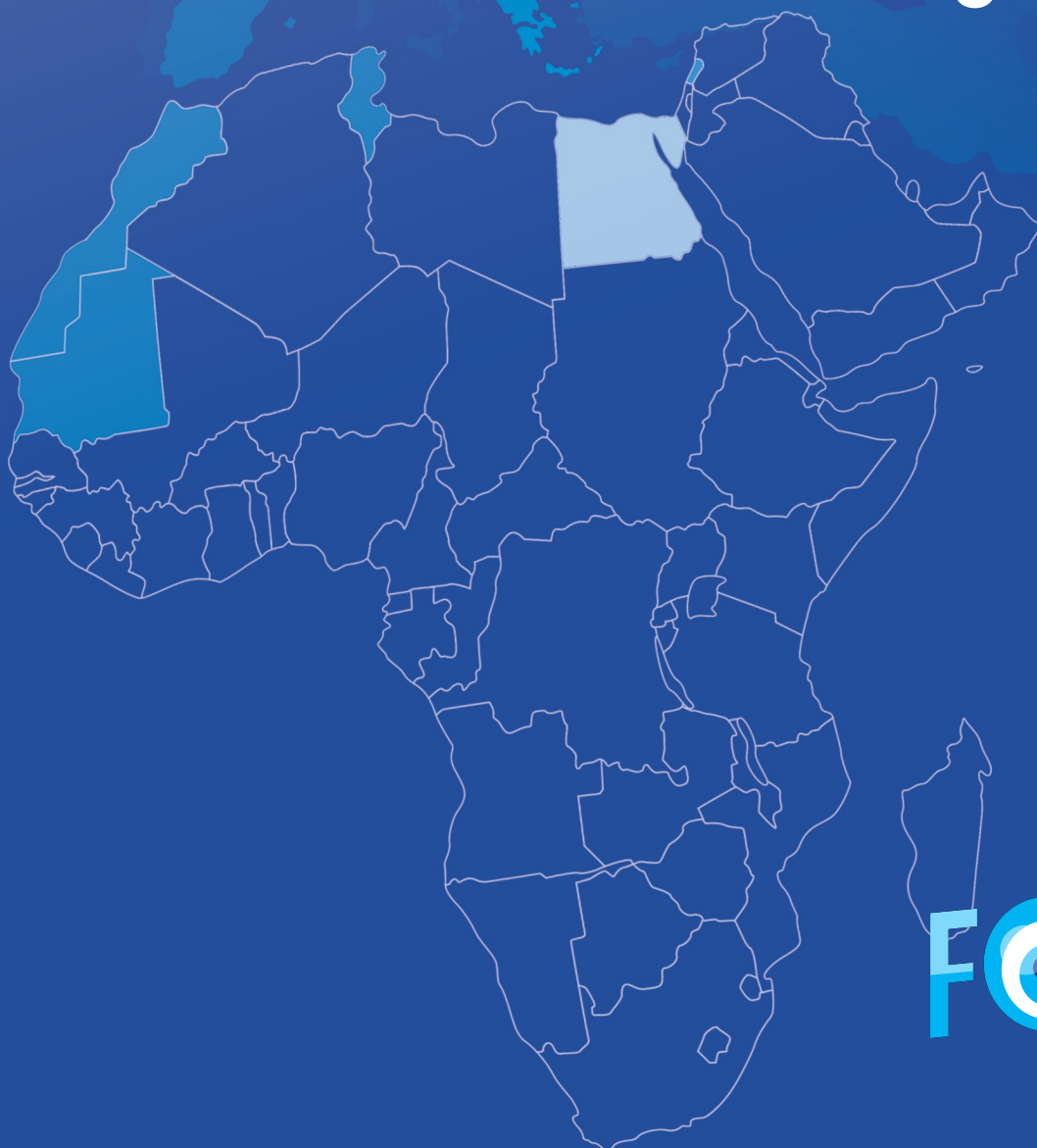


Programme FORSS Observatoires communautaires VIH

Rapport National

Egypte



FORSS

À propos d'Al Shehab

Créée en 2001, Al Shehab Foundation for Comprehensive Development accompagne les populations marginalisées en Égypte, et les aide à faire face aux problématiques socio-économiques auxquelles elles sont confrontées, des violences sexistes à l'accès limité aux droits et aux soins.

