

The logo for FORSS is centered within a large white circle. The word "FORSS" is written in a bold, blue, sans-serif font. The letter "O" is stylized as a target or bullseye, consisting of a dark blue outer ring, a white middle ring, and a small dark blue dot in the center.

FORSS

**RAPPORT D'ÉTAT DES LIEUX DES
SERVICES DISPONIBLES EN MATIÈRE
DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU
MAROC**

ASSOCIATION NATIONALE DE RÉDUCTION
DES RISQUES DE DROGUES (RDR-MAROC)
Rapport rédigé par Olivier MAGUET, Consultant
FÉVRIER 2019

Résumé exécutif

1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Le projet FORSS (« FORmer Suivre Soutenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA ») est initié par Solidarité Sida et ITPC-MENA avec le soutien financier de l'Initiative 5%. Il a pour objectif général l'amélioration de la qualité de la prévention, des soins du VIH/sida et de l'accès aux traitements dans la région MENA, notamment à destination des populations clés : usagè.e.s de drogues injectable (UDI), travailleur.se.s du sexe (TS), hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).

Le projet a vocation à créer un système de surveillance communautaire de la qualité des services mis en place pour répondre à l'épidémie de VIH/sida, qui permettra tout au long de l'exécution du projet de mesurer le niveau de l'offre et de la qualité de ces services. Pour répondre à cet objectif, le projet repose sur trois piliers :

- L'amélioration des connaissances et des pratiques des acteurs communautaires en termes de prévention et de soins aux PVVIH.
- La collecte et diffusion de données nationales et régionales sur la qualité de l'accessibilité aux services de prévention et de soins au travers d'un observatoire régional.
- Le développement d'actions de plaidoyer pour influencer les stratégies de lutte contre le VIH-sida et leur modalité de mise en œuvre.

La première étape de ce projet consiste à réaliser, dans chacun des pays, un état des lieux de départ, qui doit permettre de formuler des recommandations pour les actions à mener dans le cadre du programme dans le pays concerné et de servir de référence pour l'évaluation du programme à son terme.

Cet état des lieux a permis d'identifier les écarts entre d'une part les normes et standards de qualité existants ainsi que les services et interventions prévus au Maroc et d'autre part la réalité de l'existence et de l'accès effectif à ces services et interventions au Maroc.

2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Deux enseignements principaux peuvent être dégagés de l'étude sur l'existence et l'accès aux services pour les PVVIH et populations clés au Maroc :

Un élément de contexte très favorisant pour mener une action d'amélioration de la qualité des services VIH :

Sur le plan des textes, le Maroc se rapproche du niveau des standards internationaux définissant des interventions VIH/sida de qualité pour les PVVIH et populations clés, tant dans la vision et les principes que dans le détail des mesures à mettre en œuvre. Il existe bien sûr quelques écarts, mais ils sont peu nombreux. La distorsion la plus importante réside dans l'absence, dans les textes stratégiques nationaux au Maroc, de considérations précises relatives à l'évolution de dispositions pénales relatives aux populations clés.

Des écarts assez importants entre les intentions proclamées et la mise en œuvre effective des mesures destinées aux PVVIH et aux populations clés. Ces écarts concernent quasiment toutes les mesures, à l'exception de la mise à disposition du préservatif (qui reste toutefois officiellement interdite aux mineurs de moins de 18 ans). Le tableau ci-après résume les écarts.

3. SYNTHÈSE DES ÉCARTS ENTRE SERVICES EXISTANTS ET EFFECTIVEMENT ACCESSIBLES / NORMES ET STANDARDS OPTIMAUX

Interventions et services en direction des populations clés répondant aux standards optimaux de qualité	Standards Maroc	Existant effectivement	Niveau de couverture en service	Effectivement accessible pour les pop. clés	Remarques : barrières et attentes
Préservatifs	OUI	OUI	Étendu	***	Accès difficile pour les mineurs HSH (interdit légal)
Lubrifiants	NON		Nul	∅	
IEC adapté	OUI	OUI (sauf HSH)	Limité	**	Dépend uniquement des initiatives associatives IEC adaptée HSH inexistante
Counselling	OUI	OUI	Étendu	**	Défiance envers les services proposés dans le dispositif de santé publique, besoin de développer des approches communautaires (TS)
Dépistage en centres de santé	OUI	OUI	Étendu	**	Même remarque que ci-dessus
Dépistage communautaire	OUI	OUI	Pilote	*	Expérimentation ALCS qui bénéficie aux publics de l'ALCS. Décret autorisant le dépistage communautaire adopté, mais pas de généralisation effective
Autotest VIH	OUI	NON	Nul	∅	Expérimentation prévue au PSN mais pas mise en œuvre
ARV VIH	OUI	OUI	Limité	**	Couverture limitée car seulement 17 centres de référence sur les 38 prévus
Prévention IST	OUI	OUI	Étendu	*	Campagnes d'information/prévention non adaptées aux populations clés
Dépistage périodique IST	OUI	?	?	?	À explorer
Dépistage gratuit IST	OUI	OUI	?	?	À explorer
Soins IST	OUI	OUI	Étendu	**	
Cliniques de santé sexuelle PC	OUI	OUI	Limité	*(HSH, TS)	Cliniques associatives, essentiellement ALCS
Prévention hépatites virales	OUI	OUI	Étendu	**	Information disponible sur les modes de transmission
Dépistage hépatites virales	OUI	OUI	Limité	*	Pas de dépistage en routine offert aux populations clés; dépistage uniquement lors des enquêtes biocomportementales
Soins hépatites virales	OUI	OUI	Limité	*	Les traitements sont disponibles au Maroc, mais pas de prise en charge à ce jour par RAMED, donc peu accessibles aux populations clés hors CSP +
Vaccination hépatite B	NON		Nul	∅	La vaccination hépatite B avait été systématiquement proposée aux HSH et TS inclus dans l'expérimentation PrEP
Prévention/gestion overdoses	NON		Nul	∅	Ne figure plus dans un document stratégique national
Seringues à usage unique	OUI	OUI	Limité	**	Uniquement mis à disposition par les associations de RdR. Plan de déploiement des programmes de RdR de proximité pas finalisé
TSO méthadone	OUI	OUI	Limité	*	Le nombre de centres d'addictologie n'est pas conforme au plan de déploiement Liste d'attente
TSO buprénorphine	OUI		Nul	∅	
TSO en prison	OUI	OUI	Pilote	*	Les rares détenus en TSO sont des patients UDII qui avaient été inclus en milieu libre et pour lesquelles les associations assurent le relais méthadone. Dispositif non pérenne reposant uniquement sur la bonne volonté des acteurs pénitentiaires et associatifs. Ne correspond pas aux dispositions prévues dans le PSN
PrEP	OUI		Pilote	∅	Expérience menée sur trois sites en 2017-2018, mais finie. Donc pas d'accès effectif à ce jour
PPE (dont risque sexuel)	OUI	OUI	Étendu	*	Très faible utilisation du dispositif de la PPE par les PC
Santé sexuelle et reproductive, cliniques de santé sexuelle	OUI	OUI	Limité	*	Uniquement les cliniques associatives, essentiellement ALCS pour HSH et TS
Lutte contre la stigmatisation et les discriminations	OUI	NON	Nul	∅	Le PSN prévoit un observatoire et des mécanismes de recours en cas de violation des droits d'accès aux services / Pas mis en place

Seulement 31% des interventions répondant aux normes et standards de qualité (8 sur 26) sont effectivement plus (***) ou moins (**) accessibles aux populations clés. À contrario : 27% sont totalement inaccessibles (∅) aux populations clés.

Les points de vigilance pour le programme FORSS sont ainsi identifiés avec la description des écarts dans l'accès effectif aux services par les PVVIH et les populations clés au Maroc. Outre l'attention à apporter à l'évolution de ces écarts, une recommandation générale pour le programme FORSS au Maroc pourrait être de déployer une action ciblant le ministère de la Santé, qui est le responsable en dernier ressort de la conformité des services et interventions effectivement existantes avec ce qui est prévu dans les textes stratégiques nationaux. Cette action aurait pour objectif d'agir sur les leviers permettant de faciliter l'accès effectif des populations clés aux mesures qui dépendent des autorisations et/ou des services du ministère de la Santé. Cet objectif général pourrait être décliné avec les objectifs spécifiques suivants :

- 1°) Contribuer à lever les barrières existantes dans les facilités publiques de santé susceptibles d'accueillir les populations clés : hôpitaux (centres de référence VIH et service des urgences pour la PPE) et établissements de soins de santé de base (*counseling*-dépistage et traitement syndromique des IST), pôles d'addictologie en raison du comportement et de l'attitude des professionnels de santé dépendant du ministère de la Santé.
- 2°) Contribuer à opérationnaliser des mesures essentielles pour les populations clés qui sont prévues dans le PSN mais non mises en œuvre ou non disséminées : PrEP, dépistage communautaire, autotest, prévention/gestion des overdoses. Les protocoles et standards adaptés au contexte marocain existent déjà pour ces interventions.
- 3°) Contribuer à lever les barrières à l'accès effectif à toutes les mesures de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et prise en charge de l'hépatite C en mettant effectivement en œuvre la stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C.

Dans une perspective de pérennisation des programmes de proximité mettant à disposition une partie des services et interventions en direction des populations clés, il est recommandé que le programme FORSS au Maroc suive avec attention le processus d'accréditation-habilitation des programmes de proximité associé à la transition du Fonds mondial, dont la préfiguration sera mise en œuvre sur la même période que celle correspondant à l'exécution du programme FORSS. Ce processus est mis en œuvre pour permettre le transfert du financement des ressources humaines et des activités de ces programmes de la subvention Fonds mondial au ministère de la Santé.

Les acteurs du programme FORSS au Maroc disposent d'indicateurs mesurables pour lesquels ils peuvent définir les valeurs cibles souhaitées à la fin du programme.

Sommaire

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	2
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	2
2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	2
3. SYNTHÈSE DES ÉCARTS ENTRE SERVICES EXISTANTS ET EFFECTIVEMENT ACCESSIBLES / NORMES ET STANDARDS OPTIMAUX	3
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	6
CONTEXTE, OBJECTIF ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	7
1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	7
2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	7
3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	7
4. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE	8
REVUE DE LITTÉRATURE	9
1. LITTÉRATURE INTERNATIONALE	9
Textes d'engagement politique	9
Textes relatifs aux recommandations correspondant à ces engagements	9
Pour les UDI	9
Pour les HSH	9
Pour les TS	10
Femmes et VIH	11
Prisons et VIH	11
2. LITTÉRATURE MAROC	12
Les documents d'engagement du pays	12
Les documents stratégiques	12
Les documents techniques marocains (normes et standards)	14
Les dispositions légales en lien avec les populations clés au Maroc	17
3. SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE : ÉCARTS STANDARDS INTERNATIONAUX DE QUALITÉ / MAROC	18
ANALYSE DE L'OFFRE EFFECTIVE ET DE L'ACCÈS EFFECTIF AUX SERVICES	19
1. INFORMATION, PRÉVENTION ET DÉPISTAGE	19
2. TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE	21
3. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION	23
4. SYNTHÈSE DES ÉCARTS ENTRE SERVICES EXISTANTS ET EFFECTIVEMENT ACCESSIBLES / NORMES ET STANDARDS OPTIMAUX	24
RECOMMANDATIONS	25
INDICATEURS POUR LE SUIVI-ÉVALUATION DU PROJET	27
1. ÉVALUATION DE RÉSULTAT	27
2. SUIVI ET ÉVALUATION DE PROCESSUS	27
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXES	29
1. ANNEXE 1 : Note de synthèse projet FORSS	29
2. ANNEXE 2 : Calendrier mission terrain	30
3. ANNEXE 3 : Trame utilisée pour les groupes de discussion	31
Trame groupe de discussion UDI	32
Trame groupe de discussion TS	33
Trame groupe de discussion HSH	34

Liste des sigles et abréviations

AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Antirétroviraux
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IST	Infection sexuellement transmissible
MENA	Middle East and North Africa (Région Afrique du Nord et Moyen-Orient)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU DC	Office des Nations unies de lutte contre la drogue et la criminalité
PPE	Prophylaxie post-exposition
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RDR	Réduction des risques
TS	Travailleur-se-s du sexe
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UDI	Usager-ère-s de drogues injectables
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session, pour Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

À noter que la terminologie usuelle internationale pour désigner les personnes que le contexte marocain qualifie de « professionnelles du sexe, professionnels du sexe » (PS) est « travailleuse du sexe, travailleur du sexe » (TS).

Contexte, objectif et méthodologie de l'étude

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le projet FORSS (« FORMer Suivre Soutenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA ») est initié par Solidarité Sida et ITPC-MENA, en partenariat avec 5 associations partenaires (AGD – Mauritanie, Al Shehab – Égypte, ATP+, Tunisie, M-Coalition – Liban, RdR-Maroc – Maroc) avec le soutien financier de l'Initiative 5%. Il a pour objectif général l'amélioration de la qualité de la prévention, des soins du VIH/sida et de l'accès aux traitements, notamment à destination des populations clés : usagées de drogues injectables, travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Par la suite dans ce rapport, ces trois groupes seront dénommés par les acronymes respectifs de : UDI, TS et HSH. Le programme FORSS est décliné dans cinq pays de la région, avec pour chaque pays un porteur de projet au niveau national. Au Maroc, le porteur du projet est l'association RdR Maroc avec ITPC-MENA qui assure la coordination au niveau régional auprès de Solidarité Sida.

Le projet d'une durée de trois ans est présenté en annexe dans la fiche technique transmise par les partenaires. Ce document a été utilisé pour informer les personnes et structures sollicitées sur le projet FORSS.

2. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

La première étape de ce projet consiste à réaliser, dans chacun des pays, une étude au démarrage du projet (dite « étude baseline »). L'étude a pour objectifs de

- Fournir un état des lieux des services de prévention et de soins disponibles au Maroc
- Participer à l'amélioration des connaissances et pratiques des acteurs communautaires en matière de services de prévention et de soins aux PVVIH et populations clés au Maroc
- Servir de base aux formations des acteurs communautaires sur la qualité des services de prévention et services de prise en charge en région MENA
- Servir de support aux stratégies de plaidoyer pour l'amélioration de l'offre de services.

