurs avec les populations clés et que l'expérience marocaine puisse faciliter la mise en place de la PrEP en Mauritanie.

- **Quatrième intervenant : Mustapha Sodqi, spécialiste des maladies infectieuses au CHU de Casablanca et ALCS Maroc**

D'après Dr Sodqi, l'efficacité de la PrEP ne peut pas être remise en cause au vu de sa capacité à réduire substantiellement le risque de transmission du VIH. Les prescripteurs devraient s'assurer que les personnes sous PrEP sont séronégatives au VIH et surveiller leur traitement. Au Maroc, plusieurs questions sur les risques provoqués par la PrEP ont été soulevées, notamment le risque de regain des IST, le risque de résistance au traitement, et le risque d'insuffisance rénale. Cependant, des études ont montré que les personnes sous PrEP consultent des médecins plus fréquemment ainsi leurs IST sont diagnostiqués plus rapidement, que le risque de résistance est très bas, et que les bienfaits sont plus importants que le risque d'insuffisance rénal. De plus, d'après toutes les études et les programmes PrEP, il n'y a pas de preuve qu'il existe un risque de compensation dans les pratiques sexuelles, comme la baisse de l'utilisation du préservatif ou l'augmentation du nombre de partenaires sexuels.

L'ALCS a obtenu, par le ministère de la santé, un agrément pour mener une étude pilote évaluant la faisabilité et les obstacles potentiels de la PrEP dans le contexte marocain. Quelques questions doivent encore être posées avant de permettre l'ouverture et la généralisation de la PrEP, comme sa mise à disposition dans les centres de soins ou dans les associations, s'il faut la réserver aux populations clés ou s'il faut l'ouvrir plus largement.

- **Cinquième intervenant : Younes Yatine, ALCS Maroc**

Bruno Spire dirigea sa question suivante à Younes Yatine : Les HSH ont-ils entendu parler de la PrEP et si oui, qu'en pensent-ils? Pour l'instant, il n'y eu que quelques discussions sur la PrEP sur le terrain et c'est à l'ALCS de diffuser l'information à ses volontaires et ses bénéficiaires. Cependant, les utilisateurs d'application sur Smartphones comme Grindr sont très informés sur la PrEP. Lors de l'inscription à Grindr, on questionne l'utilisateur sur son statut sérologique au VIH et sur sa prise éventuelle de PrEP, ce qui poussent les utilisateurs à s'informer sur ce qu'est la PrEP. À Marrakech, l'ALCS a mis en place une plateforme internet de prévention : une personne sur trois posent des questions relatives à la PrEP ou sur l'accès à la PrEP. Une question clé relative à la mise en place de la PrEP subsiste, celle du cadre et de la formation nécessaire pour que les PC puissent y accéder. Au Maroc, la meilleure solution est la mise à disposition de la PrEP dans des centres de services adaptés aux PC. Ces centres suivraient le modèle de la clinique de santé sexuelle de la section de Marrakech de l'ALCS.

- **Sixième intervenant : Morgane Ahmar, ALCS et Coalitions PLUS, Maroc**

Bruno Spire interrogea ensuite Morgane Ahmar : L'intérêt porté à la PrEP dans la région semble grandissant, mais quel type de plaidoyer devrait être conduit pour assurer la disponibilité de la PrEP rapidement ?

M. Ahmar reprit brièvement les étapes qui ont permis de parvenir au lancement du projet de l'étude pilote PrEP au Maroc :

- Explorer les causes de la réticence du corps médical, au niveau institutionnel mais aussi au sein des organisations de la société civile
- Production de notes argumentatives adaptées
- Diffusion des notes au ministère de la santé et autorisation du ministère de la santé pour mener l'étude pilote
- Production par l'ALCS d'une note méthodologique sur l'étude, et recherche de cofinancement auprès de l'OMS.

M. Ahmar insista sur le fait que la mise en place de la PrEP en Afrique du Nord n'est pas seulement nécessaire (particulièrement pour les populations clés qui rencontrent des difficultés à utiliser les méthodes traditionnelles de prévention, comme l'utilisation du préservatif, qui constitue la preuve de travail du sexe pour les policiers), elle est aussi possible, étant donné le nombre de preuves sur l'efficacité et l'importance de la PrEP, le faible prix des génériques de la PrEP (50\$ par patient par an) et le rapport cout-bénéfice de sa mise en place. Elle indiqua également que la société civile était le seul acteur qui pourrait pousser au changement sur cette question, et que tous les outils produits pour le plaidoyer marocain incluant la note méthodologie de l'étude peuvent être partagés.

- **Septième intervenant : Aziza Bennani, Ministère de la santé, Maroc.**

Bruno Spire demanda à Aziza Bennani : Est-ce que le ministère de la santé marocain est enthousiaste, dubitatif, ou opposé à la PrEP ?