À propos de FORSS

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

En Égypte, c'est Al Shehab qui porte le mécanisme de veille communautaire.

À propos de cette publication

Dans cette publication, nous partageons les résultats et l'analyse des trois premières collectes du mécanisme de veille communautaire en Égypte (février - novembre 2021).

L'objectif est de raconter l'histoire derrière les chiffres. La voie à suivre est également tracée pour un plaidoyer éclairé par les preuves et fondé sur des données probantes, en faisant ressortir les principaux messages et opportunités.

Remerciements

Al Shehab, ainsi que l'ensemble des partenaires du Programme FORSS, tiennent à remercier les personnes et entités prenant part au mécanisme de veille communautaire: répondants, collecteurs, responsables des ONGs, personnels du PNLS et du ministère de la Santé. Al Shehab remercie également l'ensemble des membres du Comité éthique pour leurs conseils en amont et après l'analyse des premières données.

Pour + d'informations

Veuillez nous contacter à l'adresse email suivante : contact@forss-program.com

Vous pouvez suivre les actualités du Programme FORSS et du mécanisme de veille communautaire en Égypte sur notre site : <https://www.forss-program.com>

Sommaire

Sigles et acronymes	4
Propos introductifs	5
Contexte de l'épidémie de VIH en Égypte	5
Le Programme FORSS et le mécanisme de veille communautaire en Égypte	6
<i>Fonctionnement du mécanisme de veille communautaire</i>	6
<i>Approbation éthique</i>	6
<i>Collectes de données</i>	7
<i>Biais et limites</i>	7
Principaux constats issus de l'analyse des données	8
Volet A – Prévention et dépistage	8
<i>Niveau de connaissances et disponibilité</i>	8
<i>Accessibilité</i>	9
<i>Acceptabilité</i>	10
Volet B – Accès au traitement et prise en charge	11
<i>Disponibilité et accessibilité des produits et services</i>	11
<i>Acceptabilité</i>	12
Conclusions & Recommandations	13

Sigles & Acronymes

ARV	Antirétroviraux
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DTG	Dolutégravir
ETP	Éducation Thérapeutique du·de la Patient·e
FORSS	FORmer, Suivre, Soutenir
HSR	Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MENA	Middle East and North Africa (Moyen-Orient et Afrique du Nord)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
PSN	Plan Stratégique National
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RDR	Réduction des Risques
TPE	Traitement Post-Exposition
TS	Travailleur·se du sexe
UDI	Usager·ère de Drogues Injectables
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Propos introductifs

Contexte de l'épidémie de VIH en Égypte

Des données partielles

L'Égypte, à l'instar des autres pays de la région MENA, connaît une **épidémie de VIH dite concentrée**.

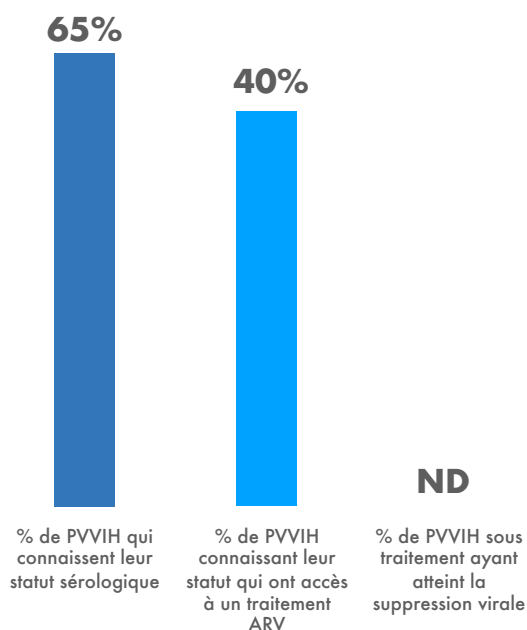
L'analyse de la situation épidémiologique montre que la prévalence du VIH, estimée à moins de 0,1%, est stable dans la population générale depuis plusieurs années. Elle est en revanche beaucoup plus dynamique dans plusieurs groupes de populations clés (travailleuses du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et personnes usagères de drogues injectables).