L'état des lieux doit en particulier permettre d'identifier les écarts entre d'une part les normes et standards de qualité en vigueur ainsi que les services et interventions prévus au Maroc, et d'autre part la réalité de l'existence et de l'accès effectif à ces services et interventions au Maroc.

3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

La méthodologie de l'étude était préalablement définie par les organisateurs et partagée avec le consultant chargé de la réalisation de la présente étude. Elle reposait sur deux volets de mise en œuvre :

- une revue de la littérature permettant d'identifier ce que disent les textes à différents niveaux (international, national, local, association, etc.). Ce premier volet a été rédigé en début de consultation et complété avec les textes recueillis pendant et après la mission terrain.
- une revue de l'offre disponible pour compléter et vérifier les résultats de l'examen documentaire, mettre en lumière les écarts existants entre les normes et procédures et la réalité terrain. Ce second volet a été réalisé par le biais d'une mission terrain qui a permis un recueil de données auprès des acteurs communautaires, des bénéficiaires, des professionnels de santé et des parties prenantes de la riposte nationale.

La consultation correspondant à cette première étape s'est déroulée en décembre 2018 et janvier 2019, avec une mission terrain organisée la semaine du 17 au 21 décembre 2018 (voir calendrier de la mission en annexe 2). Le recueil d'information a été poursuivi à distance au mois de janvier 2019 (mails, entretien Skype) après la mission terrain pour compléter les impossibilités et manques constatés lors de la mission terrain, en partie dus à un montage dans un laps de temps imparti très rapide. Les derniers éléments ont été reçus dans la semaine du 21 janvier 2019.

Pour faciliter la compréhension de la situation de départ et les enjeux en matière d'amélioration de la couverture et de la qualité en service, le consultant a proposé une évaluation qualitative du niveau d'accès aux services de prévention et de soin du VIH pour les populations clés. Cette évaluation est présentée en synthèse de l'analyse sous la forme d'un tableau mesurant, pour chacun des services identifiés comme étant le standard pour les populations clés : son existence et son déploiement au Maroc ; son accessibilité effective pour les populations clés.

4. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

Comme indiqué ci-dessus, la consultance relative à cette étude a été montée rapidement, ce qui a eu un impact sur la préparation de la mission terrain, et donc des temps de rencontre (groupes de discussion, entretiens). Le consultant avait initialement proposé de décliner le recueil d'information sur trois sites complémentaires, en termes à la fois de localisation géographique, d'existence de services appropriés aux populations clés et de réponses communautaires ciblant l'une ou l'autre des populations clés. Avaient ainsi été proposés les sites de Tanger (Nord du pays, focus UDI et TS femmes, siège du partenaire RdR Maroc), de Marrakech (Sud du pays, focus HSH et TS hommes), de Rabat (cadres institutionnels de la riposte nationale) et de Casablanca (ALCS, première organisation communautaire de lutte contre le VIH et initiatrice d'expérimentations + ITPC MENA). Sur chacun de ces sites, il était prévu de pouvoir rencontrer des professionnels de santé.

Pour des contraintes matérielles, la mission terrain s'est finalement déroulée sur les sites de Tanger, Rabat et Casablanca. Une partie des informations correspondant au recueil initialement prévu à Marrakech a été réalisé par entretien Skype à distance. Le volet des professionnels de santé investis dans la prise en charge du VIH n'a pu être investigué que sur le site de Tanger, ce qui est très limitatif ; mais le site de Tanger n'étant pas le site historique de prise en charge au Maroc, ce choix présente l'avantage de donner à voir la réalité d'un plateau médian de prise en charge au Maroc. Enfin, les cadres nationaux de la riposte (travaillant pour les trois institutions principales de la riposte :

ministère de la Santé, unité de gestion du Fonds mondial, ONUSIDA) ont été vus ensemble, à leur demande. Cela a certainement empêché l'approfondissement des questions prévues pour ces entretiens. Le site de Casablanca, initialement prévu pour une investigation avec l'équipe de l'ALCS, n'a finalement donné lieu qu'à une réunion tripartite de présentation du projet FORSS (RdR Maroc, ITPC-MENA, ALCS) – mais cela a permis d'organiser une consultation à distance avec un interlocuteur identifié et mandaté par l'ALCS pour répondre aux questions du consultant.

Le présent rapport répond au livrable attendu à l'issue de la première étape de la mise en œuvre du projet FORSS pour le Maroc.

Revue de littérature

1. LITTÉRATURE INTERNATIONALE

TEXTES D'ENGAGEMENT POLITIQUE

Le Maroc fait explicitement référence dans ses propres documents stratégiques aux engagements du système des Nations unies, en particulier :

- La Stratégie ONUSIDA 2016-2021 visant à l'accélération de la riposte pour atteindre « Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès liés au sida » et la fin de l'épidémie de sida d'ici 2030
- La Déclaration Politique sur le VIH/sida adoptée à la réunion de Haut Niveau des Nations Unies en 2016.
- L'Objectif 90/90/90 pour 2020.
- (Indirectement) L'Agenda 2030 de développement durable, en particulier avec l'ODD n°3.

Toutefois, d'autres textes ou déclarations de haut niveau plus spécifiques ne sont pas pris en compte explicitement dans les textes marocains, alors qu'ils pourraient pourtant avoir un impact fort sur l'amélioration de l'accès aux services et interventions de prévention et de prise en charge du VIH chez les populations clés. C'est par exemple le cas avec la Déclaration adoptée le 19 avril 2016 par la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) consacrée à la politique internationale de contrôle des drogues qui mentionne explicitement l'objectif de fin du sida d'ici à 2030 chez les UDI.

TEXTES RELATIFS AUX RECOMMANDATIONS CORRESPONDANT À CES ENGAGEMENTS

Les publications du système des Nations unies sous la forme de guides techniques ou de normes et standards visant à atténuer l'épidémie de VIH/sida chez les populations clés doivent bien évidemment être pris en compte. En tous les cas, et en toute logique, lorsqu'un pays adopte la vision, les principes et les objectifs définis dans les textes d'engagement politique de haut niveau, cela signifie qu'il devrait souscrire aux recommandations techniques pour la mise en œuvre d'actions permettant d'atteindre effectivement ces objectifs et respectant les principes identifiés. La déclinaison nationale de ces recommandations techniques internationales est d'autant plus importante pour les pays où l'épidémie est concentrée dans les populations les plus à risques comme les UDI, les HSH et les TS comme c'est le cas au Maroc, avec des prévalences respectivement de 7,1% chez les UDI, de 4,5% chez les HSH et de 1,3% chez les TS

(femmes) contre 0,08% au sein de la population générale.

Les principaux documents techniques internationaux de référence ciblant les populations clés objets du programme FORSS et aujourd'hui en vigueur sont les suivants.

POUR LES UDI

Les normes et standards internationaux ont été posés en 2009 dans un guide technique publié par l'ONUSIDA et l'OMS¹. Ce guide définit un « paquet intelligent » (« comprehensive package ») de neuf interventions dont l'efficacité dans la réduction de l'incidence du VIH dans cette population a été prouvée :

1. Programmes d'échanges de seringues
2. Traitements de substitution aux opiacés
3. Counselling et dépistage VIH
4. Accès aux ARV VIH
5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
6. Accès aux préservatifs pour les UDI et leurs partenaires
7. Information, éducation et communication adaptée
8. Prévention, diagnostic et traitement des hépatites virales
9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose

La révision de 2012 contribue à consolider l'approche de RdR en utilisant, pour la première fois, l'expression anglaise "Harm Reduction", habituellement traduite par "Réduction des Risques" dans un environnement francophone : *"Les interventions contenues dans ce paquet intégré sont communément admises comme des approches de Réduction des Risques pour l'usage de drogues par voie injectable"*. Ce paquet de services a été ultérieurement précisé sur une intervention qui faisait encore l'objet d'un débat en 2012 : la prévention et la gestion des overdoses. Ces dernières ont effectivement été considérées comme un enjeu de santé publique en 2013 (note OMS/ONUSIDA²) et l'OMS est allée plus loin en 2014 en reconnaissant la possibilité d'un accès à la naloxone par des non-professionnels de santé³.

POUR LES HSH

Les recommandations de l'OMS véritablement spécifiques pour les HSH ont été publiées pour la première fois en juillet 2014, dans le cadre

1 Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users (uniquement en version anglaise).

2 Opioid overdose : preventing and reducing opioid overdose mortality, discussion paper (uniquement en version anglaise)

3 Community management of opioid overdoses (uniquement en version anglaise)

d'un guide pour la prévention, le traitement et la prise en charge des populations clés⁴. Cette date est d'autant plus importante que c'est cette première série de recommandations à destination des HSH qui a proposé l'introduction de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour ce groupe de populations clés. Le guide a été actualisée en juillet 2016. Il promeut bien sûr le paquet habituel d'interventions destinées à prévenir l'infection et à en atténuer les conséquences, mais en précisant concrètement la nature de ces interventions pour chacune des populations-clés – dont les HSH ; et insiste sur le fait que l'efficacité de la riposte au VIH pour ces populations exige d'agir pour un environnement social et légal plus favorable aux HSH (dont la décriminalisation des pratiques sexuelles associées aux HSH ainsi que la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence dont ils sont victimes).

Les volets spécifiques et/ou importants pour les HSH dans les interventions VIH :

- Accès sans limite aux préservatifs et lubrifiants. Les recommandations insistent sur l'importance du lubrifiant dans le kit de prévention du risque sexuel, particulièrement dans les rapports anaux.
- Interventions comportementales sur les espaces physiques (lieux de rencontre) et virtuels (réseaux sociaux, sites de rencontres) fréquentés par la communauté.
- Accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP), considérée comme un des outils de la prévention combinée.
- Accès à la prophylaxie post-exposition (PPE).
- Les services de counselling, dépistage et traitement doivent aussi pouvoir être proposés sur une base communautaire pour en faciliter l'accès effectif et favoriser l'inclusion et la rétention en traitement.
- Vaccination contre le virus de l'hépatite B.
- Accès à des services de santé sexuelle adaptés aux besoins des HSH, et délivrés par des centres spécialisés quand l'environnement est particulièrement discriminant.
- Dépistage du cancer anal.

POUR LES TS

Les normes et standards internationaux en vigueur sont le fruit d'une démarche conjointe entre des agences du système des Nations unies (OMS, UNFPA, ONUSIDA) et une organisation communautaire (le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe connu sous son acronyme anglais NSWP, Global Network of SexWork Projects). Elles sont diffusées dans deux guides complémentaires qui répondent au même objectif de définir un paquet intelligent d'interventions VIH/sida en direction des TS. Le premier guide, publié en 2012, a émis des recommandations techniques sur la conduite d'interventions efficaces de prévention et de traitement du VIH et des autres IST auprès des TS⁵. Ces recommandations sont de deux ordres :

- Quatre recommandations de portée générale sur le contexte légal et social : dépénalisation du travail du sexe, environnement légal protecteur pour les TS, lutte contre la violence faite aux TS, etc.
- 8 recommandations précisant les interventions et services à développer en direction des TS :
 - o Mise à disposition d'un ensemble complet d'interventions favorisant l'autonomisation de la communauté des TS
 - o Utilisation du préservatif chez les TS et leurs clients
 - o Dépistage périodique des IST asymptomatiques / dépistage gratuit dans les contextes de forte prévalence
 - o Conseil et dépistage du VIH
 - o Accès aux ARV selon les directives OMS
 - o Paquet de services de RdR tel que défini dans le guide technique des Nations unies (voir ci-dessus)
 - o Vaccination contre le virus de l'hépatite B

Le second guide, publié en 2015, donne des indications et des conseils sur la façon de mettre concrètement en œuvre ces recommandations, en s'appuyant sur des exemples de pratiques optimales à travers le monde⁶.

Des documents complémentaires peuvent aussi être pris en compte dans le cadre de la littérature pour le programme FORSS dans la mesure où ils prennent en compte des facteurs de vulnérabilité supplémentaires pesant sur les populations clés : le genre et le milieu carcéral.

4 Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations, première édition en 2014, puis révision en 2016 (uniquement en version anglaise)

5 Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

6 Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives.

FEMMES ET VIH

La littérature internationale sur « Femmes et VIH » est très riche. Un document assez récent a le mérite de présenter de façon synthétique les orientations et recommandations du système des Nations unies sur ce sujet : il s'agit du Rapport du Secrétaire général présenté au Conseil économique et social des Nations unies le 23 décembre 2015 et consacré aux *Femmes et aux filles face au VIH/sida*. Ce document est intéressant car il peut être considéré comme définissant les standards attendus dans les ripostes nationales au VIH en matière d'égalité des sexes, d'accès effectif aux services de prévention, traitement, soins et soutien aux femmes et aux filles, d'environnement social et légal propice à la prévention du VIH et à l'atténuation de ses effets. Ce document rappelle explicitement que la lutte contre les inégalités de sexe et contre les violences basées sur le genre (VGB) sont une condition indispensable à la réalisation des objectifs de fin de l'épidémie à l'horizon 2030. Le document rappelle que la prophylaxie pré-exposition peut fournir aux femmes les plus vulnérables au VIH un moyen de se protéger du risque et de prévenir l'infection. Le rapport prône aussi l'intégration des services VIH en direction des femmes aux programmes de santé sexuelle et reproductive, en particulier pour réduire le risque de stigmatisation.

PRISONS ET VIH

Une partie conséquente des populations clés connaît ou a connu une trajectoire carcérale, en raison de l'application des lois pénales définissant et réprimant des infractions en lien avec le statut ou les pratiques des populations clés. Les UDI sont particulièrement touchés à l'échelle du globe en raison d'une application stricte de lois nationales répressives adoptées en application des conventions internationales sur le contrôle des drogues. Dans la région MENA, les HSH sont eux aussi particulièrement exposés, en raison de l'existence de lois définissant la « sodomie » ou un « acte immoral entre personnes de même sexe » comme une infraction passible d'emprisonnement. C'est le cas au Maroc (voir ci-dessous). Voilà pourquoi le système des Nations unies a souhaité compléter les normes et standards d'intervention existant pour les populations clés par la définition d'un paquet de mesures spécifiques aux interventions VIH en milieu carcéral. Le cadre de référence actuellement en vigueur est celui publié conjointement par cinq agences du système en

juin 2013 : ONUDC, OIT, PNUD, OMS et ONUSIDA⁷. Ce cadre a pour objectif d'aider les pays à trouver des réponses efficaces face au VIH et au sida dans les lieux d'enfermement et définit, à cette fin, 15 mesures d'intervention clefs. Une partie des quinze mesures sont celles déjà définies dans les guides spécifiques aux populations clés.