A. Bennani rappela que le ministère de la santé marocain a donné son feu vert pour la mise en place de la PrEP au Maroc à travers un projet pilote et qu'il est sur le point d'acheter du Truvada, ce qui démontre son engagement. L'accord du ministère de la santé est intervenu après la participation du secrétaire général à la réunion de haut sur le VIH et le sida, à New York en Juin 2016, où la PrEP a été largement évoquée. La généralisation de la PrEP dans le pays sera envisagée à la fin de l'essai pilote, mais la PrEP a déjà été incluse dans le prochain plan stratégique national pour le VIH. A. Bennani rappela aussi l'importance de compléter les stratégies de prévention pour les PS qui craignent d'utiliser des préservatifs par peur d'être arrêté, cela étant une barrière majeure à l'accès aux soins.

### *Comment améliorer l'intervention sur l'environnement ?*

Animateurs : Mohamed Chakroun (spécialiste des maladies infectieuses, CHU Monastir et président du CCM, Tunisie), Fatiha Rhoufrani (ALCS)

#### *a) Mise en place de programme de réduction des risques à Alger*

Les membres de l'APCS ont présenté leur programme de réduction des risques. Pour commencer, l'APCS réalisa une rapide mission de diagnostic sur la consommation de drogues par voie injectable à Alger. Le principal objectif de cela était d'analyser les différents éléments liés à la consommation de drogues dans ce contexte particulier. Cette étude a été menée en 2016 auprès de 43 PUDVI à Alger par le biais d'entretiens et de focus groupes. La plupart des participants étaient des hommes (90%), âgés de 22 à 34 ans (90%), étant dans une situation de précarité. Concernant le niveau d'instruction, la plupart d'entre eux ont atteint le lycée ou l'université. D'après l'étude, 75% d'entre eux ont déjà partagé leur matériel nécessaire à l'injection. Au sujet de la consommation, il s'agit majoritairement d'une pratique solitaire et quotidienne. Les PUDVI interrogés ont aussi décrit les difficultés qu'ils rencontraient pour accéder au système de soins, et rapportèrent le manque de soutiens de la part des associations. L'APCS a conclu qu'un gros travail sur le sujet doit être fait.

Les éléments discutés à la suite de la présentation de l'APCS ont été les suivants :

- **La provenance du Subutex en Algérie est incertaine.** Certains participants pensaient qu'il provenait de Tunisie quand d'autres trouvaient plus plausible qu'il était originaire de France. La présidente de l'ALCS (Maroc) expliqua que la société civile marocaine se battait pour l'introduction du Subutex (la Méthadone est déjà disponible) et qu'elle lutte contre les réticences qui s'expriment par la crainte du détournement de son usage. Elle expliqua que la France et d'autres pays ont accepté de prendre ces risques, qui sont inévitables, et qu'ils ne doivent pas nous arrêter.
- L'étude Algérienne permet-elle de **relier l'injection de drogues et la contamination du VIH**, alors que l'étude a montré que la plupart des PUDVI pratique l'injection de manière individuelle ? L'APCS répondit que l'étude a porté sur 43 personnes, un échantillon trop faible pour que l'on en tire des conclusions fiables. Toutefois, d'après l'étude la moitié de l'échantillonnage a révélé avoir échangé des seringues usagées, ce nombre est suffisamment significatif pour être inquiétant. L'APCS expliqua qu'une cartographie compréhensive sera produite dans les mois à venir, et cela permettra de mieux connaître les pratiques et les comportements à risques en Algérie.
- En plus des stratégies de dépistage, il est nécessaire de faire davantage pour les PUDVI en terme de soutien psychosocial. En effet, la plupart des PUDVI sont des jeunes vivants en situation de détresse.

b) *Programme de prévention chez les HSH en Tunisie – Fouad Boutemak, ATL MST SIDA*

Fouad Boutemak rappela que le taux de prévalence du VIH chez les HSH en Tunisie est élevé : il explosa en 2011, passant de 4,9% en 2009 à 14% en 2011, puis rebaisant à 9,1% en 2014. Les HSH font souvent face à des violations des droits humains, ce qui complique leur accès aux soins. Ce taux extrêmement élevé et ces barrières ont poussé l'ATL à concentrer leurs efforts de prévention et de plaider pour cette population à travers différents programmes, présentés ci-dessous :

- Prévention, dépistage et soins :

En Tunisie, Le dépistage communautaire mené par l'ATL a lieu dans deux villes : Tunis et Sousse. La présentation souligna l'importance des éducateurs pairs et de leurs rôles dans la prévention, le dépistage et l'accès aux soins dans les programmes HSH.

- Droits humains et plaidoyer :

En 2005, l'alliance commença à financer un petit projet de plaidoyer, et en 2010 la première étude bio-comportementale a été conduite, permettant à l'ATL d'avoir une image plus précise des besoins en terme de plaidoyer. En 2011, la révolution tunisienne entraîna une augmentation du taux de prévalence et du nombre de situations critiques chez les HSH, alors que des violations des droits humains perduraient par le biais d'arrestations, des tests anaux, etc. L'ATL procéda en plusieurs étapes :

- Analyse de la situation : identification des besoins des bénéficiaires HSH
- Travail de sensibilisation : éducateurs pairs, prévention, renforcement de capacités, cartographie pour améliorer le ciblage, etc.
- Plaidoyer aux niveaux national et régional.