Selon les données ONUSIDA 2021, le **nombre total de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Égypte est estimé à 30 000** (dont 7.900 femmes et 21.000 hommes). L'analyse de la situation épidémiologique du VIH devrait être approfondie, car les données disponibles restent lacunaires et leur indisponibilité actuelle, notamment sur les populations clés, ne permet pas de mieux cibler la réponse. L'hétérogénéité populationnelle de l'épidémie doit en effet être prise compte dans les stratégies de prévention et de prise en charge. Il en est de même pour l'identification d'autres populations clés potentielles, comme c'est le cas dans certains pays de la région.

En matière de couverture des besoins en 2021, l'Égypte, le chemin reste encore long, même si des progrès sont constatés depuis quelques années : **65% des PVVIH connaissent leur statut sérologique, 40% des PVVIH connaissant leur statut avaient accès à un traitement ARV** (aucun chiffre officiel concernant la suppression de la charge virale). Ces chiffres, loin des objectifs des 3*90 visés par l'ONUSIDA et identifiés dans le

Plan Stratégique National (PSN), questionnent les stratégies, les approches d'intervention, les acteur·rice·s impliqué·e·s et leurs performances, mais aussi les modalités de mise en œuvre, et plus globalement la gouvernance de la réponse.

Graphique 1. Progrès vers les objectifs 3*90



Le Programme FORSS & le mécanisme de veille communautaire en Égypte

Documenter les barrières à l'accès aux services VIH

Le **Programme FORSS** part du postulat selon lequel la mise en place d'un système de veille communautaire qui documente l'accès aux services, en donnant des arguments et en orientant les stratégies de plaidoyer des associations, contribue à améliorer la qualité et l'accessibilité des stratégies existantes. Ce dispositif, porté par les acteur·rice·s communautaires, propose une lecture complémentaire au système national

d'information sanitaire, en s'appuyant sur d'autres indicateurs. Une photographie de l'accès aux soins et aux services en Égypte permet de mettre en lumière les barrières existantes (financières, géographiques, sociales, juridiques) mais également les bonnes pratiques, pour l'élaboration collective de solutions.

Fonctionnement du mécanisme de veille communautaire

Ce **système de veille communautaire** utilise une méthodologie mixte, associant **données quantitatives et qualitatives**, qui permet de dresser le tableau le plus complet des services aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés, tout au long de la cascade de soins. Les données quantitatives sont recueillies via l'administration de questionnaires. Cette méthode permet de réunir un volume d'informations conséquent et de les catégoriser pour offrir une photographie représentative de la situation. Les données qualitatives sont, elles, collectées via des questions « ouvertes », et des groupes de discussion, afin d'approfondir certaines problématiques relevées grâce aux questionnaires. Les données sont ensuite analysées afin de prendre en compte différentes dimensions : la disponibilité et l'accessibilité des produits et services, l'adéquation des services aux besoins, et l'acceptabilité.

Des collecteur·rice·s de données, appartenant aux communautés ciblées et/ou travaillant directement avec elles, sont chargé·e·s d'administrer les questionnaires dans les sites dédiés au Caire et à Alexandrie. Une fiche d'information permet de renseigner les répondant·e·s en amont de la collecte sur les objectifs du système de veille communautaire et l'utilisation des données. Le **consentement** est par ailleurs systématiquement demandé avant chaque entretien, et l'**anonymat** des répondant·e·s garanti.

Approbation éthique

Le protocole et les outils de collecte (2 questionnaires) ont été **soumis à l'approbation d'un Comité d'éthique *ad hoc***, composé de

représentant·e·s de plusieurs secteurs (associatif, institutionnel, juridique, universitaire, médical, etc.) en décembre 2020.

Collecte de données

Après la formation des collecteur·rice·s ainsi que la signature d'accords de partenariat avec les ONGs concernées, le mécanisme a été lancé en février 2021. Ce rapport couvre trois collectes trimestrielles de données, sur les 2 villes ciblées par le projet.

Entre février et novembre 2021, **475 questionnaires** administrés ont été validés et analysés par Al Shehab.