1. Information, éducation et communication
2. Programmes de distribution de préservatifs
3. Prévention de la violence sexuelle
4. Traitement de la dépendance aux drogues, y compris traitement de substitution aux opioïdes
5. Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues propres
6. Prévention de la transmission lors de soins médicaux ou dentaires
7. Prévention de la transmission par tatouage, piercing et autres formes de pénétration cutanée
8. Traitement post-exposition
9. Dépistage du VIH et services de conseil
10. Traitement, soins et accompagnement en matière de VIH
11. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
12. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
13. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
14. Vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales
15. Protection du personnel face aux risques professionnels

⁷ Note d'orientation. Prévention, soin et traitement du VIH dans les prisons et autres structures fermées : ensemble complet de mesures d'intervention

2. LITTÉRATURE MAROC

LES DOCUMENTS D'ENGAGEMENT DU PAYS

Un droit à la santé pour tous et sans discriminations est garanti au plus haut niveau, fruit d'une démarche volontariste. En effet, c'est la réforme de la *Constitution marocaine en juillet 2011* consécutive aux Printemps arabes et au Mouvement du 20-Février au Maroc qui a introduit le droit à la santé comme un droit constitutionnel. Le Préambule de la Constitution réaffirme l'attachement du Royaume aux droits humains tels qu'ils sont universellement reconnus, dont dans le cadre des conventions internationales relatives aux droits humains et ratifiées par le Maroc.

Par ailleurs, le Maroc a adopté une stratégie ambitieuse de développement humain, dans le cadre de son adhésion aux Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) : il s'agit de l'Initiative nationale du développement humain, qui se poursuit actuellement dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD). De portée générale, cette initiative couvre aussi le secteur de la santé, et donc celui du VIH, en particulier dans le cadre de l'OMD 6.

Dans les faits, l'engagement du Maroc liant santé et droits humains s'est traduit spécifiquement dans le champ du VIH avec l'adoption par le Royaume d'une *Stratégie nationale sur les droits humains et le VIH*, pilotée par le Conseil national des droits de l'Homme (CNDH). La première stratégie de ce type a porté sur la période 2013-2017 et une seconde édition portant sur la période 2018-2021 a été officiellement adoptée le 30 novembre 2018 à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le VIH. Cette seconde stratégie est un indicateur supplémentaire de l'adoption par le Maroc de la Stratégie ONUSIDA 2016-2021 visant à l'accélération de la riposte et en constitue la déclinaison marocaine sur le volet discriminations. C'est le document de la littérature marocaine le plus récent au moment de la réalisation de cette étude *baseline*, puisqu'il a été finalisé lors d'un atelier national de concertation organisé les 29 et 30 octobre 2018. La stratégie VIH et droits humains vise à créer un environnement favorable pour la mise en œuvre du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida (PSN). L'objectif général de la stratégie repose sur quatre résultats d'effets attendus, dont trois concernent directement ou indirectement les populations clés objet du programme FORSS :

- Résultat 1 : la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH et des populations clés en milieu de santé sont réduites
- Résultat 2 : les droits humains des personnes vivant avec le VIH et des populations vulnérables sont protégés en milieu institutionnel
- Résultat 3 : les obstacles à l'accès des populations vulnérables aux services de santé sont réduits

LES DOCUMENTS STRATÉGIQUES

Le document actuel de référence portant explicitement sur le VIH est le *Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida (PSN)* pour la période 2017-2021. Il fait explicitement référence aux textes internationaux d'engagement mentionnés précédemment, à la fois en termes d'objectifs de contrôle et d'éradication de l'épidémie, mais aussi en termes de principes pour la riposte, en particulier en matière de lutte contre la stigmatisation et les discriminations.

Sur le volet « Interventions et services VIH », nous retrouvons la quasi-totalité des recommandations décrites ci-dessus, dont celles qui semblent parfois les plus difficiles à mettre en œuvre en raison des potentiels obstacles légaux ou bien des barrières sociales. Parmi les mesures prévues au paquet complet des interventions VIH pour les populations clés, nous retrouvons effectivement :

Au titre du résultat d'impact n°1 (« En 2021, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 75% ») :

- « Les capacités des professionnels de santé des établissements de soins dans les sites de vulnérabilité seront renforcées pour fournir des **services biomédicaux adaptés [aux PS et HSH]** ([dont la] **PEP** [...]) » (page 41)
- « L'extension des **cliniques de Santé sexuelle** au sein des ONG pour un **meilleur accès des populations clés** à des services répondant à leurs besoins spécifiques » (page 41).
- La **Prophylaxie Pré Exposition (PrEP)** pour la prévention du VIH parmi les HSH et PS sera mise en place dans les sites de plus forte prévalence (page 41)

- « **Les interventions de RdR** seront renforcées et étendues dans les zones de prévalence de l'usage de drogues injectables dans le cadre des « centres à bas seuil » et des centres d'addictologie » (page 42)
- « Un effort spécifique sera consenti pour améliorer l'accès au **préservatif** et sa disponibilité au profit **des populations clés** (PS, HSH, UDI), les autres populations vulnérables (Client des PS, partenaires) » (page 45)
- « La **prise en charge syndromique des IST** est intégrée au niveau de l'ensemble des établissements de soins de santé de base (ESSB) et des structures associatives (ONG) » [...] « Une stratégie de prise en charge spécifique adaptée aux besoins des PS, HSH sera mise en place. Etant donné les prévalences élevées, le **dépistage par test rapide et la prise en charge de la syphilis seront intégrés dans le paquet de services pour les PS, HSH et autres groupes vulnérables** » (page 46)
- « Des campagnes de sensibilisation et de mobilisation communautaire [pour la **PTME**] seront organisées [...]. La sensibilisation concernera également les **professionnelles du sexe** [...] dans le cadre des programmes de proximité » (page 48)

Interventions spécifiques non explicitement mentionnées : accès aux **lubrifiants**

Au titre du résultat d'impact n°2 (« En 2021, la mortalité liée au VIH est réduite de 60% ») :

- « Promotion et mise en œuvre d'une offre diversifiée et systématique de **dépistage** dans le cadre des interventions de prévention combinée auprès des **populations clés** (PS, HSH, PID, migrants, détenus) ou vulnérables dans les associations ou les structures de santé » (page 52).
- « Consolidation et extension du **dépistage communautaire** à toutes les associations impliquées » (page 52).
- « La mise en œuvre de l'**autotest VIH** pour des **populations à risques ou difficiles à atteindre** sera expérimentée et évaluée » (page 52).
- « La couverture par la **Prophylaxie Post-Exposition (PPE)** en cas d'AES ou sexuels selon les procédures standards, sera progressivement élargie à tous les hôpitaux provinciaux, régionaux et universitaires » (page 56).

Interventions spécifiques non explicitement mentionnées : **prévention et gestion des situation d'overdose** (dont utilisation de la naloxone), qui a de fait un lien avec la réduction de la mortalité chez les UDI.

Au titre du résultat d'impact n°3 (« La discrimination des PVVIH est réduite et l'accès à l'appui psychosocial est renforcé ») :

- « Un observatoire et des mécanismes de **recours en cas de violation des droits d'accès aux services** seront mis en place (CNDH et CRDH) » (page 60). Cette mesure n'est pas spécifique aux populations clés et concerne tous les PVVIH ; mais eu égard à la structure de l'épidémie au Maroc, les populations clés sont très directement concernées.
- « Les unités de prise en charge des **femmes victimes de violence sexuelle** seront étendues dans les hôpitaux et le **personnel formé pour la dispensation de la Prophylaxie Post-exposition (PPE)** » (page 61). Idem : cette mesure n'est pas spécifique aux populations clés, mais les PS sont plus exposées à la violence sexuelle.

Interventions spécifiques non explicitement mentionnées : il n'est fait aucune mention dans le PSN d'une action sur les aspects légaux (dont les articles 489 et 502 du Code pénal et le Dahir de 1974 – voir ci-dessous) pour créer un environnement plus favorable à l'efficacité de la riposte.

Et bien sûr, une mesure de prise en charge essentielle et de portée générale concerne les populations clés au même titre que tous les PVVIH :

- mise sous traitement pour tous les PVVIH sans conditions clinique (stade VIH/sida) ou biologique (nombre CD4)
- accès à la numération CD4 et à la mesure de la charge virale

Outre le PSN, deux autres textes stratégiques peuvent être pris en compte pour l'étude Baseline : la *Stratégie sectorielle santé* et la *Stratégie de coopération OMS-Maroc* toutes deux portant sur la période 2017-2021. La stratégie sectorielle santé part du constat général que, au niveau individuel, le taux de couverture en services de santé reste faible et la qualité de ces services très aléatoires selon les sites, et ce malgré des progrès ces dernières années. Ce constat est valable pour les services VIH et le VIH est explicitement défini comme une des thématiques d'intervention dans l'objectif général de contrôler et diminuer l'impact des maladies transmissibles au Maroc. Les quatre

objectifs assignés à la stratégie sectorielle santé sont évidemment déclinables pour la stratégie nationale de lutte contre le sida, à savoir :

- Améliorer l'accès aux soins de santé.
- Améliorer la qualité des soins de santé.
- Réduire les iniquités dans l'accès aux soins.
- Renforcer les capacités en matière de gouvernance.

En matière de VIH, un objectif est particulièrement développé dans la stratégie : améliorer les conditions de prise en charge de la santé des femmes et enfants victimes de violence et des personnes vivant avec le VIH.

La stratégie sectorielle prévoit aussi l'extension de la couverture médicale de base. Ce volet fait écho à un axe fort de la stratégie de coopération OMS-Maroc 2017-2021 : « *Renforcer l'accès équitable des populations à des services de qualité, à un coût abordable, en vue de tendre vers la couverture sanitaire universelle* ». Or, la question de l'accessibilité financière est majeure pour une grande partie des populations clés visées par le programme FORSS, essentiellement chez les UDI et les TS comme l'indiquent les caractéristiques socio-démographiques de ces deux populations telles qu'elles sont révélées par les enquêtes bio-comportementales régulièrement réalisées au Maroc. Cette préoccupation de l'accessibilité financière à tous les éléments de la prise en charge (dont les examens biologiques) est explicitement mentionnée dans le PSN 2017-2021 au titre du résultat d'impact n°4 (« *La gouvernance pour l'accélération et la durabilité de la riposte au sida est renforcée* ») : « *Les contributions financières nationales seront accrues à travers les régimes d'assurance maladie, l'AMO et le RAMED pour les PPVIH ne disposant pas de couverture médicale. Des mécanismes de financement de la prise en charge des PVVIH assurées (Dépistage, ARV, examens biologiques etc.) seront mis en œuvre avec l'implication de l'ANAM* » (page 67).

Enfin, la prison est considérée comme une priorité en termes de déficit d'accès aux soins au Maroc. Une convention de partenariat a ainsi été signée entre le ministère de la Santé, le Conseil National des droits de l'Homme (CNDH) et la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGAPR) en vue d'améliorer les services de santé offerts aux détenus. Cette convention comporte des dispositions relatives à la lutte contre la discrimination envers les prisonniers séropositifs, l'accès au traitement antirétroviral pour les détenus et l'amélioration des services de santé dont le suivi des détenus UDI sous TSO.

Pour compléter cette revue de la littérature générale sur l'épidémie de VIH au Maroc, mentionnons deux documents officiels de synthèse et d'analyse de l'épidémie et de la réponse pays :

- Le dernier rapport pays ONUSIDA en date de 2015 et portant sur l'année 2014.
- Le ministère de la Santé, en lien avec ONUSIDA et l'unité de gestion du Fonds mondial, publie des dossiers sur l'épidémie. Le dernier en date est celui publié le 30 novembre 2018 à l'occasion de la Journée mondiale contre le sida 2018. C'est dans ce document qu'ont été divulgués les derniers chiffres de la cascade 3x90, qui sont respectivement de 70%, 83 % et 80%

LES DOCUMENTS TECHNIQUES MAROCAINS (NORMES ET STANDARDS)

Lorsqu'il s'agit de documents techniques spécifiques aux mesures à mettre en œuvre avec les populations clés ainsi qu'aux expérimentations, nous retrouvons le même souci d'exhaustivité et de conformité aux recommandations internationales que celui existant pour le PSN et les documents stratégiques du pays.

Pour les HSH et les TS

Pour ces deux populations clés, les documents techniques ont été très majoritairement conçus et réalisés à partir de l'expérience de l'ALCS, que ces documents soient produits dans le cadre d'une concertation nationale ou qu'ils soient directement publiés par la société civile. En voici la liste :

- Le rapport d'évaluation externe de l'expérimentation de la PrEP au Maroc rédigé pour le compte du ministère de la Santé (DELM) et de l'ALCS en juillet 2018. (Non diffusé)⁸
- Un référentiel communautaire d'intervention rédigé sous la direction de l'ALCS dans le cadre d'un programme de l'ONG Coalition Plus et publié en mars 2018⁹
- Deux documents référentiels de type « normes & standards » rédigés sous l'égide du ministère de la Santé : l'un consacré aux HSH en janvier 2013 (ce document semble aujourd'hui toujours sous forme de version provisoire n'ayant pas fait l'objet d'une validation finale)¹⁰, l'autre consacré aux TST en mars 2012¹¹.