Sur les activités de plaidoyer conduites au niveau national, L'ATL plaida avec le CCM, le plan stratégique national sur le VIH et créa un observatoire sur la violation des droits humains qui collecte l'information et apporte une assistance juridique. L'ATL est aussi à l'origine de la création d'un collectif de 40 organisations luttant pour la défense des libertés individuelles. Aujourd'hui il fonctionne comme un gardien plaçant pour des changements juridiques sur diverses questions, comme la dépénalisation de l'homosexualité et des relations anales, et l'interdiction du test anal pour incriminer les HSH. Au niveau régional, l'ATL a travaillé avec les responsables religieux et a produit une boîte à outils sur les HSH et le VIH. L'ATL mena aussi des activités aux méthodes innovantes comme l'utilisation du théâtre de rue pour mieux sensibiliser, la prévention virtuelle avec la création des profils de prévention du VIH, la mise en place d'un programme électronique (ReACT) pour informatiser les données nécessaires au plaidoyer.

Pour conclure, F. Boutemak souligna les défis à venir, incluant la stabilité financière, les cliniques mobiles, la lutte contre l'homophobie, l'augmentation de la sensibilisation, le changement des comportements, la promotion de la prévention dans les services ambulatoires or l'amélioration de la couverture géographique.

Les éléments discutés à la suite de la présentation de F. Boutemak ont été les suivants :

- Sur l'article 230 du code pénal tunisien qui criminalise l'homosexualité :

Les questions ont porté sur les efforts de plaidoyer pour retirer cet article et si des succès étaient attendus. Comme l'expliqua la présentation, beaucoup d'OSC tunisiennes travaillent collectivement sur cette question ; l'objectif est de poursuivre cette affaire en justice pour déclarer cet article anticonstitutionnel. Concernant les tests anaux utilisés pour attester de l'existence de relations homosexuelles, les représentants de l'association ont expliqué que l'ATL appelle ses bénéficiaires à refuser le test quand il est demandé par des policiers.

- Sur le dépistage communautaire :

Hakima Himmich (Maroc) souleva un point sur la signification du dépistage communautaire pour l'ATL. Il est réalisé par des prestataires communautaires, des volontaires ou des infirmières ; par conséquent il peut être défini comme dépistage démedicalisé plutôt que dépistage communautaire. Cela signifie que ce que l'on nomme « dépistage communautaire »

varie suivant les contextes. Les participants échangèrent sur la nécessité d'une définition claire et commune, afin d'être sûr que les termes employés soient les mêmes dans la région.

- Sur le projet de l'observatoire des violations des droits humains :

Le Maroc qui souhaiterait mettre en œuvre un mécanisme similaire demanda d'avoir des détails sur l'observatoire tunisien et des renseignements sur les éventuelles leçons tirées de cette expérience. Un participant expliqua que les personnes qui viennent à l'observatoire regroupent des personnes qui ont une expérience sur les violations des droits humains, des paires éducateurs d'ATL, des intermédiaires. D'après la plupart des observations menées jusqu'à l'heure actuelle : 20% des violations affectent les migrants, et 40% des violations ont lieu dans des structures de santé. Un autre point fut souligné: l'association du Barreau a interdit aux avocats d'intervenir gratuitement pour les affaires de l'observatoire, par conséquent l'ATL a employé un avocat. Prochainement, l'ATL va mettre en œuvre l'outil ReACT qui permettra de collecter des informations électroniques. Le lancement du projet est prévu pour avril en collaboration avec des associations Libanaises.

*c) Bilan de l'environnement juridique au Maroc – Rachid Aboutaieb, chercheur, consultant pour le conseil national des droits de l'homme Maroc*

Rachid Aboutaieb présenta un bilan de l'environnement juridique au Maroc, en tant que représentant du conseil national des droits humains. Cette revue a été conduite dans le cadre de la stratégie nationale du VIH et des droits humains, et cela a pu être réalisable grâce aux efforts du ministère de la santé et d'ONGs de défense des droits humains et de la lutte contre le sida. Son objectif principal était d'analyser les impacts positifs et négatifs des lois sur la réponse au VIH et plus spécifiquement sur les PVVIH et sur les personnes les plus à risques de contracter l'infection du VIH. Tout cela dans le but d'évaluer les obstacles et de développer des recommandations pour améliorer l'environnement juridique. Les étapes suivantes ont permis de réaliser ce bilan : recensement des engagements et des traités ratifiés par le Maroc ; analyse de la situation des PVVIH et des PC ; puis présentation des recommandations et du plan d'action dans un groupe de travail national.

Il répertoria ce bilan de la manière suivante :

Les principaux textes juridiques qui protègent :

- Plusieurs lois de protection ont été extraites de la constitution (le droit à la vie, la non-discrimination, l'égalité entre les sexes, le droit à l'information, etc.)
- Le code pénal : contre la discrimination basée sur le sexe, l'âge, et l'état de santé, la punition des personnes ayant des comportements discriminatoires, l'article protégeant la confidentialité des données personnelles, etc.
- Le code du travail et le code de la famille : contre la discrimination, débat sur le certificat prénuptial (il est supposé protéger mais peut avoir des effets pervers et son utilité n'est pas démontrée)

Les principaux textes juridiques qui contraignent :

- Le Code pénal : la criminalisation des relations homosexuels et des relations sexuelles consenties hors mariage, le commerce du sexe et la prostitution.