	Prévention & Dépistage (Volet A)	Prise en charge (Volet B)
Alexandrie	139	70
Le Caire	232	34
Total	371	104

Biais et limites

Les biais et limites suivants ont été constatés lors des premières collectes du mécanisme de veille communautaire en Égypte. Certains sont issus du choix de protocole et de méthodologie, d'autres sont des éléments relatifs au fonctionnement de la collecte que l'équipe projet s'attachera à corriger à l'avenir.

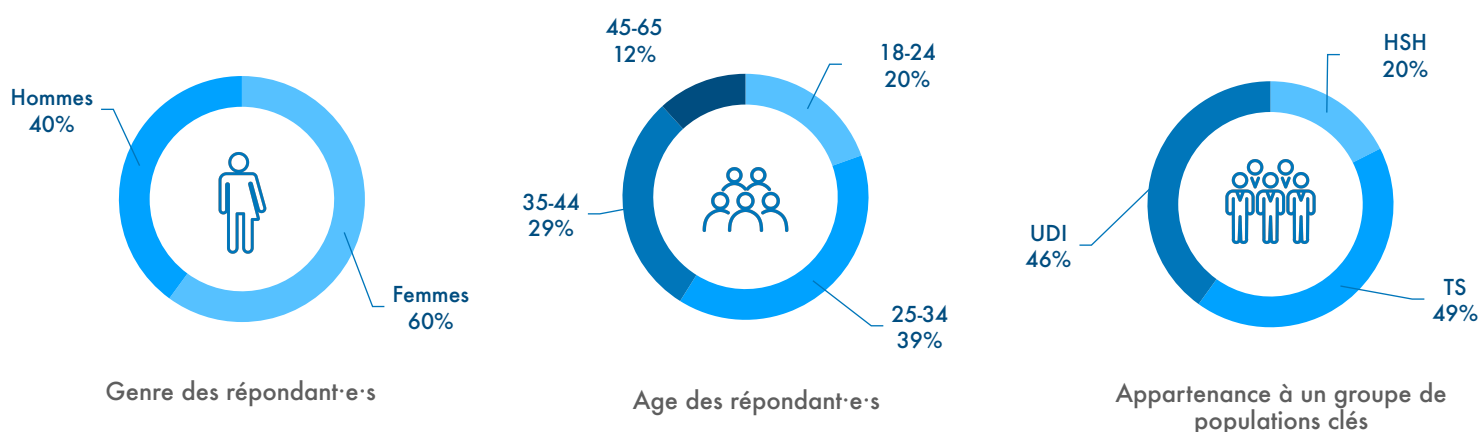
- **Biais d'échantillonnage.** L'échantillon de répondant·e·s est constitué de personnes qui ont déjà accès aux services de santé. Cela peut entraîner un sur-échantillonnage des personnes qui ont déjà un comportement de recherche de santé, ou qui ont déjà surmonté certains obstacles à l'accès aux services.

- **Nature des sites de collecte.** Les données sont collectées dans des ONGs partenaires d'Al Shehab, et non directement dans les centres de dépistage et de prise en charge, ce qui affecte le nombre de répondant·e·s atteint·e·s et la variété des profils.

Principaux constats

Volet A – Prévention & dépistage

Profil socio-démographique



Niveau de connaissances & Disponibilité

La « Disponibilité » permet de savoir si les informations, les services de santé, les médicaments, les produits existent, et si oui, s'ils existaient au moment où ils étaient nécessaires et en quantité suffisante.

Lorsque des activités spécifiquement orientées vers les populations clés existent, elles sont cependant menacées par la faiblesse des financements dédiés. En Égypte, de nombreuses organisations de la société civile avaient des programmes de prévention (sensibilisation et distribution de préservatifs) ciblant spécifiquement les HSH et les UDI. Cependant, la quasi-totalité de ces programmes ont dû être arrêtés en 2018 avec l'arrêt ou la fin de financements extérieurs. Cette situation a pour corollaire la faiblesse des connaissances sur le VIH/sida, des IST et sur les moyens de s'en protéger.