Les deux documents « normes & standards » apportent des éléments de compréhension du contexte dans lequel vivent les HSH et les TS au Maroc ainsi que des facteurs de vulnérabilité qui leur sont propres. Ils s'appuient sur les

8 Evaluation externe de l'implantation d'une expérience pilote de Prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les populations clés dans trois sections de l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) (Agadir, Casablanca et Marrakech)

9 La Prévention combinée des IST/VIH avec les HSH et les PS Femmes

10 Prévention combinée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au Maroc

11 Prévention des IST/VIH auprès des Professionnelles du sexe au Maroc

programmes et expériences effectivement mis en œuvre par les associations au Maroc, et ce de longue date (depuis 1991 pour les premiers programmes ciblant les TS et depuis 1993 pour les HSH). Les TS (femmes et hommes) ont été reconnus comme cible prioritaire dès le second PSN adopté pour la période 2005-2006, et les HSH ont été pleinement intégrés comme cible de la riposte à partir du quatrième PSN portant sur la période 2012-2016. Notons que c'est au cours de la période correspondant à ce quatrième PSN que la Fonds mondial a décidé d'axer l'allocation de ses ressources prioritairement sur les programmes ciblant les populations clés.

Ces deux guides techniques ont vocation à outiller les associations et intervenants qui déploient les programmes d'interventions VIH à destination de ces deux populations clés. Le spectre de normes et standards est large, car il va de la conception des interventions au suivi-évaluation. Les documents comportent aussi des contenus de formation pour les intervenants. Ils permettent d'explicitier comment les interventions prévues dans les recommandations internationales peuvent être adaptées et déployées au Maroc de façon pertinente. Ces documents sont les seuls à aborder explicitement la question du gel lubrifiant comme composante du kit de prévention.

Le référentiel sur la prévention combinée IST/VIH avec les HSH et les PS est particulièrement intéressant car c'est un produit de la région MENA et plus particulièrement de la partie Ouest de la région dans le cadre d'une plateforme régionale associative (Coalition Plus) réunissant quatre pays de la sous-région : Maroc, Algérie, Tunisie, Mauritanie. Sur le fond, c'est un document ayant aussi pour objectif de contribuer à visibiliser les enjeux en matière de VIH/sida chez les HSH et les TS, en prenant pour « prétexte » les interventions de prévention combinée ; et pourrait ainsi être considéré comme un outil de plaidoyer régional. Ce faisant, il contribue à consolider la définition du paquet de services VIH tel qu'il est attendu par les associations de lutte contre le VIH/sida, et particulièrement celles intégrant une démarche communautaire. Les interventions incluses dans une approche de prévention combinée devraient, de façon optimale, couvrir trois dimensions :

- les interventions comportementales : counselling, soutien, etc.,
- les interventions biomédicales : celles qui sont généralement recensées dans les guides des Nations unies (préservatifs et gels, matériel d'injection, dépistage, ARV, prévention et traitement IST, TSO, etc.),
- les interventions structurelles : lutte contre la stigmatisation et les discriminations, lutte contre les violences (dont les violences basées sur le genre), dépénalisation, etc.

De ce point de vue, et à la différence des recommandations techniques précédemment exposées, ce référentiel communautaire de 2018 est le seul texte au Maroc qui aborde explicitement la question de la norme légale incriminant les pratiques sexuelles et/ou les statuts. Enfin, les obstacles pesant sur l'accès effectif aux interventions VIH pour les HSH et les TS tels qu'ils sont décrits par ce document récent (mars 2018) corroborent les éléments identifiés au cours de l'étude *baseline* pour le programme FORSS.

Autre source d'information nous permettant d'analyser l'accès aux services de qualité adaptés aux HSH et aux TS : l'évaluation externe de l'expérimentation de la PrEP chez les HSH et les TS au Maroc. Cette évaluation a produit des évidences sur la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité au Maroc de cette intervention biomédicale recommandée par les standards internationaux en matière de prévention de qualité. Ce travail donne un socle solide pour le développement de la PrEP en routine et l'extension de ce dispositif à d'autres zones géographiques. Le socle ainsi constitué par l'expérimentation de l'ALCS est d'autant plus intéressant que les recommandations ont été forgées à partir de l'expérience et du point de vue à la fois des bénéficiaires et des intervenants et professionnels de santé mobilisés. La rétention en traitement et la conformité aux règles d'utilisation de la PrEP étant une condition clé du succès de ce type d'intervention, l'évaluation a investigué toutes les dimensions pouvant agir. Pour ce faire, l'étude d'évaluation a inclus un spectre large de HSH et de TS : celles et ceux qui avaient été approchés par les intervenants mais qui ont refusé de s'inscrire dans le protocole (36% des participants HSH et TS à l'étude) ; les personnes incluses dans la PrEP qui ont arrêté l'expérimentation (22%) ; personnes incluses qui étaient toujours sous PrEP au moment de l'évaluation (44%). Les motifs de refus ou d'abandon de la PrEP montrent qu'une attention

particulière doit être apportée à une information adaptée pour faciliter la compréhension de la PrEP et son intérêt, afin d'en garantir un accès effectif pour les populations clés. L'expérimentation au Maroc a montré un taux de rétention global de 85,8% et un taux de rétention à 5 mois de 77,8%.

Pour les UDI

Deux textes majeurs ont posé le cadre et la définition des services et interventions VIH/sida en direction des UDI au Maroc à partir de 2007 : les plans d'action nationaux de RdR (PA-RdR)¹². Depuis cette date, les services et interventions VIH/sida ciblant les UDI sont intégrés au PSN et ne font pas l'objet d'un document stratégique spécifique. Il existe toutefois des textes à visée technique et opérationnelle (sur le mode des normes et standards d'intervention) qui peuvent venir ponctuellement compléter la définition du paquet de services. Pour faire simple, les recommandations marocaines reprennent intégralement le paquet de services RdR tel que défini dans le guide technique des Nations unies à destination des États.

Les documents les plus récents pouvant être pris en compte dans l'analyse des écarts concernant les UDI sont les suivants :

- Le rapport d'une consultation réalisée fin 2015 et commandée par le ministère de la Santé pour étendre l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO)¹³

C'est le document officiel spécifique aux UDI le plus récent et porte sur l'un des services VIH essentiels en direction de cette population clé : les TSO. Il a été rédigé à l'issue d'une consultation explicitement organisée pour trouver des solutions aux difficultés rencontrées dans l'accès à ce service, pourtant introduit en 2010 et qui devait faire l'objet d'une généralisation/extension au cours de la période 2012-2016 (second plan national d'actions de RdR). En octobre 2015, soit quasiment à un an du terme du PA-RdR prévu sur une période de 5 ans, les TSO n'étaient effectivement disponibles que dans 6 villes du Maroc : Tanger, Tétouan, Nador, Rabat, Casablanca et Assilah. Alors que la période d'exécution du PA-RdR 2012-2016 était réalisée à plus des trois quarts (46 mois sur 60), la cible de 2 000 patients sous TSO attendue à la fin du PA n'était atteinte qu'à hauteur de 43% (867 patients pris en charge fin octobre 2015). Enfin, les quatre sites du Nord, qui sont les centres d'activité les plus importants pour les TSO au Maroc avec 94% de la file active du pays, étaient confrontés à une situation extrêmement préoccupante : des

listes d'attente de candidats à l'inclusion en TSO atteignant des nombres très élevés (jusqu'à 8 UDI sur 10 en liste d'attente à Tétouan).

Accessoirement, le nombre cumulé d'UDI en liste d'attente ajouté au nombre de patients sous TSO (soit un total de 3 319 personnes) démontrait que la cible de 2 000 patients attendus d'ici à la fin du PA-RdR était sous-évaluée de 40%.

	Tanger	Tétouan	Nador	Rabat	Casablanca	Total
Inclus	396	188	229	40	14	867
En attente	1 532	800	120	0	0	2 542
Total UDI traités et non traités	1 928	988	349	40	14	3 319
% attente / total	79%	81%	34%	0%	0%	77%

Plusieurs raisons semblent expliquer ces écarts, dont les principales sont les difficultés internes au ministère de la Santé dans la gestion des centres d'addictologie permettant l'inclusion en traitement méthadone, la proportion insuffisante de patients bénéficiant d'une délivrance fractionnée de méthadone, la mise en place non effective de relais en médecine de ville pour les patients stabilisés.

Depuis 2016, six centres méthadone ont été ouverts dans cinq villes, augmentant ainsi l'offre au niveau national : Oujda, Fès, Marrakech (deux centres), Meknès, Agadir. Malheureusement, il n'est pas possible de disposer à ce jour d'une information précise sur le nombre de patients inclus dans ces six centres, et donc de mesurer l'évolution du taux de couverture en services. En revanche, nous pouvons d'ores et déjà constater que la localisation de ces six centres ne saurait résoudre les problèmes d'accès au Nord du pays.

- Protocole national de prévention et gestion des overdoses chez les consommateurs de drogues au Maroc dans le cadre des interventions de Réduction des Risques et en dehors du milieu hospitalier

Ce document a été réalisé en janvier 2018 dans le cadre d'une consultation réalisée fin 2017 pour le compte de la DELM/ministère de la Santé. Suite à un atelier de consensus avec les parties prenantes, il prévoit explicitement des interventions communautaires de prévention et gestion des situations d'overdoses – dont la mise à disposition de naloxone dans un cadre communautaire, c'est-à-dire par des intervenants de RdR. À ce jour, ce document n'est toujours pas

12 Plan d'action national de RdR 2007-2011 et Plan d'action national RdR 2012-2016

13 Modèle opérationnel d'extension du dispositif de substitution aux opiacés. Rapport de consultation 2016-

officiellement publié par le ministère de la Santé, les normes et interventions qu'il contient ne sont donc pas en vigueur au Maroc – alors que l'accès à la naloxone était explicitement prévu dans le PA-RdR.

LES DISPOSITIONS LÉGALES EN LIEN AVEC LES POPULATIONS CLÉS AU MAROC

Les trois populations clés ciblées par le Programme FORSS font l'objet de sanctions pénales (amendes, peine d'emprisonnement) au Maroc. Les infractions pénales auxquelles sont exposées les HSH et les TS sont définies par le Code pénal, dans le chapitre VIII consacré aux « crimes et délits contre l'ordre des familles et la moralité publique ». Les motivations sur lesquelles repose cette criminalisation relèvent donc de la morale et des bonnes mœurs, avec une répression plus intense pour les HSH (peines de privation de liberté plus élevées), et ne font aucune place à des préoccupations de santé publique. La situation est différente pour les UDI, pour trois raisons. D'un point de vue formel, l'infraction n'est pas inscrite au Code pénal mais est définie par une ordonnance royale¹⁴. Ensuite, les motivations sur lesquelles repose la pénalisation sont différentes de celles pour les HSH et les TS : à l'époque, il s'agit pour le Royaume de se conformer à la norme répressive internationale en matière de contrôle des substances classées, qui a émergé au cours des années 1960. Enfin, le Dahir de 1974 introduit des clauses de santé publique, qui font office, du moins en théorie, d'alternative à la sanction pénale (c'est l'injonction thérapeutique, qui repose sur l'idée que le délinquant à la loi est avant tout un malade).

HSH

Au Maroc, l'homosexualité est directement incriminée par le biais d'un article du Code pénal qui lui est consacré. Au sein de la section VI du chapitre VIII consacrée aux « attentats aux mœurs », c'est l'article 489 qui dispose : « Est puni de l'emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 200 à 1 000 dirhams, à moins que le fait ne constitue une infraction plus grave, quiconque commet un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe ». La terminologie de l'article 489 ouvre un spectre large pour les forces de l'ordre et le système judiciaire dans l'interprétation des situations relevant potentiellement du périmètre sanctionné.

TS

Au Maroc, la prostitution et le travail dusexe ne sont pas pénalisés en tant que tels. L'incrimination de faits en lien avec la prostitution au Maroc est définie par les articles 496 à 504 du Code pénal, inscrits dans la section VII du chapitre VIII consacrée à « la corruption de la jeunesse et à la prostitution ». Mais la quasi-totalité de ces infractions concernent des faits relatifs au proxénétisme. La seule disposition qui cible directement les TS est l'infraction de racolage prévue à l'article 502 : « Est puni de l'emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de vingt mille à deux cent mille dirhams quiconque, par gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens procède publiquement au racolage de personnes de l'un ou de l'autre sexe en vue de les provoquer à la débauche ».

UDI

Le Dahir de 1974 définit les sanctions à toutes les infractions constituées par le non-respect des dispositions relatives à la fabrication, la production, l'importation, l'exportation, le commerce et l'utilisation des substances stupéfiantes classées dans le cadre du système international de contrôle des drogues tel qu'il est défini par les Nations unies. L'article 8 du Dahir est le seul qui concerne directement et uniquement les UDI car il incrimine l'usage : « Est puni de l'emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 à 5 000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque a, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants ». C'est ce même article qui instaure l'injonction thérapeutique comme alternative à la sanction pénale. Mais les UDI peuvent aussi être poursuivis au titre d'autres infractions définies par le Dahir de 1974, comme la cession-revente (deal).

¹⁴ Dahir portant loi n°1-73-282 du 28 rebia II 1394 (21 mai 1974) relatif à la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes

3. SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE : ÉCARTS STANDARDS INTERNATIONAUX DE QUALITÉ / MAROC

Sur le plan des textes, le Maroc se rapproche du niveau des standards internationaux définissant des interventions VIH/sida de qualité pour les populations clés.

- Le pays souscrit à la vision et aux objectifs généraux associés à la fin de l'épidémie d'ici à 2030 ;
- Le paquet de mesures destinées effectivement à réduire l'infection par le VIH chez les populations clés et à atténuer le poids de l'épidémie au sein de ces populations est très proche de celui prévu par les recommandations internationales ;
- Les documents nationaux réitèrent l'intention de lutter contre la stigmatisation et les discriminations qui contribuent à alimenter l'épidémie de VIH parmi les populations clés.