Les Principales pratiques discriminatoires indépendantes du cadre juridique :

- Discrimination dans le cadre institutionnel (travail, structures de soins et de santé)
- Manque de confidentialité dans les structures de soins et de santé, dans le cadre du travail, dans les tribunaux, dans les prisons.

Les principaux éléments développés du plan d'action sont :

- Les ONGs produiront un protocole/mémorandum demandant des mesures appropriées dans les structures de soins et de santé
- Le ministère de la santé proposera une circulaire sur le secret médical et fera appliquer des mesures disciplinaires en cas de refus de soins ou de discrimination

- Analyse des dispositions constitutionnelles sur la protection contre les discriminations
- Sensibiliser davantage les juges et les avocats pour une application effective des lois anti-discrimination
- Mise en œuvre d'un observatoire sur les discriminations faites aux PVVIH et aux PC
- Organisation d'un groupe de travail sur la révision des règles encadrant le dépistage du VIH pour autoriser le dépistage des adolescents sans l'accord de leurs parents/tuteurs légaux et lancer un débat national sur le sujet.

Les éléments discutés à la suite de la présentation de R. Aboutaieb ont été les suivants :

- Sur la criminalisation de la transmission :

Il n'y a pas de recommandations sur ce sujet (en dehors du monde médical et scientifique) mais il y a une jurisprudence. Il existe une divergence entre le juge et le procureur sur la question : pour le juge il n'y a pas de condamnation si l'exposition ne mène pas à la transmission, alors que pour le procureur une simple exposition mène à la condamnation. Il n'y a pas eu de réelles avancées mais l'ALCS continu d'accentuer la sensibilisation sur le sujet.

- Sur le dépistage et les certificats médicaux :

Hakima Himmich (Maroc) pointa les problèmes liés à la situation des certificats pré-nuptiaux, dénonçant une forte corruption dissimulée. De plus, la discrimination présente dans les structures de santé disparaît au sein des centres de soins spécifiques au VIH, mais elle resurgit dans les départements qui ne sont pas directement en contact avec les PVVIH. Dr Tibari (Maroc) souligna la nécessité de travailler non seulement avec les institutions nationales marocaines mais aussi avec les ambassades, comme il y a des nombreuses affaires de dépistages abusifs chez les personnes qui souhaitent obtenir des visas.

- Sur la définition de recommandations concrètes et l'apport d'un changement durable :

Un participant souligna un décalage entre les recommandations de la commission sur le cadre juridique, et la réalité où les cas de discriminations s'exercent largement en dehors de l'application des lois et résulte donc d'une responsabilité individuelle. Par exemple, les dépistages médicaux sont imposés aux personnes qui travaillent dans le domaine de l'hôtellerie ; un volontaire de l'ALCS a récemment été arrêté à Marrakech sur le motif « d'incitation à la débauche » pour avoir distribué des préservatifs. Or pour chacun de ces exemples ce n'est pas la loi qui est en cause. Étant en partenariat avec la société civile sur ces sujets, les organismes gouvernementaux devraient réagir face à chacune de ces affaires.

Un autre participant exprima l'importance de permettre l'amélioration des stratégies de prévention combinée et demanda comment cet examen juridique allait se traduire dans les faits? Comme réponse, R. Aboutaieb expliqua que le comité allait agir sur le droit du travail pour que les médecins du travail ne soient plus subordonnés aux chefs d'entreprise comme c'est le cas aujourd'hui. De plus, les ministres seront encouragés à dialoguer avec les acteurs clés pour être informés sur les situations de criminalisation et de discrimination qui dépassent le cadre législatif.

Le coordinateur national de l'ALCS expliqua que l'association conduit des activités pour accentuer la sensibilisation des policiers et des juges, mais cela n'a pas suffisamment de poids pour apporter de réels changements, et qu'ils ne disposent pas de financements pérennes pour mener ce type de formations indéfiniment. R. Aboutaieb conclut que la société civile est toujours le seul acteur qui peut porter un changement significatif alors que les acteurs gouvernementaux font défauts.

*Conclusion du deuxième jour – Amal Benmoussa (ALCS, Maroc)*

Amal Benmoussa fit la synthèse des principaux sujets et débats de la journée.

## **1. Dépistage**

Dr Souteyrand présenta les principales recommandations de l’OMS sur le dépistage et la notification du partenaire. L’expérience pilote sur le dépistage communautaire au Maroc a été présentée et il a été montré que cette stratégie est plus efficace pour dépister les PC que les approches classiques ; ainsi qu’elle devrait être généralisée dans tout le Maghreb. Dr Chakroun (représentant de la plateforme MENA) présenta un référentiel, qui est en train d’être conduit par la plateforme, sur les bonnes pratiques de dépistage dans la région.

## **2. PrEP**

Un panel sur la PrEP discuta de cet outil biomédical qui a montré une grande efficacité et qui doit être mis en œuvre dans la région. Cependant, quelques contraintes ont été soulignées et il a été décidé d’attendre les résultats du projet pilote Marocain pour décider de la manière dont la PrEP serait mis en œuvre.