Ainsi, parmi les 371 questionnaires administrés au Caire et à Alexandrie, même si **81,1% des répondant·e·s déclarent avoir déjà entendu parler du préservatif externe (« masculin »)**, seuls **4,6% a déclaré avoir entendu parler du préservatif**

interne (« féminin ») : il s'agissait uniquement de femmes. Par ailleurs, 14,3% déclare n'avoir jamais entendu parler ni du préservatif masculin ni du préservatif féminin : à ce sujet, la proportion de femmes est nettement plus importante que celle des hommes (18,8% contre 7,4%). **71,7% des répondant·e·s ne connaissent aucun autre moyen de prévention du VIH et des IST**, et seuls 3,1% ont entendu parler du traitement post-exposition (TPE) ou de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), sans en connaître les détails – il est à noter que la PrEP n'est toutefois pas disponible en Égypte.

Par ailleurs, les données collectées entre février et novembre 2021 par le mécanisme de veille communautaire en Égypte montrent une disponibilité fluctuante des moyens de prévention, selon les produits, les zones géographiques, mais également selon le genre des répondant·e·s ou leur appartenance à un groupe de population clé.

En effet, une grande majorité des personnes interrogées déclarent avoir facilement accès aux préservatifs (essentiellement externes – « masculin »), et ce, notamment dans les pharmacies (pour 92%, c'est l'un, voire l'unique lieux de fourniture). À l'inverse, les données du mécanisme de veille communautaire montrent que certains produits ne sont pas facilement ou pas du tout accessibles. Ainsi, **22,4% des personnes usagères de drogues injectables** interrogées sur le volet A déclarent n'avoir **accès ni aux seringues à usage unique, ni à la méthadone comme traitement de substitution aux opiacés**.

Or, le Ministère de la Santé et de la Population a fait de l'usage de seringues uniques l'une de ses priorités dans le cadre de sa stratégie nationale de réduction des risques. Et pour cause : au-delà du VIH, l'Égypte est confrontée à un taux de prévalence très élevé de l'hépatite C (environ 10% de la population selon les derniers chiffres).

Accessibilité

L'un des aspects essentiels de la dimension «Accessibilité» est de comprendre dans quelle mesure les processus d'orientation sont fluides, et si les patient·e·s sont maintenu·e·s dans les soins tout au long de la cascade. Au moment de la rédaction de ce rapport, l'Égypte a adopté la plupart des directives actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour mettre en œuvre une politique de dépistage. Cependant, les données présentées ici mettent en lumière un écart non négligeable entre les normes et directives internationales et les pratiques terrains observées.

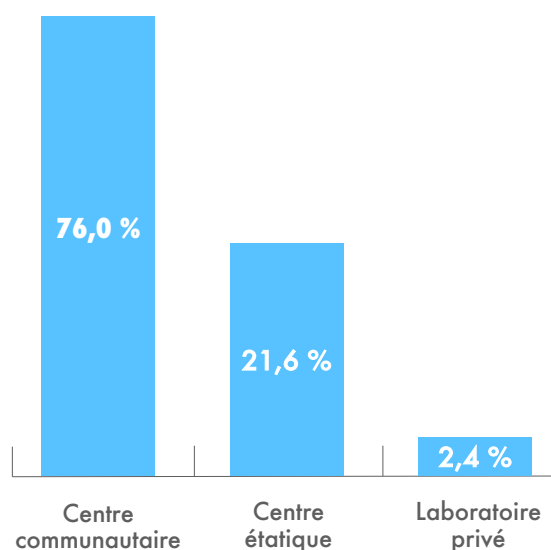
En 2021, un peu plus de la moitié (65%) des PVVIH en Égypte connaissent leur statut sérologique. Parmi les 371 entretiens menés par les collecteur·rice·s de données sur le volet A*, 100% des personnes avaient déjà réalisé au moins un test de dépistage. **La majorité (76%) l'a réalisé dans un centre communautaire, parmi laquelle une plus grande proportion de femmes**, ce qui interroge sur 2 choses : d'une part, la stratégie de ciblage des centres étatiques, d'autre part, l'accessibilité géographique de certains centres.

Au-delà de l'aspect géographique ou financier, l'accessibilité se mesure également via l'observation des processus de référencement tout au long de la cascade de soins. Ainsi, alors qu'il

Ces données font écho à une étude menée en 2015 qui montrait que seulement 5,2% des jeunes de 15 à 24 ans avaient des connaissances sur la prévention du VIH. Ce manque de connaissances est principalement lié à un **manque de campagnes de prévention ciblées** mais également à une **disponibilité insuffisante ou une non disponibilité des moyens de prévention**.

fait partie des recommandations de l'OMS en matière de service de dépistage de qualité, le conseil pré et post-test n'est pas une pratique toujours appliquée dans les centres de dépistage, communautaires ou étatiques. Ainsi, **6,2% des répondant·e·s sur le volet A déclarent ne pas avoir bénéficié d'informations pré-test et 10,8% d'informations post-test** lors de leur visite pour un dépistage du VIH.