Toutefois, quelques écarts entre les standards internationaux et les normes au Maroc sont à signaler :

- Le paquet d'interventions de qualité en direction des UDI prévoit explicitement des services de dépistage diagnostic et traitement du VHC pour cette population particulièrement exposée. Or, à ce jour, la stratégie nationale VHC n'est toujours pas consolidée et les antiviraux à action directe contre le VHC ne sont toujours pas pris en charge par le RAMED au moment de l'étude – alors que les traitements sont disponibles au Maroc depuis plusieurs années ;
- Le paquet de mesures officielles ne comporte pas des dispositions relatives à l'accès aux lubrifiants ;
- Les mesures en lien avec la prévention et la gestion des situations d'overdoses sont en *stand-by*. Elles ont de fait disparu, à la fois sur le papier depuis que le dernier PA-RdR 2012-2016 a été clos fin 2016 (la disposition n'ayant pas été explicitement reprise dans le PSN 2017-2012) et sur le terrain, avec la fin de l'expérimentation de délivrance non hospitalière à Tanger ;

- Une différence majeure est l'absence explicite dans les textes marocains consacrés au VIH d'un engagement du pays à réviser le cadre légal ayant un impact sur les populations clés. Ainsi, la dépénalisation des pratiques actuellement réprimées n'est pas envisagée, alors même que la dépénalisation est la réforme légale généralement la moins difficile à mettre en œuvre dans la mesure où elle ne suppose pas de définir un cadre légal alternatif (la pratique reste interdite, mais son caractère d'infraction pénale disparaît au profit d'un autre type de sanction, généralement administrative). Cette remarque mérite toutefois d'être précisée : pour ce qui concerne les dispositions incriminant l'usage de drogues, un débat politique est ouvert à l'initiative de la société civile et force est de constater que ce débat peut exister au Maroc.

Analyse de l'offre effective et de l'accès effectif aux services

Des écarts existent entre les services et interventions prévus et la réalité de l'existence et de l'accès effectif des populations clés à ces services et interventions. Un indicateur objectif de ces écarts est traduit par les données actualisées de la cascade des 3x90 de l'ONUSIDA telles qu'elles ont été dévoilées le 30 novembre 2018, à partir d'une population estimée de 20 000 PVVIH au Maroc : 70% / 83% / 80%¹⁵. L'écart le plus important est donc au début de la cascade, et les interventions en faveur de la connaissance du statut sérologique sont donc particulièrement à analyser. Une personne investie dans la riposte nationale déclarait ainsi « *il faut trouver les 30% de non dépistés !* »¹⁶.

L'analyse des écarts entre les mesures prévues et la situation réelle a porté sur les dimensions de :

- L'information, la prévention et le dépistage.
- La prise en charge du VIH.
- La stigmatisation et la discrimination des populations clés, qui peut à la fois être traitée de manière transversale ou dans chacun des deux volets précédents, dans la mesure où c'est une cause majeure des écarts entre ce qui est prévu et l'accès effectif.

1. INFORMATION, PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Les cadres nationaux de la riposte ainsi que les bénéficiaires rencontrés lors des groupes de discussions s'accordent à dire que **l'un des principaux enjeux d'accès aux services est en matière d'information et de prévention**. Mais les analyses sur la nature de cet enjeu divergent : pour une partie des acteurs nationaux de la riposte, les « *services existent mais ne sont pas utilisés* » ; pour les populations clés, les services n'existent bien souvent tout simplement pas ou bien, quand ils existent ne sont pas adaptés à leurs attentes. Ainsi, les HSH présents aux groupes de discussion soulignent l'absence de matériel d'information adapté à leur communauté ; les UDI regrettent l'absence d'informations sur l'hépatite C, à l'exception des modes de transmission ; et les TS ne connaissent pas l'éventail des moyens de prévention, comme par exemple les prophylaxies pré- et post-exposition.

Cette distorsion d'analyse entre les cadres nationaux et les professionnels de santé d'une part, les bénéficiaires et acteurs communautaires d'autre part, semble s'inscrire dans un cadre plus général dans lequel des professionnels de santé ont des attitudes excluantes et discriminantes sur l'accès des populations clés à certaines interventions ayant pourtant démontré leur utilité en matière de prévention de la transmission du VIH.

PPE

C'est le cas pour la prophylaxie post-exposition (PPE), qui est pourtant considérée par le PSN comme une intervention valide non seulement pour les accidents d'exposition au sang mais aussi pour la prise en charge du risque de transmission sexuelle du VIH, et est censée être généralisée d'ici à 2021. Une personne responsable nationale de la riposte déclare ainsi : « *On ne va pas s'amuser à prendre en charge des rapports extra-conjugaux. Pour les expositions sexuelles, il faut doser. Dès le départ, on ne voulait pas trop diffuser la PPE* »¹⁷. Les témoignages des TS et des HSH recueillis au cours des groupes de discussion étayent, en miroir à ces propos, l'existence d'un accès limité à ce dispositif. Déjà, beaucoup d'entre eux connaissent peu ou mal ce dispositif, certains n'en ayant jamais entendu parler. Mais les femmes TS sont toutefois plus informées que les hommes HSH, l'une d'elles faisant une comparaison avec la « pilule du lendemain » pour expliquer le principe à ses paires. En revanche, les UDI ne se sentent pas du tout concernés par cette mesure qu'ils ne connaissent pas – et il est vrai que la préoccupation sur le risque d'infection virale dans cette population porte surtout sur les modes de consommation de produits.

Pour celles et ceux qui connaissent la PPE, aucun ne déclare l'avoir expérimentée pour soi-même ; mais ils évoquent toutes et tous des réticences à utiliser ce dispositif, le cas échéant, en raison de ce qu'ils estiment être le regard des professionnels de santé à leur égard. Des participants aux différents groupes de discussions évoquent en effet la difficulté à se présenter aux urgences de l'hôpital pour évoquer une pratique sexuelle à risque associée à leur statut.

15 Situation épidémiologique et progrès de la riposte nationale au Sida, Ministère de la Santé, 30 novembre 2018

16 Cadre institutionnel national de la riposte VIH, entretien, Rabat, 19/12/2018

17 idem

Un autre élément agit comme un obstacle à l'accès effectif à la PPE : l'interprétation par les professionnels de santé des dispositions prévues dans le protocole PPE en matière d'évaluation du risque. Au terme de ce protocole, il n'existe aucune obligation que la personne « source » soit présente à la consultation ; pourtant, lorsque les potentiels bénéficiaires évoquent ce point (témoignages de proches ? perceptions de l'attitude des soignants ?), ils en ont une toute autre lecture : « *Pour obtenir un traitement d'urgence, il faut aller avec son partenaire à l'hôpital pour prouver le risque* »¹⁸. Evidemment, si cette pratique a effectivement cours parmi le personnel hospitalier, il y a peu de chances que même les membres de la communauté les plus et les mieux informés ne demandent une PPE. Ces difficultés ne sont pas niées par les responsables nationaux de la riposte au VIH, ce qui conduit l'un d'eux à déclarer : « *C'est le problème que nous avons avec le personnel de santé. Même les urgences, elles ne sont pas formées* »¹⁹.

En conclusion, le dispositif de la PPE est largement sous-utilisé par les personnes concernées, au premier rang desquels figurent les populations clés. Le rapport d'évaluation de la PrEP donne une information intéressante sur la quasi non-utilisation de la PPE chez les populations clés. L'enquête explorait les raisons principales de l'adhésion à la PrEP chez les 45 personnes en traitement au moment de l'enquête : toutes ces personnes avaient bien évidemment un profil à risque élevé de transmission sexuelle du VIH ; pourtant, seuls 1 HSH et 1 TS mentionnaient avoir eu recours à la PPE dans le passé.

PrEP

En matière d'information, la PrEP est quasiment inconnue à Tanger, qui n'a pas fait partie des villes où s'est déroulée l'expérimentation. Seuls certains membres du groupe HSH en ont entendu parler, et ce uniquement parce qu'ils sont en lien avec l'association qui a porté l'expérimentation. Cela conforte le constat réalisé au cours de l'enquête PrEP dans laquelle la plupart des personnes contactées n'avaient jamais entendu parler du dispositif. De plus, les rares HSH qui en ont entendu parler associent la PrEP à des rumeurs sur des résistances aux ARV en cas de contamination ultérieure, ou à des effets secondaires, etc.

Enfin, alors que les participants aux groupes de discussions étaient des personnes plutôt mieux informées que la moyenne de leurs pairs en raison de leur statut de bénéficiaires de programmes

spécifiques à leur communauté ou d'éducateur pair, il existe toujours des confusions révélatrices d'un manque de connaissances de base sur le VIH et les autres IST et infections virales. Ainsi, un UDI nous demande : « *Quand on dit positif, ça veut dire qu'on est bien ?* »²⁰. Les besoins pour renforcer les capacités des personnes sont toujours présents malgré des programmes d'information communautaire existant parfois de longue date ; l'éducation thérapeutique est l'un de ces besoins. Le renforcement des connaissances est un levier pour favoriser l'accès effectif aux interventions. En effet : pourquoi aller solliciter un service sur une question de santé que l'on ignore ?

Alors que l'un des principaux écarts soulignés par les responsables nationaux de la riposte est l'accès aux services de prévention, personne parmi eux n'évoque un lien entre l'environnement légal et social d'un côté et les obstacles à l'accès aux outils de prévention de l'autre. A l'inverse, les communautés concernées ont une analyse très précise de la raison de ces écarts. C'est particulièrement le cas pour les HSH. Première difficulté : les participants déclarent ne jamais avoir eu entre les mains un document explicite sur le préservatif et montrant clairement son mode d'utilisation. « *Il n'y a pas de dépliant sur le préservatif pour les relations homosexuelles car c'est interdit !* »²¹. Par voie de conséquence, l'absence d'information explicite et adaptée aux pratiques de la communauté est vécue comme problématique : « *oui, on utilise le préservatif, mais est-ce qu'on l'utilise bien ?* »²². Seconde difficulté : le préservatif est associé à une preuve d'une infraction pénale (art. 489 qui incrimine une relation sexuelle entre hommes). « *Si on te trouve avec un préservatif sur un lieu de rencontre, c'est suffisant pour une garde à vue de 48 heures* »²³.

Les échanges sur la prévention et le dépistage ont essentiellement été investis par les participants au groupe de discussions avec des HSH pour décrire la violence dont ils sont victimes. Selon eux, cette violence est non seulement exercée par les policiers mais aussi parfois par la population. Le niveau de violence subi et/ou ressenti conduit un participant à déclarer : « *il vaut mieux 48 heures de garde à vue que finir à l'hôpital* »²⁴. L'expression de « *chasse aux pédés* » en arabe est utilisée à plusieurs reprises.

À la discrimination consécutive aux comportements d'agents extérieurs s'ajoutent des phénomènes d'auto-exclusion dans l'accès à des services existants. C'est le cas pour les consultations de dépistage. Une femme TS

18 idem

19 Cadre institutionnel national de la riposte VIH, entretien, Rabat, 19/12/2018

20 UDI, groupe de discussion, Tanger, 18/12/2018

21 HSH, groupe de discussion, Tanger, 18/12/2018

22 idem

23 idem

24 idem

déclare ainsi : « *il y avait des campagnes, mais on avait peur d'y aller car on ne savait pas ce qui allait se passer* »²⁵. Une autre ajoute : « *on a peur du résultat* »²⁶. Des femmes expriment des doutes sur la réelle confidentialité dans les centres de dépistage. Enfin, si on arrive à franchir tous ces obstacles, l'état d'esprit n'est pas forcément un facteur positif pour une éventuelle future prise en charge ou un éventuel changement des comportements : « *même si on a l'audace d'aller au dépistage, on a peur que cela soulève des questions, de se dire à soi-même "tu as fait une faute"* »²⁷. Pour surmonter ces difficultés particulièrement prégnantes parmi les populations clés, l'ALCS a mis en place une intervention de dépistage communautaire dans ses sections (à l'exception de Lâyoune où les conseillers communautaires n'ont pas encore été formés). À ce jour, c'est toujours le seul service de dépistage communautaire existant au Maroc, alors que le PSN a explicitement prévu d'étendre cette intervention au travers d'autres associations sur l'ensemble du territoire.

Sur le volet prévention, une intervention ciblant les UDI, dont les évidences ont démontré l'efficacité et qui avait été expérimentée sur la ville de Tanger, a disparu : la mise à disposition de naloxone en dehors du circuit hospitalier. Un programme national prévu au plan d'action RdR 2012-2016 devait prendre le relais et reste toujours en *stand-by*. Cela contribue à entretenir la défiance et l'éloignement des UDI par rapport à l'institution sanitaire : « *La naloxone, elle devait être introduite, mais il n'y a rien eu. Au moins avant, on en avait eu un peu avec l'association ; maintenant il n'y en a plus* »²⁸.

2. TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE

Le PSN 2017-2021 prévoit d'étendre l'offre de traitements VIH en élargissant le périmètre des structures hospitalières publiques en charge de la prescription des ARV, avec la création de 38 centres de référence d'ici à 2020 et la possibilité d'instaurer des relais de prise en charge en ville. Dans les faits, le déploiement de ce dispositif institutionnel est loin d'être optimal et la proximité d'accès n'est pas garantie pour tout le monde : fin 2018, seuls 17 centres de référence étaient effectivement opérationnels. C'est par exemple le cas dans la région de Tanger-Tétouan : le centre de référence de Tétouan n'est toujours pas créé et les PVVIH continuent d'être référés sur l'hôpital de Tanger. Cette situation agit particulièrement comme une barrière à l'accès aux soins pour les UDI de Tétouan, qui constituent

la majorité de la file active des PVVIH de Tétouan : pour beaucoup d'entre eux, dont les dimensions sociales et professionnelles sont moins élevées que dans la moyenne des PVVIH, le coût du transport peut représenter une charge rétroactive à la consultation.

Si le PSN est censé garantir l'accès effectif aux examens biologiques dans le cadre de la prise en charge du VIH, l'organisation des plateaux techniques permettant le suivi biologique n'est pas optimal à Tanger et peut créer des obstacles au suivi. D'ailleurs, tant l'équipe du centre de référence (hôpital Duc de Tovar) que les intervenants associatifs et communautaires accompagnant les populations clés dans la prise en charge avec ARV partagent ce constat et évoquent les difficultés avec l'hôpital Mohammed V (qui gère le plateau technique). Un médecin du centre de référence se plaignait notamment du manque de collaboration (refus ou retard à réaliser les examens prescrits) et une éducatrice relatait un propos désobligeant entendu d'un professionnel du plateau technique (« *Y'en a marre de ces cas !* »). Certes, il ne s'agit que du site de Tanger et il existe actuellement 17 centres de référence et 14 plateaux techniques pour les examens biologiques dans tout le pays ; mais un tel dysfonctionnement sur un examen considéré de longue date comme une procédure de routine pose question.