## **3. Amélioration de l’environnement d’intervention**

Dr Tajeddine présenta l’expérience de l’APCS sur la mise en place d’un programme pour les PUDI en Algérie. Fouad Boutemak décrit les interventions ciblant les HSH conduites par ATL MST SIDA en Tunisie et Pr Aboutaieb expliqua le procédé du bilan de l’environnement juridique conduit au Maroc pour appuyer le plaidoyer sur la protection des PVVIH et des PC.

### **Jour 3 : Appel à l'action (mercredi 17 mars)**

**Thème** : Appel à l'action

**Animé par** : Kamal Alami (ONUSIDA) ; **Co-animé par** : Bruno Spire (IAS)

L'objectif de ce dernier jour était de consolider les recommandations formulées au cours des deux premières journées dans un plan d'action régional qui mènera à la mise en œuvre des programmes prioritaires au regard des avancées scientifiques.

Cette session commença par un retour sur les priorités identifiées et les principales recommandations des deux premiers jours. Puis, les groupes de travail se concentrèrent sur les priorités identifiées pour établir un plan d'action.

*Groupes de travail : Établir un plan d'action régional et définir les mécanismes de suivi dans l'identification des domaines prioritaires*

#### *a) Groupe 1 : Prévention innovante et cascade de soin du VIH*

Le premier groupe discuta des nouvelles stratégies de prévention et de soins qu'il est nécessaire de mettre en place le plus rapidement possible pour améliorer la cascade de soins du VIH. Les participants ont identifié plusieurs domaines, comme étant des priorités de l'action :

- **La mise en œuvre de la PrEP**

Le groupe recommanda de mettre en place la PrEP pour les PC (HSH et PS) au Maroc dès que les résultats de l'essai pilote seront recueillis. Le plan stratégique national a estimé à 1 100 le nombre de personnes mises sous PrEP à l'horizon 2021. Un recensement de ce nombre est prévu à mi-chemin de l'essai pour y inclure jusqu'à 10 000 personnes (10% des PC).

Les participants conseillèrent aussi de partager le guide méthodologique de l'essai pilote aux autres pays de la région pour qu'ils puissent s'en servir dans leur plaidoyer pour financer des essais pilotes similaires et pour partager les résultats de l'étude marocaine dans le cadre de travaux de groupes régionaux.

Un essai pilote est déjà planifié en Algérie pour les HSH et les PS.

Sur le long terme, des essais pilotes avec les PUDVI devraient être menés et la société civile devrait plaider pour la mise à disposition de la PrEP en pharmacie. Cependant, il fut rappelé que la PrEP pour les PUDVI ne fait pas parti des recommandations de l'OMS. Pour cette population, la priorité est l'accès à des programmes d'échange de seringues. Il est important de suivre la recommandation de mise en place de programmes de réduction des risques dans tous les pays de la région (échange de seringues et traitements de substitution comme le subutex et la méthadone) et il est nécessaire d'accélérer la couverture des traitements de substitutions au Maroc.

- **Prestataires non-médicaux et dépistage communautaire.**

Les prestataires réalisant le dépistage communautaire doivent être institutionnalisés et généralisés. Le groupe recommanda d'assurer la disponibilité des prestataires en dehors des horaires d'ouverture des centres de soins, particulièrement le soir, afin d'améliorer l'accès au dépistage du VIH. Ils conseillèrent également de former plus de conseillers communautaires et de partager les documents de formation entre les pays de la région. Enfin, les bonnes pratiques du dépistage communautaire devraient être répertoriées et diffusées à grande échelle ; c'est ce qui est en train d'être fait par la plateforme MENA à travers l'élaboration d'un guide commun.

- **Mise en place de stratégies innovantes de prévention et de dépistage**

Le groupe recommanda l'utilisation des réseaux sociaux, en diffusant des messages de prévention sur les sites internet ou sur les applications qui ciblent les PC, comme Grindr pour les HSH. Concernant les autotests, un essai pilote sur la faisabilité et l'acceptabilité devrait être réalisé. Cette étude devrait s'insérer dans la note de synthèse du FMLSTP pour le Maroc.

Une négociation avec les fournisseurs pour faire baisser les prix dans l'ensemble de la région devrait être entreprise.

- **Succès des systèmes de prévention combinée**

Dans le but de compléter la prévention combinée, le groupe recommanda la création d'une mise en réseau de services au niveau régional et entre les points centraux, les villes et les régions, avec des nouvelles approches focalisées sur l'individu. Pour parvenir à cela, une base de données informatisée est nécessaire.

- **Dépister et traiter**

Cette stratégie, issue des recommandations de l'OMS de 2015, devrait être adoptée dans tous les pays de la région. Les directives nationales de soins aux patients devraient aussi être mises à jour. Les participants soulignèrent qu'il est important de développer la décentralisation de l'offre de soin, de développer l'analyse de la charge virale (PCR) et qu'elle soit opérationnelle. De plus des médecins généralistes et des gynécologues devraient être informés sur la détection des symptômes du VIH et du sida, par le biais des formations et de brochures pédagogiques.