Graphique 1. Lieu du dépistage volontaire (n=371)



Acceptabilité

“ Quand je vais dans n'importe quel hôpital, je suis insultée et expulsée parce que je suis de filiation inconnue et aussi je suis mariée officieusement avec juste un contrat qui n'est pas documenté et aussi mes enfants ne sont pas enregistrés. ”

Il est de plus en plus reconnu que la qualité des soins est une composante essentielle de la prestation des services de santé. La dimension de l'« Acceptabilité » pose trois grandes questions que le mécanisme de veille communautaire s'attache à décoder : la qualité des soins est-elle suffisante ? Les services sont-ils fournis sans stigmatisations ni discriminations ? Les droits des bénéficiaires des services sont-ils protégés, voire promus ?

Parmi les 371 entretiens menés par les collecteur·rice·s de données entre février et novembre 2021, **seuls 2% se disaient peu ou pas satisfait·e·s des prestations**. La raison principale évoquée : les difficultés de communication avec les personnels des centres.

La peur, la stigmatisation et les discriminations ressortent par ailleurs comme des facteurs de rupture dans les soins. Ce sujet est perceptible à

tous les niveaux : famille, amis, milieu professionnel, et également prestataires de santé. **1% des personnes disent avoir été confrontées à une stigmatisation ou avoir été victimes de discriminations quand elles se sont rendues dans le centre de dépistage.** Ce chiffre s'élève à 6,7% quand il s'agit d'un centre de santé général. Les raisons principales soulevées sont le statut marital, l'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle.

“ Je suis un homme qui a des relations sexuelles avec des hommes, j'oublie parfois de parler comme je le fais normalement, ce qui fait qu'ils me regardent et sont dégoûtés. ”

Principaux motifs de stigmatisations & discriminations dans les centres de dépistage