Le seul dispositif de traitement et prise en charge qui semble le plus connu et approprié par la communauté concernée est la PTME. Les femmes TS sont effectivement très informées des stratégies de réduction du risque de transmission de la mère à l'enfant. Or, les pouvoirs publics ont inscrit depuis de nombreuses années l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant comme une priorité des plans stratégiques. *A contrario* des barrières évoquées jusqu'alors, cet exemple montre qu'une volonté politique et stratégique clairement affirmée, dotée des moyens adéquats, permet d'obtenir des résultats.

Les questions relatives aux traitements ARV ont été finalement assez peu développées par les participants aux groupes de discussion car seules 2 femmes TS sur les 8 qui connaissaient leur statut sérologique étaient positives au VIH ; toutes deux étaient sous traitement ARV. Tous les participants aux groupes de discussions UDI et HSH étaient négatifs. Il est toutefois important de mentionner qu'aucun des participants aux trois groupes ne connaissait le terme « charge virale » ni sa signification – y compris chez deux personnes sous traitement

25 TS, groupe de discussion, Tanger, 18/12/2018

26 idem

27 idem

28 UDI, groupe de discussion, Tanger, 18/12/2018

ARV. Ce constat fait écho à celui dressé en 2012 par ITPC dans son rapport *Missing The Target* consacré au Maroc : le rapport notait alors que les personnes séropositives ne connaissaient pas leur numération CD4. Les besoins en éducation thérapeutique non couverts constituent une barrière à l'accès et à la rétention dans le soin. Cette remarque est également valable pour les traitements VHC, dont tout le monde semble avoir entendu parler, particulièrement chez les UDI, mais dont personne ne sait exactement en quoi ils consistent. L'un d'entre eux déclarait « *c'est difficile de comprendre le traitement VHC* » tandis qu'un autre était persuadé qu'« *il n'y a pas de traitement pour guérir définitivement de l'hépatite C* »²⁹.

Sur le VHC, les interventions de dépistage, diagnostic et traitement ne sont pas effectives au Maroc, comme nous l'avons déjà mentionné. Mais les responsables nationaux de la riposte au VIH précisaient lors des entretiens menés dans le cadre de cette étude que la stratégie devrait être effective en 2019 : « *ça va partir. On a consolidé le financement et on va lancer les appels d'offres pour l'achat des traitements* »³⁰. Dans l'existant, c'est-à-dire les interventions ponctuelles de dépistage VHC réalisées dans le cadre des enquêtes bio-comportementales, il apparaît que l'ensemble des participants n'ont pas eu accès à leurs résultats à l'issue de l'enquête, contrairement à ce qui était prévu par les protocoles d'étude. Dans cette difficulté, c'est la responsabilité des professionnels de santé du ministère de la Santé qui est en jeu.

La discrimination semble aussi s'inviter à l'intérieur même de l'hôpital. Les HSH ont insisté sur le fait que des comportements discriminatoires venaient aussi des professionnels de santé, et en particulier du milieu hospitalier. Dès lors, selon un participant, « *à qui se plaindre si la violation des droits humains a lieu même à l'hôpital ?* »³¹. Cette situation ne facilite par l'accès à la prise en charge qui est déjà rendue compliqué, en amont, par la crainte de divulguer son statut sérologique. Le problème de confidentialité qui concerne toutes les personnes consultant le service VIH est renforcé chez les HSH, chez qui se double une peur que leur statut sérologique ne soit dévoilé au sein de la communauté. Selon un médecin du centre de référence, cette situation spécifique aux HSH expliquerait le nombre plus important de perdus de vue au sein de cette population clé : ils ont « *peur de venir ici et de rencontrer des connaissances, de la stigmatisation entre eux* »³².

Sur le volet prise en charge, les difficultés d'accès au traitement de substitution aux opiacés (TSO) avec méthadone pour les UDI qui ont été documentées à de multiples reprises sont toujours bien présentes au Nord. On pourrait même écrire qu'elles s'enkystent. Elles sont tellement enkystées que les UDI ont immédiatement et longuement investi le groupe de discussion sur ce sujet. Ces difficultés ont atteint un tel niveau qu'elles mettent aujourd'hui en cause l'acceptabilité même des TSO au Maroc. En effet, l'environnement a de plus en plus la propension à ne retenir que les conséquences négatives directement associées aux carences dans l'organisation du soin en TSO : points de fixation et *deal* aux abords des centres d'addictologie, mésusage et détournement de la méthadone, marché noir, tensions et violences dans les files actives, etc. Outre l'acceptabilité sociale, c'est aussi le projet thérapeutique en substitution – et donc l'efficacité de la mesure TSO au titre des interventions VIH chez les UDI – qui est aujourd'hui en jeu. Cette situation de blocage est d'autant plus surprenante que le Maroc est un pays pionnier dans la réponse de RdR, et que les responsables nationaux de la riposte sont parfaitement informés de la situation : « *Les TSO sont bloqués ; c'est vraiment un problème d'accès alors qu'il existe des centres* »³³. Par voie de conséquence, aucune des dispositions prévues pour élargir le dispositif de substitution n'a été mise en œuvre : élargissement des centres et modalités de prescription-dispensation de méthadone, initiation en milieu carcéral, introduction de la buprénorphine. En la matière, l'ampleur de l'écart actuel entre l'existant et ce qui est prévu est à la mesure de l'avance historique qu'avait le Maroc sur cette question dans toute la région MENA.

Toujours en lien avec les UDI, le dispositif de l'injonction thérapeutique tel³⁴ que prévu par la loi n'est pas opérationnel du fait de la méconnaissance chez les magistrats des structures de référencement pour les cures de désintoxication et du peu d'information et de formation sur le sujet. En contrepartie, il n'est pas certain que les professionnels des centres d'addictologie soient outillés pour ce type de service provoqué par une décision de justice.

29 UDI, groupe de discussion, Tanger, 18/12/2018

30 Cadre institutionnel national de la riposte VIH, entretien, Rabat, 19/12/2018

31 HSH, groupe de discussion, Tanger, 18/12/2018

32 Médecin, centre de référence VIH, entretien, Tanger 18/12/2018

33 Médecin, centre de référence VIH, entretien, Tanger 18/12/2018

34 Cadre institutionnel national de la riposte VIH, entretien, Rabat, 19/12/2018

3. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Outre les éléments documentés, un élément crucial semble expliquer les écarts, selon une analyse partagée par les acteurs de la riposte et les communautés : les attitudes stigmatisantes et les comportements discriminatoires chez les professionnels de santé. Cet élément agit en quelque sorte comme un méta-obstacle à l'accès effectif aux mesures pourtant prévues par les différents textes marocains.

Dans une approche orientée sur les droits humains, voici trois obstacles apparus au cours de l'étude :

- « Dans certains cas, la **législation existante** peut constituer une barrière pour l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, relatifs au VIH. C'est le cas pour certains groupes vulnérables qui se trouvent incriminés du fait de l'exercice de certaines pratiques sanctionnées par la loi ou se trouvant dans un statut irrégulier (TS, HSH, UDI). Cette incrimination rend difficile le travail de prévention avec ces groupes, qui vivent en clandestinité. Certains membres des ONG travaillant sur le terrain sont parfois confondus avec certains de ces groupes et arrêtés. Les moyens de prévention distribués (préservatif, gel, etc.) sont souvent pris comme des pièces à conviction. L'application trop stricte de la législation relative à l'usage de la drogue entraîne l'engagement par les magistrats de poursuites pénales au lieu d'avoir recours aux institutions de désintoxication.
- Le manque de directives et d'orientations claires sur certaines questions (notification des partenaires, dépistage des enfants, dépistage obligatoire pour certains emplois et dans certaines structures) peut aboutir à l'adoption de **comportements et mesures non conformes aux normes internationales. Ainsi, nombre de médecins** reste indécis quant au comportement à adopter concernant la notification des partenaires ou le dépistage des enfants (sans le consentement préalable de leurs parents) de peur d'enfreindre la loi en l'absence de directives nationales claires en la matière. Par ailleurs, certains emplois tels que l'armée, la police ou certains orphelinats imposent le test obligatoire du VIH.
- La **stigmatisation et la discrimination** à l'encontre des PVVIH et des groupes vulnérables **en société et en milieux institutionnels** ».

Ce texte a été rédigé il y a plus de cinq ans et figurait dans le propos introductif de la première stratégie nationale sur les droits humains et

le VIH (2013-2017, page 16) ; il détaillait les obstacles que la stratégie avait identifiés à l'époque. De ce point de vue, la situation ne semble pas avoir beaucoup évolué en 5 ans.

En conclusion, laissons la parole à deux personnes rencontrées au cours de cette étude *baseline*.

Une personne issue des populations clés souligne, à sa façon, les écarts existants entre ce qui est prévu dans les textes et la réalité des pratiques :

« *il y a un petit problème de cohérence entre le ministère de la Santé et le ministère de la Justice* »³⁵.

De l'autre côté du miroir, une personne exerçant des responsabilités nationales dans la riposte au VIH admet :

« *Les gaps ne sont pas spécifiques aux populations clés, mais ils sont peut-être plus prégnants chez les populations clés* »

³⁵ L'injonction thérapeutique est une mesure alternative à l'incarcération qui rend obligatoire un parcours de soin à visée de sevrage pour une personne condamnée pour un délit de consommation illicite de drogue

4. SYNTHÈSE DES ÉCARTS ENTRE SERVICES EXISTANTS ET EFFECTIVEMENT ACCESSIBLES / NORMES ET STANDARDS OPTIMAUX

Interventions et services en direction des populations clés répondant aux standards optimaux de qualité	Standards Maroc	Existant effectivement	Niveau de couverture en service	Effectivement accessible pour les pop. clés	Remarques : barrières et attentes
Préservatifs	OUI	OUI	Étendu	***	Accès difficile pour les mineurs HSH (interdit légal)
Lubrifiants	NON		Nul	∅	
IEC adapté	OUI	OUI (sauf HSH)	Limité	**	Dépend uniquement des initiatives associatives IEC adaptée HSH inexistante
Counseling	OUI	OUI	Étendu	**	Défiance envers les services proposés dans le dispositif de santé publique, besoin de développer des approches communautaires (TS)
Dépistage en centres de santé	OUI	OUI	Étendu	**	Même remarque que ci-dessus
Dépistage communautaire	OUI	OUI	Pilote	*	Expérimentation ALCS qui bénéficie aux publics de l'ALCS. Décret autorisant le dépistage communautaire adopté, mais pas de généralisation effective
Autotest VIH	OUI	NON	Nul	∅	Expérimentation prévue au PSN mais pas mise en œuvre
ARV VIH	OUI	OUI	Limité	**	Couverture limitée car seulement 17 centres de référence sur les 38 prévus
Prévention IST	OUI	OUI	Étendu	*	Campagnes d'information/prévention non adaptées aux populations clés
Dépistage périodique IST	OUI	?	?	?	À explorer
Dépistage gratuit IST	OUI	OUI	?	?	À explorer
Soins IST	OUI	OUI	Étendu	**	
Cliniques de santé sexuelle PC	OUI	OUI	Limité	*(HSH, TS)	Cliniques associatives, essentiellement ALCS
Prévention hépatites virales	OUI	OUI	Étendu	**	Information disponible sur les modes de transmission
Dépistage hépatites virales	OUI	OUI	Limité	*	Pas de dépistage en routine offert aux populations clés; dépistage uniquement lors des enquêtes biocomportementales
Soins hépatites virales	OUI	OUI	Limité	*	Les traitements sont disponibles au Maroc, mais pas de prise en charge à ce jour par RAMED, donc peu accessibles aux populations clés hors CSP +
Vaccination hépatite B	NON		Nul	∅	La vaccination hépatite B avait été systématiquement proposée aux HSH et TS inclus dans l'expérimentation PREP
Prévention/gestion overdoses	NON		Nul	∅	Ne figure plus dans un document stratégique national
Seringues à usage unique	OUI	OUI	Limité	**	Uniquement mis à disposition par les associations de RdR. Plan de déploiement des programmes de RdR de proximité pas finalisé
TSO méthadone	OUI	OUI	Limité	*	Le nombre de centres d'addictologie n'est pas conforme au plan de déploiement Liste d'attente
TSO buprénorphine	OUI		Nul	∅	
TSO en prison	OUI	OUI	Pilote	*	Les rares détenus en TSO sont des patients UDII qui avaient été inclus en milieu libre et pour lesquelles les associations assurent le relais méthadone. Dispositif non pérenne reposant uniquement sur la bonne volonté des acteurs pénitentiaires et associatifs. Ne correspond pas aux dispositions prévues dans le PSN
PrEp	OUI		Pilote	∅	Expérience menée sur trois sites en 2017-2018, mais finie. Donc pas d'accès effectif à ce jour
PPE (dont risque sexuel)	OUI	OUI	Étendu	*	Très faible utilisation du dispositif de la PPE par les PC
Santé sexuelle et reproductive, cliniques de santé sexuelle	OUI	OUI	Limité	*	Uniquement les cliniques associatives, essentiellement ALCS pour HSH et TS
Lutte contre la stigmatisation et les discriminations	OUI	NON	Nul	∅	Le PSN prévoit un observatoire et des mécanismes de recours en cas de violation des droits d'accès aux services / Pas mis en place

La mesure des niveaux d'existence, de couverture en service et d'accès effectif pour les populations clés a été réalisée par le consultant en prenant en compte toutes les informations collectées dans le cadre de la mission et en s'appuyant sur sa connaissance de l'organisation de la riposte au Maroc :

- Détail des standards internationaux de qualité qui servent de référence (colonne d'entrée)
- Adoption de ces standards par le Maroc (OUI/NON)
- Pour les standards adoptés : traduction opérationnelle du standard, quelle que soit le niveau de couverture en service (OUI/NON)
- Pour les standards qui ont une traduction opérationnelle, mesure du niveau de couverture en service en général, selon quatre modalités : nul, pilote (expérimentation), limité, étendu
- Pour les standards adoptés par le Maroc, ayant une traduction opérationnelle, et quel que soit le niveau de couverture en service dans le pays en général : analyse de l'accès effectif pour les populations clés à partir des informations collectées dans le cadre de la mission. Quatre modalités possibles : aucun accès effectif pour les populations clés même si la mesure existe au Maroc en général (∅), accès très limité ou expérimental (*), accès limité géographiquement ou en raison de barrières à l'entrée – comme les discriminations (**), accès étendu (***)

Seulement 31% des interventions répondant aux normes et standards de qualité (8 sur 26) sont effectivement plus (***) ou moins (**) accessibles aux populations clés. À contrario : 27% sont totalement inaccessibles (∅) aux populations clés.