Le groupe conseilla également d'informatiser les dossiers des patients et le système de gestion pour les médicaments et les réactifs.

Les participants ont recommandé d'initier des campagnes de dépistage multiple (VIH, VHC, syphilis...). Il a été recommandé de lier le dépistage du VIH aux dépistages des hépatites et de la syphilis.

Enfin, ils insistèrent sur l'importance de poursuivre le plaidoyer pour le dépistage des mineurs, comme le fait le CNDH au Maroc.

- **Systèmes de soutien pour les personnes séropositives au VIH.**

Dans le but d'améliorer le système de soutien pour les PVVIH, certaines mesures doivent être mises en œuvre comme le système de rappel téléphonique, par SMS ou par des visites à domiciles. Dans ce sens, un projet entre l'ONUSIDA et Orange va être enclenché au Maroc pour envoyer des rappels de rendez-vous par SMS. Le groupe recommanda de suivre étroitement cette initiative et de démarrer ce genre de projets dans les autres pays (il est nécessaire de créer des partenariats similaires avec des opérateurs locaux).

Un autre moyen d'apporter un soutien est de mobiliser et de former des personnes qui accompagnent physiquement les individus séropositifs dans les centres de soins, afin de limiter la perte de vue de patients lors du suivi. Le groupe recommanda de proposer des mesures incitatives pour développer ces activités.

- **L'amélioration du système de référence**

Le groupe recommanda d'assigner un code d'identification unique à toutes les personnes dépistées séropositives au VIH dans les différentes structures de dépistage (ONG, Ministère de la santé).

*b) Groupe 2 : Environnement favorable et rôle de la société civile – Sommaire des actions prioritaires*

Le second groupe a discuté du rôle de la société civile et suggéra des actions prioritaires pour améliorer l'environnement opérationnel. Les propositions et les recommandations du groupe peuvent être répertoriées de la manière suivante:

- **Formation**

Le groupe souligna l'importance d'apporter des formations aux professionnels de santé et aux acteurs communautaires sur la PrEP et le dépistage, d'en délivrer d'autres sur le plaidoyer aux plus jeunes, aux ressources humaines et aux acteurs communautaires, et enfin de former à l'utilisation des NTIC sociaux (e-learning, court métrage comme outils de plaidoyer) pour faire de la prévention et de la sensibilisation via les médias et les réseaux.

- **Développement d'outils régionaux communs**

Le groupe insista sur la nécessité d'harmoniser les outils de soutien pour l'ensemble de la région. Par conséquent, ils ont recommandé la création d'un outil de communication à destination de la population et des instances dirigeantes présentant les avancées scientifiques, d'un guide de sensibilisation ciblant les imams, et de la réalisation d'un court métrage traitant des questions liées au VIH et au sida (nouveau-nés, restrictions, etc.)

- **Créer des synergies entre les gouvernements et les organisations de la société civile**

Le groupe signala l'importance de sensibiliser les décideurs aux enjeux liés au sida. Pour réussir cela, il est nécessaire de cibler le plaidoyer sur les personnes qui sont déjà favorables à la cause ; cela devrait impliquer les organisations de la société civile.

Une clarification sur les missions et les rôles respectifs du gouvernement et de la société civile est nécessaire, spécialement à travers le développement de conventions de partenariat. De plus, le groupe encouragea le ministère de la santé à faire des campagnes sur le TasP.

- **Sensibilisation des décideurs**

Le groupe recommanda la mise en place d'actions qui accentuent la sensibilisation des décideurs sur le VIH et sur les défis de la lutte contre le VIH. Dans cette perspective, des événements doivent être organisés pour réunir la société civile et les décideurs politiques (comme des séminaires, des réunions...) dans le but d'étendre la sensibilisation et d'engager le plaidoyer à l'égard des décideurs. Les participants ont convenu d'organiser des réunions avec les représentants des ministères, d'organiser des sessions de sensibilisation auprès des parlementaires et des décideurs pour tenter de mobiliser les institutions afin de créer un environnement favorable à la lutte contre le VIH et le sida.

Certains participants ont attiré l'attention sur le manque d'échange d'informations entre le ministère de la santé et les autres départements (par exemple, le ministère de la santé autorise la distribution de préservatifs et le ministère de l'intérieur arrête les personnes qui distribuent des préservatifs).

Des participants ont exprimé leur scepticisme sur la pertinence de l'implication des imams dans la sensibilisation au VIH. En guise de réponse, il existe déjà une association d'imams au Maroc travaillant dans le domaine du VIH ; les premières actions concrètes pourraient être de travailler avec cette association et de l'utiliser comme un relai pour faire connaître les innovations.

La représentante du ministère de la santé Marocain nota aussi que plutôt que d'envoyer des centaines de pages (Plan stratégique national) aux autres départements, il serait préférable d'envoyer de simples résumés de quelques pages synthétisant les actions et les programmes mis en œuvre, pour augmenter les chances qu'ils soient lus.

- **Accessibilité et convivialité**

Le groupe conseilla de créer des centres de santé sexuelle, et de créer des espaces sûrs de rencontres et d'échanges pour améliorer l'attractivité des structures.

- **Utiliser les réseaux existants**

Le groupe recommanda d'utiliser les réseaux déjà existants dans la région MENA (exemple de M coalition), et la mobilisation de mécanismes de surveillance pour garantir les droits humains.

- **Sensibilisation de l'ensemble de la population**

Les participants recommandèrent de multiplier les événements nationaux qui atteignent l'ensemble de la population : par exemple, le travail fait par *Sidaction* Marocain a permis de rendre visible le VIH depuis 2005. En effet, ces événements sont des opportunités pour envoyer des messages clairs à la population et aux populations clés, et aussi d'envoyer des messages spécifiques aux acteurs institutionnels. De plus, ils ont appelé les ministères de la santé à augmenter le nombre de campagnes de sensibilisation chez la population générale.

## *Synthèse des actions prioritaires et les étapes suivantes*

Pour conclure ce dernier jour de réunion de l'IAS, Dr Ouarsas présenta une synthèse des travaux de groupes, répertoriant les actions prioritaires qui ont été identifiées et rappela les étapes à accomplir dans les deux prochaines années.

### ► **Principales actions proposées**

Les actions principales recommandées par les deux groupes de travail, basées sur des deux premiers jours de présentations et de discussions, ont été les suivantes :

- **formation du personnel de santé ;**
- **utilisation des NTIC ;**
- **développement de guides régionaux ;**
- **création de synergies entre l'état et la société civile ;**
- **organisation d'événements locaux et régionaux ;**
- **création d'espaces de rencontre attractifs pour les PC ;**
- **travail en réseau ;**
- **mise en place d'approches innovantes en terme de prévention, de dépistage et d'accès aux soins ;**
- **extension de la PrEP ;**
- **promotion du dépistage non-médical ;**
- **mise en œuvre d'essais pilotes sur les autotests ;**
- **système de soutien et réduction de la perte de vue des patients au cours du suivi dans les services de santé ;**
- **promotion du dépistage pour les mineurs.**

Toutes ces actions constituent un énorme travail pour les responsables du plaidoyer de la plateforme MENA de Coalition PLUS. Plusieurs de ces actions proposées sont déjà en phase de développement et le processus de recherche de financements a déjà débuté. Les autres devraient être concrétisés et mises en œuvre le plus tôt possible.

### ► **Les actions concrètes lancées**

Dr Ouarsas compila une liste des actions qui ont déjà été lancées. Parmi lesquelles :

- la création d'unités mobiles de dépistage en Mauritanie ;
- l'expansion du dépistage communautaire au Maroc dans toutes les sections de l'ALCS ;
- le soutien aux pays volontaires pour conduire des études et disposer de stratégies d'information (exemple de l'étude RDS chez les PUDVI à Alger) ;
- l'appui à l'expansion de centres de santé sexuelle dans quatre villes marocaines ;
- les activités de coordination de soins aux patients en Tunisie ;
- le développement d'un guide régional pour la mise en place de la prévention combinée et de groupes de travail régionaux pour partager les bonnes pratiques,
- une journée thématique sur la PrEP au niveau régional dans le but de présenter les résultats de l'essai pilote PrEP mené au Maroc et pour convaincre les décideurs de mettre en œuvre cette approche le plus rapidement possible ;
- organiser une journée thématique sur l'amélioration de la cascade de soins au niveau régional ;
- organiser un séminaire sur la mobilisation de financements pour mettre en œuvre des services.

Les chargés de plaidoyer de chaque pays conduisent un plan d'action régional pour la plateforme MENA en définissant un programme d'action pour les deux prochaines années.

## Conclusion

---

La série de réunions de l'IAS Educational Fund a été l'occasion pour les participants Nord Africains de bénéficier d'un bilan exhaustif des apports de la 21<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur le Sida (AIDS 2016) qui s'est déroulée à Durban, en Afrique du Sud en juillet 2016.

Cela a permis aux participants de mettre à jour leurs connaissances et de tenir compte des avancées et des recommandations faites dans les domaines de la prévention, du dépistage, des traitements et des soins. Les réunions ont aussi été des espaces de partage et d'échange sur les pratiques de chacun et ont permis de définir les priorités des pays de cette région. Les principales priorités sont d'améliorer la cascade de soins du VIH en promouvant les services de dépistages et la PrEP via les réseaux sociaux, de renforcer le suivi des patients afin d'éviter l'attrition et de déployer ou d'étendre le dépistage réalisé par les prestataires communautaires.

La dimension régionale de ces réunions a permis un échange d'expériences entre les quatre pays participants. D'après les priorités qu'ils ont définies, les participants ont aussi pu se servir de ces réunions pour définir un plan d'action régional visant à faire progresser la lutte contre le VIH. Ce plan a pris en considération les contextes nationaux et les capacités locales. Les participants se sont également engagés dans l'amélioration de l'environnement opérationnel en s'attaquant à la stigmatisation des populations clés et en agissant sur l'environnement juridique pour protéger les droits des populations clés. Cela est essentiel pour traduire les avancées scientifiques dans des actions concrètes.