Recommandations

Les écarts précédemment identifiés devraient constituer des points de vigilance pour les acteurs du programme FORSS au Maroc. Toutes les lignes du tableau précédent sont potentiellement concernées, à l'exception des préservatifs (avec toutefois le suivi du débat national sur le statut des mineurs marocains au regard de l'accès aux mesures de prévention).

Au-delà, quelques recommandations supplémentaires peuvent être formulées à l'issue de la présente. Ces recommandations reposent sur un principe simple et pragmatique : l'analyse des standards marocains tels qu'ils sont prévus dans les textes nationaux montre que la palette de services et interventions en direction des populations clés est très proche de celle qui est promue par les normes et standards internationaux de qualité. Dit autrement, quasiment « tout est sur le papier ». C'est du reste une chance pour le pays, surtout en comparaison d'autres pays de la région MENA. Ce qui semble nécessaire aujourd'hui est un aiguillon fort pour que les mesures concernant les populations clés soient effectivement mises en œuvre. Les acteurs marocains de la lutte contre le sida sont bien évidemment conscients de ces écarts et mènent déjà, chacun à leur façon, un plaidoyer ou une action d'influence pour que les mesures les plus proches de leurs compétences et territoires d'intervention soient mises en œuvre. Il en est ainsi, par exemple, de l'ALCS avec le dépistage communautaire ou la PrEP ou de RdR-Maroc avec le paquet de mesures de RdR. Le programme FORSS au Maroc pourrait se fixer comme l'un de ses objectifs de mener une action d'envergure et dans la durée en direction du ministère de la Santé, qui est effectivement le responsable en dernier ressort de la traduction des intentions en mesures effectivement disponibles et accessibles le plus largement possible pour les populations clés.

La recommandation générale pour le programme FORSS au Maroc pourrait donc être de déployer une action ciblant le ministère de la Santé pour agir sur les leviers permettant de faciliter l'accès effectif des populations clés aux mesures qui dépendent de ses services et de ses autorisations. Cet objectif général pourrait être décliné avec les objectifs spécifiques suivants :

1°) Contribuer à lever les barrières existant dans les trois facilités publiques de santé susceptibles d'accueillir les populations clés : hôpitaux (centres de référence VIH et service des urgences pour la PPE) et établissements de soins de santé de

base (counseling-dépistage et traitement syndromique des IST), pôles d'addictologie en raison du comportement et de l'attitude des professionnels de santé dépendant du ministère de la Santé.

- 2°) Contribuer à opérationnaliser des mesures essentielles pour les populations-clés qui sont prévues dans le PSN mais non mises en œuvre ou non disséminées : PrEP, dépistage communautaire, autotest, prévention/gestion des overdoses. Les protocoles et standards adaptés au contexte marocain existent déjà pour ces interventions.
- 3°) Contribuer à lever les barrières à l'accès effectif à toutes les mesures de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et prise en charge de l'hépatite C en mettant effectivement en œuvre la stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C.

Dans une perspective de pérennisation des programmes de proximité mettant à disposition une partie des services et interventions en direction des populations clés, un autre aspect est important : la transition du Fonds mondial. La subvention actuelle couvre la période 2019-2021, et il est très fortement probable que l'éventuelle subvention post 2021 soit diminuée. C'est pourquoi le pays a entamé une réflexion sur la mise en place de structures habilitées et accréditées par le ministère de la Santé, et employant des professionnels médico-sociaux qui seraient financés par celui-ci : ces structures viendraient, à terme, se substituer aux programmes développés par les associations, dont les programmes communautaires avec les populations clés. Les professionnels dépendant du ministère de la Santé étant aujourd'hui l'un des éléments importants du blocage dans l'accès effectif des populations clés aux interventions de qualité, il est recommandé que le programme FORSS au Maroc suive avec attention le processus d'accréditation-habilitation des programmes de proximité, dont la préfiguration sera mise en œuvre sur la même période que celle correspondant à l'exécution du programme FORSS.

Indicateurs pour le suivi-évaluation du projet

1. ÉVALUATION DE RÉSULTAT

Les indicateurs principaux du programme sont naturellement définis à partir des 26 interventions figurant dans le tableau pages 21-22. Pour chacune de ces interventions, il est possible d'évaluer l'effectivité de la mise en œuvre de la mesure. La grille suivante permet aux acteurs du programme FORSS au Maroc de définir les cibles attendues pour chaque intervention :

Indicateur	Mesure de l'indicateur	Valeur de la mesure correspondant au standard de qualité attendu au Maroc	Pourcentage des interventions correspondant au standard de qualité à baseline	Cible à 3 ans
L'intervention correspondant aux normes et standards internationaux de qualité est explicitement incluse dans un texte stratégique	OUI : l'intervention est incluse dans un texte national NON : l'intervention n'est pas incluse	OUI	88%	
L'intervention explicitement incluse a été déployée, quelle que soit le niveau de couverture	OUI : l'intervention a été déployée NON : l'intervention n'a pas été déployée	OUI	69%	
Niveau de couverture de l'intervention déployée	Nul : l'intervention n'existe pas Pilote : l'intervention est une expérimentation et n'a pas vocation à ce stade à être étendue Limité : l'intervention est censée couvrir tout le territoire mais ce n'est pas le cas Etendu : l'intervention est effectivement globalement disponible partout où sont les populations clés	Etendu	Non renseigné : 8% Nul : 23% Pilote : 11% Limité : 31% Etendu : 27%	
Accès effectif des populations-clés à l'intervention déployée	∅ : aucun accès effectif * : accès restreint ** : accès limité *** : accès satisfaisant	***	Non renseigné : 7% ∅ : 27% * : 35% ** : 27% *** : 4%	

2. SUIVI ET ÉVALUATION DE PROCESSUS

Il conviendrait d'accorder une attention particulière à la réalisation d'un calendrier de mise en œuvre de l'action de plaidoyer en direction du ministère de la Santé (recommandation générale). L'exécution de cette action devrait être révélatrice des facteurs favorisant et des obstacles au programme FORSS.

Bibliographie

Coalition Plus, « La Prévention combinée des IST/VIH avec les HSH et les PS Femmes », Référentiel commun à : APCS (Algérie), ALCS (Maroc), SOS PE (Mauritanie, ATL (Tunisie), Pantin, Casablanca, mars 2018.

Conseil économique et social des Nations unies, « Femmes et aux filles face au VIH/sida », Rapport du Secrétaire général, New-York, décembre 2015.

Conseil national des droits de l'Homme du Maroc, Ministère de la Santé, *Stratégie nationale sur les droits humains et le VIH 2018-2021*, Rabat, novembre 2018.

Ministère de la Santé, *Plan d'action national de RdR 2007-2011*, Rabat, 2007.

Ministère de la Santé, *Plan d'action national de RdR 2012-2016*, Rabat, 2012.

Ministère de la Santé, « Prévention des IST/VIH auprès des Professionnelles du sexe au Maroc », Référentiel, Rabat, mars 2012.

Ministère de la Santé, « Prévention combinée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes au Maroc », Référentiel, Rabat, janvier 2013.

Ministère de la Santé, « Modèle opérationnel d'extension du dispositif de substitution aux opiacés », Rapport de consultation 2016-2020, Rabat, 2015.

Ministère de la Santé, *Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2017-2021*, Rabat, 2017

Ministère de la Santé, *Stratégie sectorielle santé 2017-2021*, Rabat, 2017.

Ministère de la Santé, ALCS, « Evaluation externe de l'implantation d'une expérience pilote de Prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les populations clés dans trois sections de l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) (Agadir, Casablanca et Marrakech) », Rapport d'évaluation, Rabat, septembre 2018.

Ministère de la Santé, *Situation épidémiologique et progrès de la riposte au Sida*, Rabat, 2018.

ONUSDC, OMS, UNOSIDA, *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*, Vienne, première édition 2009, édition révisée 2012.

OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, *Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire*, Genève, 2012.

OMS, *Community management of opioid overdoses*, Genève, 2014.

OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, *Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives*, Genève, 2015.

OMS, *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, Genève, première édition en 2014, puis révision en 2016.

OMS, *Stratégie de coopération OMS-Maroc*, Genève, mars 2017

ONUSDC, OMS, "Opioid overdose : preventing and reducing opioid overdose mortality", Discussion paper, Vienne, 2013.

ONUSDC, OIT, PNUD, OMS et ONUSIDA, « Prévention, soin et traitement du VIH dans les prisons et autres structures fermées : ensemble complet de mesures d'intervention », Note d'orientation, Vienne, 2013.

Royaume du Maroc, Dahir portant loi n°1-73-282 du 28 rebia II 1394 (21 mai 1974) relatif à la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes, Article 8 (définit la sanction de l'usage illicite de drogues), Rabat, 1974.

Royaume du Maroc, Code pénal, Chapitre VIII « Crimes et délits contre l'ordre public et la moralité des familles », section VI « attentats aux mœurs », Article 489 (définition de la sanction pour un « acte impudique ou contre nature avec un individu de même sexe »), Rabat, version consolidée au 4 juin 2015.

Royaume du Maroc, Code pénal, Chapitre VIII « Crimes et délits contre l'ordre public et la moralité des familles », section VII « corruption de la jeunesse et prostitution », Article 502 (définition de la sanction pour « racolage »), Rabat, version consolidée au 4 juin 2015.

Royaume du Maroc, Constitution, Rabat, juillet 2011

Royaume du Maroc, Mise en œuvre de la Déclaration politique sur le VIH/sida. Rapport national 2015, Rabat, 2015

1. ANNEXE 1 :

NOTE DE SYNTHÈSE PROJET FORSS

Cette note a été diffusée aux parties prenantes au Maroc

« FORSS – FORMer Suivre Soutenir : mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA »

La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) est composée d'une quinzaine de pays avec chacun un profil unique sur les plans démographique, culturel, religieux et socio-économique. En revanche, on observe une certaine similarité dans l'état de la réponse apportée au VIH-sida.

Malgré une épidémie concentrée dans la plupart des pays, le taux de couverture (pour les services de prévention comme pour les traitements) y demeure très faible et les barrières à l'accès à ces services ne sont pas toujours identifiées ; la question de la discrimination et de la stigmatisation est trop souvent le seul facteur mis en exergue pour justifier un taux de couverture inférieur à 20% au niveau régional : ces questions n'ont jamais été étudiées en profondeur, tout comme les autres barrières à l'accès, telles que le coût des services, les infrastructures, les lois ou même la bonne adéquation des services disponibles aux besoins des populations ne sont pas étudiés. La région ne dispose pas non plus de données sur la qualité des services mis en place dans la réponse au VIH-sida et ne peut aujourd'hui assurer la bonne application des recommandations de l'OMS concernant le VIH-sida ; en effet, le manque de publications en langue arabe, et parfois en français, rend difficile la diffusion et l'appropriation de ces recommandations dans les différents pays de la zone. Cela empêche la bonne mise en œuvre des plans stratégiques nationaux, qui prônent l'application de la plupart de ces recommandations, sans pour autant que celles-ci soient rendues accessibles pour les praticiens.

Une autre caractéristique commune aux pays de la région MENA est que la société civile historique, légitime et impliquée dans la lutte contre le VIH-sida, y est moins développée qu'en Afrique de l'Ouest, par exemple, et qu'elle a été très rapidement et logiquement sollicitée pour mettre en œuvre des subventions du Fonds mondial ; ce phénomène, bien que rassurant sur la qualité du système communautaire, a cependant freiné la mise en place d'un monitoring externe, d'une surveillance communautaire, et empêché le travail des lanceurs d'alertes en cas de dysfonctionnements.

Fort de ce constat, Solidarité Sida et ITPC-MENA souhaitent mettre en place un système de surveillance communautaire de la qualité des services mis en place pour répondre à l'épidémie de VIH-sida. Afin de poser des bases solides, ce projet régional s'appuiera, dans une phase pilote de trois ans, sur cinq partenaires historiques, ciblant ainsi cinq pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord : l'Égypte, le Liban, le Maroc, la Mauritanie et la Tunisie.

Ce système de surveillance communautaire permettra d'améliorer la qualité des soins du VIH-sida et l'accès aux traitements en zone MENA et en particulier dans ces pays cibles.