# Évaluation

---

Il a été demandé aux participants de compléter un questionnaire pour évaluer les trois jours de réunions.

Pour les réunions post-conférence AIDS du 15 mars, 48% des participants ont complété le questionnaire (32 des 66 participants). Pour le troisième jour 69% des participants ont complété le questionnaire (29 des 42 participants).

Un questionnaire électronique, portant sur le séminaire scientifique du deuxième jour, a été envoyé par email aux participants, le taux de réponse a été de 38% (44 sur 115).

De manière générale, les retours ont été très positifs, la plupart des réunions ont été évaluées « bonne » ou « excellente ». Les présentations ont été très appréciées par les participants, tout comme les temps dédiés aux questions, aux discussions et à la sélection des sujets à aborder.

La majorité des répondants ont reporté qu'ils ont acquis des connaissances sur la recherche sur le VIH et sur les avancées scientifiques. Ils ont aussi indiqué avoir acquis de nouvelles réflexions sur la manière dont les dernières découvertes scientifiques pouvaient répondre aux enjeux locaux. Enfin, ils ont affirmé avoir pu tisser de nouveaux réseaux.

Les recommandations pour améliorer les prochaines réunions de l'IAS Educational Fund comprennent :

- Organiser des réunions Educational Fund dans les autres pays de la région MENA de manière régulière
- Impliquer davantage les communautés, les populations clés et les décideurs politiques
- Au sujet du contenu, se concentrer davantage sur les idées innovantes, sur les meilleures pratiques, les recommandations et les mécanismes de suivi et d'évaluation
- Fournir un questionnaire aux participants avant les réunions pour que la sélection des sujets soit basée sur les priorités nationales et régionales.

# Annexes

---

## Agendas:

### Agenda du jour 1 : 15 mars 2017

#### **Introduction, les objectifs de la journée et la présentation des participants (Hakima Himmich)**

- **Services de conseil et de dépistage du VIH (HTS) : les derniers apports depuis la conférence de Durban**
  - a) Les derniers apports depuis la conférence de Durban - Mehdi Karkouri – ALCS
  - b) Retour sur la conférence internationale SIDA de Durban – Bruno Spire, IAS
  
- **Le contexte régional du Maghreb sur la réponse au VIH (prévention, amélioration de la cascade de soins, environnement opérationnel, rôle de la société civile)**
  - a) Le contexte Algérien – Fatiha Razik (spécialiste des maladies infectieuses à l'hôpital d'Alger et APCS)
  - b) Le contexte Tunisien – Mohamed Chakroun (spécialiste des maladies infectieuses à l'hôpital de Monastir et président du CCM Tunisie)
  - c) Le contexte Mauritanien – Djibril Sy (SOS pairs Éducateurs)
  - d) Le contexte Marocain – Aziza Bennani (responsable du département des IST/VIH et représentante du ministère de la santé)
  
- **-Groupes de travail : « définition des priorités »**
  - a) Groupe 1 : Méthodes innovantes de prévention et amélioration de la cascade de soins du VIH – Lahoucine Ouarsas (ALCS) et B. Spire (IAS)
  - b) Groupe 2 : Amélioration de l'environnement opérationnel et rôle de la société civile – Vincent Pelletier (Coalition PLUS Internationale Sida) et Mehdi Karkouri (ALCS)

#### **Présentations de chacun des groupes de travail et mise en commun/échange – Lahoucine Ouarsas (ALCS)**

#### **Clôture – Mehdi Karkouri (ALCS)**

### Agenda du jour 2 : 16 mars 2017

#### **Introduction (Bruno Spire, Kamal Marhoum El Filali)**

- **Les principales recommandations de l'OMS sur le conseil et le dépistage du VIH**
  - a) Les recommandations de l'OMS sur les services de dépistage, Yves Souteyrand, OMS Maroc
  - b) L'expérience du dépistage réalisé par les prestataires communautaires au Maroc – Fatima Zahra Hajouji, ALCS
  - c) Guide sur les bonnes pratiques de dépistage au Maghreb – Mohamed Chakroun (représentant de la plateforme MENA)
  
- **Groupe de discussion sur la PrEP**
  
- **Comment améliorer l'intervention sur l'environnement ?**
  - a) Mise en place de programme de Réduction des Risques à Alger
  - b) Programmes de prévention chez les HSH en Tunisie – Fouad Boutemak, ATL MST SIDA
  - c) Bilan de l'environnement juridique au Maroc – Rachid Aboutaieb, chercheur, consultant pour le comité national des droits de l'homme
  
- **Conclusion du deuxième jour – Amal Benmoussa (ALCS, Maroc)**

*Agenda du jour 3 : 17 mars 2017*

- **Sommaire des recommandations et des priorités identifiées durant les deux premières journées**
- **Groupes de travail : Établir un plan d'action régional et définir les mécanismes de suivi dans l'identification des domaines prioritaires**
  - a) Groupe 1 : Prévention innovante et cascade de soin du VIH.
  - b) Groupe 2 : Environnement favorable et rôle de la société civile – Sommaire des actions prioritaires
- **Synthèse des actions prioritaires et les étapes suivantes**