2. ANNEXE 2 : CALENDRIER MISSION TERRAIN

Date	Activité	Lieu, structure, organisation	Personnes rencontrées
18 décembre	Rencontre avec les professionnels de santé	Centre de référence VIH hôpital Duc de Tovar, Tanger	Dr Latifa Badaoui, médecin infectiologue Dr Mohamed Tyouri, directeur de l'hôpital Médiatrice thérapeutique ALCS
	Groupe de discussion UDI	Local CMP, Tanger	11 personnes usagères de drogues
	Groupe de discussion TS	Association 100% Mamans, Tanger	9 professionnelles du sexe
	Groupe de discussion HSH	Local CMP, Tanger	8 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
19 décembre	Rencontre avec les institutionnels	Unité de gestion du Fonds mondial, Rabat	Bouteina El Omari, responsable unité
	Rencontre avec les institutionnels	ONUSIDA, Rabat	Bouteina El Omari, responsable unité
	Rencontre avec les institutionnels	PNLS, DELM, ministère santé	Dr Aziza Bennani, responsable
	Rencontre avec les associations et partenaires	ALCS, Casablanca ITPC Mena, Maroc	Hakimma Himmich, Fouzia Bennani, Dr Mohammed Ouarsas, Mohammed El Khammas, My Ahmed Douraidi, Alim El Gaddari
20 décembre	Rencontre avec les associations et partenaires	RdR Maroc, Tanger	Monssef Bendriss, directeur
	Complément au groupe UDI	Centre addictologie Bir Chiffa, Tanger	Participation à la réunion des bénéficiaires (public : personnes usagères de drogues)
	Complément au groupe TS	Association 100% Mamans	Organisation d'une réunion informelle avec la directrice, des éducatrices et des bénéficiaires (public : professionnelles du sexe)
	Rencontre avec les associations et partenaires	Atelier de plaidoyer droits humains organisé par RdR Maroc à Tanger	Représentants des associations et de la direction régionale de la santé
21 décembre	Rencontre avec les associations et partenaires	RdR Maroc, Tanger	Entretien avec le Dr Mohammed Essahli, président

3. ANNEXE 3 :

TRAME UTILISÉE POUR LES GROUPES DE DISCUSSION

La trame de déroulement des groupes de discussion devait initialement s'inspirer de celles utilisées par les associations partenaires dans les autres pays membres du projet FORSS, à savoir Liban pour HSH et Tunisie pour TS. La trame pour le groupe avec les TS n'a jamais été reçue (après information auprès de l'association, elle n'était pas prête pour le moment où était programmé la réunion du groupe TS au Maroc). La trame relative au groupe HSH a bien été reçue, mais la formulation des 9 questions destinées au « groupe de discussion HSH » (son intitulé) semblait très large dans ses intitulés et très généraliste – au sens de pas adaptée au contexte particulier du pays.

Le consultant a proposé une trame pour chacun des trois groupes de discussion, qui ont effectivement été réalisés le mardi 18 décembre à Tanger.

Principes retenus :

- Une trame identique dans sa structure et le corpus des questions posées pour chacune des 3 populations clés
- Une trame qui prend en compte les éléments de contexte propre au Maroc.
 - o Les activités prévues au PSN 2017-2021
 - o Les expérimentations effectivement menées
 - mise à disposition communautaire de naloxone expérimentée par Hasnouna à Tanger, puis ayant fait l'objet il y a un an d'une initiative nationale en vue de disséminer l'intervention (action prévue au plan national d'action RdR 2012-2016
 - centre de santé sexuelle HSH expérimenté à Marrakech par l'ALCS
 - dépistage communautaire expérimenté par l'ALCS
- Une trame qui adapte et spécifie certaines des questions en fonction de la population participant à chacun des trois groupes.

En raison de contrainte d'organisation (temps, mise en garde de la responsable du PNLs sur une mésinterprétation de l'objet de la mission, interprétée comme une étude à visée scientifique, etc.), il a été proposé de ne pas entrer dans une démarche protocolaire rigide pour l'organisation des groupes de discussion : les participants ont été identifiés et informés de l'objet des groupes en amont par les intervenants de terrain en contact avec les communautés et, bien sûr, le cadre du groupe de discussion et

les règles de fonctionnement ont été rappelées par le consultant au début de chaque réunion de groupe. Malgré le rappel des règles de confidentialité, il était délicat d'ouvrir une parole personnelle sur le statut sérologique de chaque participant.e en l'absence de consentement formel préalablement signé. Pour explorer cette dimension, le consultant a intégré à la trame des groupes de discussion un exercice écrit individuel et anonyme. Cet exercice avait aussi vocation à obtenir des informations sur la cascade VIH dans chacun des groupes.

Présentation de l'exercice :

Une feuille de papier blanche et un crayon étaient remis à chaque participant.e.

L'exercice se déroulait en trois temps, au fur et à mesure des rubriques du FG (dépistage et traitement).

1. Au cours de la rubrique dépistage, l'animateur demandait à chaque participant.e de noter, de façon anonyme, la date ou la période (en mois, ans) du dernier test de dépistage VIH et du résultat (positif, négatif, NSP).
2. Au cours de la rubrique traitement, l'animateur présentait la consigne suivante : « au regard de ce que vous avez écrit sur le dépistage, il y a deux possibilités : soit vous êtes concerné.e par le traitement parce que le résultat est positif, soit vous n'êtes pas concerné.e par le traitement parce que le résultat est négatif ou que vous ne connaissez pas votre statut sérologique. Si vous êtes dans la première situation, merci d'écrire si vous avez un traitement avec ARV (oui/non) ; si vous êtes dans la seconde situation, merci d'écrire "je ne suis pas concerné" ».
3. Enfin, dans la même rubrique traitement, lorsque le thème de la charge virale était abordé, l'animateur présentait la consigne suivante : « au regard de ce que vous avez écrit sur le traitement, il y a deux possibilités : soit vous êtes concerné.e par la charge virale parce que vous prenez un traitement, soit vous n'êtes pas concerné.e par la charge virale parce que vous ne prenez pas de traitement. Si vous êtes dans la première situation, merci d'écrire comment est votre charge virale (vous pouvez répondre je ne sais pas) ; si vous êtes dans la seconde situation, merci d'écrire "je ne suis pas concerné" ».

Avec cette consigne, chaque participant.e devait écrire quelque chose à chaque étape de l'exercice et il n'y avait donc pas de discrimination possible.

Trame groupe de discussion UDI

INTRODUCTION

- Maroc : épidémie concentrée
- Focus populations les plus concernées car les plus à risques
- UDI = population concernée
- Les services et interventions VIH et autres problèmes de santé associés doivent être adaptés à la population
- Objectif de cette rencontre : analyser avec vous, les premiers concernés, si c'est adapté
- RDR Maroc / FORSS
- Règles du FG + annonce de l'exercice anonyme sur la cascade
- Tour de table : prénom, âge, première conso, TSO

PRÉVENTION

- En règle générale, auprès de qui obtenez-vous les conseils et le matériel de prévention ?
- De votre point de vue, manque-t-il des interventions et des services qui vous seraient utiles pour mieux vous protéger ?
- Avez-vous entendu parler de la naloxone ? Est-il possible de se procurer de la naloxone dans le cadre des interventions de proximité ?

DÉPISTAGE

- Savez-vous où on peut se faire dépister ?
- Et vous, avez-vous bénéficié d'un dépistage ? Si oui, où ? Comment cela s'est-il passé (counselling et post counselling)
- Prenez votre papier : étape 1 de l'exercice
- Avez-vous entendu parler du dépistage communautaire ?

PEC

- Savez-vous où on peut se faire traiter lorsque l'on est VIH+ ?
- Savez-vous en quoi consiste ces traitements ?
- Avez-vous entendu parler de la charge virale ?
- Reprenez votre papier sur le dépistage : étapes 2 et 3 de l'exercice
- Avez-vous entendu parler de la PTME ?
- Pensez-vous que les femmes UDI enceintes ont accès à la PTME
- Avez-vous entendu parler de la PPE
- Pensez-vous que les UDI ont accès à la PPE ?

- Savez-vous s'il existe un traitement contre l'hépatite C au Maroc ?
- Si oui, pouvez-vous me le décrire
- Ce traitement est-il disponible à Tanger ?

DISCRIMINATION

Je vais vous lire une phrase : « Le plan national développe toutes les conditions pour permettre la création d'un environnement favorable permettant de lever les obstacles qui freinent l'accès à la prévention et aux soins en particulier lorsqu'ils sont liés à la stigmatisation et aux différentes formes de discrimination » (page 35).

- Cela vous évoque-t-il quelque chose ? Que comprenez-vous de cette phrase ?
- Dans votre propre expérience, avez-vous ressenti cela ?

Pouvez-vous me dire si vous avez été interpellé ? incarcéré ?

CONCLUSION

Quelles recommandations, quels conseils souhaitez-vous donner pour améliorer l'accès aux services et interventions ?

Quelles recommandations, quels conseils souhaitez-vous donner pour améliorer l'environnement ?

Au terme de notre rencontre, pouvez-vous me dire quelle est votre besoin le plus important et qui n'est aujourd'hui pas couvert.

Trame groupe de discussion TS

INTRODUCTION

- Maroc : épidémie concentrée
- Focus populations les plus concernées car les plus à risques
- PS = population concernée
- Les services et interventions VIH et autres problèmes de santé associés doivent être adaptés à la population
- Objectif de cette rencontre : analyser avec vous, les premiers concernés, si c'est adapté
- RDR Maroc / FORSS
- Règles du FG + annonce de l'exercice anonyme sur la cascade
- Tour de table : prénom, âge, âge premier rapport sexuel tarifé

PRÉVENTION

- En règle générale, auprès de qui obtenez-vous les conseils et le matériel de prévention ?
- De votre point de vue, manque-t-il des interventions et des services qui vous seraient utiles pour mieux vous protéger ?
- Avez-vous bénéficié d'une information particulière sur les IST ?
- Avez-vous bénéficié d'une information particulière en santé reproductive ?

DÉPISTAGE

- Savez-vous où on peut se faire dépister le VIH ?
- Et vous, avez-vous bénéficié d'un dépistage ? Si oui, où ? Comment cela s'est-il passé (counselling et post counselling) ?
- Prenez votre papier :
 - o Date/période du dernier dépistage
 - o Pouvez-vous inscrire le résultat de votre dépistage sur le papier ? + / - / NSP
- Avez-vous entendu parler du dépistage communautaire ?
- Dans les interventions qui vous sont destinées, vous a-t-on proposé un dépistage syphilitique ?
- Savez-vous quelles sont les IST les plus fréquentes au Maroc ?
- Savez-vous où on peut se faire dépister les IST ?

PEC

- Savez-vous où on peut se faire traiter lorsque l'on est VIH+ ?
- Savez-vous en quoi consiste ces traitements ?
- Avez-vous entendu parler de la charge virale ?
- Reprenez votre papier sur le dépistage : étapes 2 et 3 de l'exercice
- Avez-vous entendu parler de la PTME ?
- Pensez-vous que les femmes travailleuses du sexe et qui sont enceintes ont accès à la PTME ?
- Avez-vous entendu parler de la PPE ?
- Avez-vous été dans une situation pouvant justifier le recours à une PPE
 - o Si oui, en avez-vous bénéficié ?
 - Si oui, décrivez votre expérience avec l'équipe qui vous a pris en charge
 - o Si non, pourquoi de votre point de vue vous n'en avez pas bénéficié ?
- Pensez-vous que les femmes travailleuses du sexe ont accès à la PPE ?

DISCRIMINATION

Je vais vous lire une phrase : « Le plan national développe toutes les conditions pour permettre la création d'un environnement favorable permettant de lever les obstacles qui freinent l'accès à la prévention et aux soins en particulier lorsqu'ils sont liés à la stigmatisation et aux différentes formes de discrimination » (page 35).

- Cela vous évoque-t-il quelque chose ? Que comprenez-vous de cette phrase ?
 - Dans votre propre expérience, avez-vous ressenti cela ?
- Pouvez-vous me dire si vous avez été interpellé ?

CONCLUSION

Quelles recommandations, quels conseils souhaitez-vous donner pour améliorer l'accès aux services et interventions ?

Quelles recommandations, quels conseils souhaitez-vous donner pour améliorer l'environnement ?

Au terme de notre rencontre, pouvez-vous me dire quelle est votre besoin le plus important et qui n'est aujourd'hui pas couvert.

Trame groupe de discussion HSH

INTRODUCTION

- Maroc : épidémie concentrée
- Focus populations les plus concernées car les plus à risques
- HSH = population concernée
- Les services et interventions VIH et autres problèmes de santé associés doivent être adaptés à la population
- Objectif de cette rencontre : analyser avec vous, les premiers concernés, si c'est adapté
- RDR Maroc / FORSS
- Règles du FG + annonce de l'exercice anonyme sur la cascade
- Tour de table : prénom, âge, âge premier rapport avec un autre homme

PRÉVENTION

- En règle générale, auprès de qui obtenez-vous les conseils et le matériel de prévention ?
- De votre point de vue, manque-t-il des interventions et des services qui vous seraient utiles pour mieux vous protéger ?
- Avez-vous bénéficié d'une information particulière sur les IST ?

DÉPISTAGE

- Savez-vous où on peut se faire dépister le VIH ?
- Et vous, avez-vous bénéficié d'un dépistage ? Si oui, où ? Comment cela s'est-il passé (counselling et post counselling)
- Prenez votre papier : étape 1 de l'exercice
- Avez-vous entendu parler du dépistage communautaire ?
- Dans les interventions qui vous sont destinées, vous a-t-on proposé un dépistage syphilis ?
- Savez-vous quelles sont les IST les plus fréquentes au Maroc ?
- Savez-vous où on peut se faire dépister les IST ?

PEC

- Savez-vous où on peut se faire traiter lorsque l'on est VIH+ ?
- Savez-vous en quoi consiste ces traitements ?
- Avez-vous entendu parler de la charge virale ?
- Reprenez votre papier sur le dépistage : étapes 2 et 3 de l'exercice
- Avez-vous entendu parler de la PPE ?
- Avez-vous été dans une situation pouvant justifier le recours à une PPE
 - o Si oui, en avez-vous bénéficié ?
 - Si oui, décrivez votre expérience avec l'équipe qui vous a pris en charge
 - o Si non, pourquoi de votre point de vue vous n'en avez pas bénéficié
- Pensez-vous que les HSH ont accès à la PPE ?

DISCRIMINATION

Je vais vous lire une phrase : « Le plan national développe toutes les conditions pour permettre la création d'un environnement favorable permettant de lever les obstacles qui freinent l'accès à la prévention et aux soins en particulier lorsqu'ils sont liés à la stigmatisation et aux différentes formes de discrimination » (page 35).

- Cela vous évoque-t-il quelque chose ? Que comprenez-vous de cette phrase ?
- Dans votre propre expérience, avez-vous ressenti cela ?

Pouvez-vous me dire si vous avez été interpellé ?
incarcéré ?

CONCLUSION

Quelles recommandations, quels conseils souhaitez-vous donner pour améliorer l'accès aux services et interventions ?

Quelles recommandations, quels conseils souhaitez-vous donner pour améliorer l'environnement ?

Au terme de notre rencontre, pouvez-vous me dire quelle est votre besoin le plus important et qui n'est aujourd'hui pas couvert.

FORSS

Conception graphique Anthony Bornachot