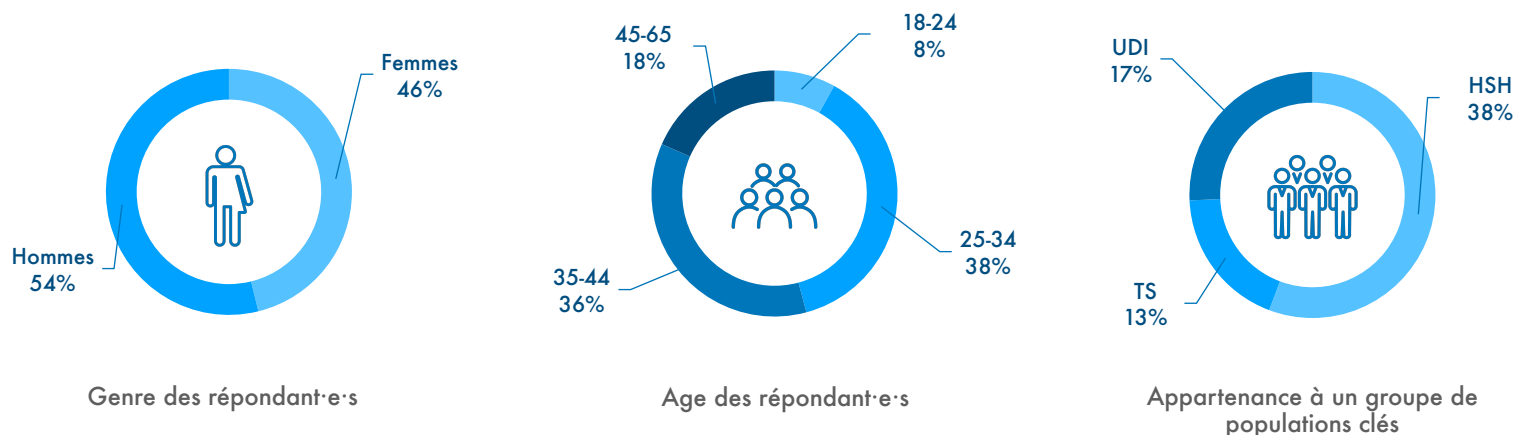
Statut marital

Identité de genre

Orientation et/ou pratiques sexuelles

Volet B – Accès au traitement & prise en charge

Profil socio-démographique



Disponibilité & Accessibilité des produits et services

Le parcours de soins constitue l'une des principales priorités pour garantir une meilleure prise en charge des PVVIH. Ce parcours commence avant tout par un meilleur dépistage, tel qu'il est recommandé par l'OMS et l'ONUSIDA.

La majorité des répondant·e·s ont déclaré avoir été dépisté·e·s dans le cadre d'un dépistage volontaire, qui consiste à utiliser comme premier test le test rapide d'orientation diagnostique (TROD).

Bien que la stratégie « Test & treat » ait été adoptée en Égypte, le faible lien constaté entre les différents acteur·rice·s et services complique l'entrée dans les soins pour les personnes dépistées séropositives au VIH. Ainsi, le circuit de confirmation d'un test positif peut notamment être complexe et constituer une véritable barrière à l'accès aux traitements et à une prise en charge globale. Bien que la quasi-totalité des répondant·e·s (92,3%) ont eu accès à un test de confirmation, pour 22,1% d'entre eux, cela a mis plus d'un mois avant d'avoir les résultats.

D'après les données recueillies, **15,4% des répondant·e·s ont déclaré ne pas être sous traitement**. La proportion de femmes est ici

nettement plus élevée que celle des hommes (25% contre 7,1%). Parmi les personnes sous traitement interrogées, **48,1% ont dû attendre plus d'1 mois pour avoir accès aux ARV**; ils sont plus de 20% à avoir attendu plus de 3 mois.

Ces deux composantes concernent également la mesure de la charge virale et le suivi biologique. À cet effet, **seules 19,2% des PVVIH interrogées pendant la période de référence ont confirmé avoir eu accès à la fois à la charge virale et aux CD4**, tandis que la majorité des personnes interrogées ont déclaré n'avoir accès ni à l'une ni à l'autre. L'existence d'un seul laboratoire au Caire capable de réaliser la mesure de la charge virale laisse supposer un impact en matière d'accessibilité géographique pour les PVVIH issus d'autres villes.

Enfin, l'accessibilité des services et produits se mesure aussi au coût de ceux-ci. Ainsi, en Égypte, les ARV sont disponibles gratuitement pour tous les ressortissant·e·s et les réfugié·e·s enregistré·e·s. Cependant, comme il n'y a pas de dispensation communautaire, ni d'achat de médicaments antirétroviraux sur le marché privé, des lacunes subsistent pour garantir un accès équitable pour tou·te·s aux traitements.

Acceptabilité

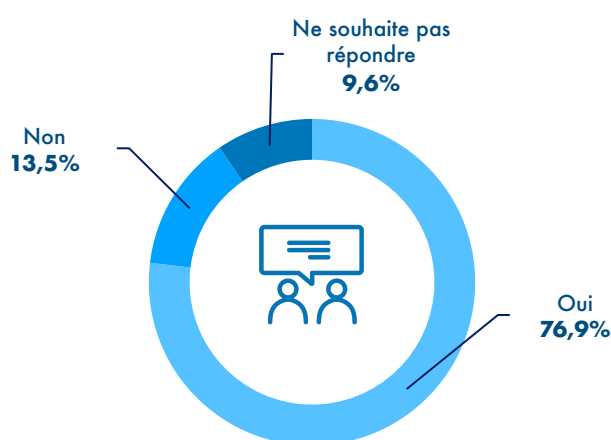
Similairement aux constats faits pour le volet A, la plupart des personnes interrogées (70%) se disent satisfaites ou très satisfaites des prestations dans le centre qu'elles fréquentent. Ils·elles sont néanmoins près de 30% à avoir un niveau de satisfaction bas, du fait notamment du mauvais accueil ou des difficultés de communication avec les prestataires de santé.

Une bonne proportion de PVVIH jointes pendant la période concernée par le rapport (13,5%) ont par ailleurs confirmé qu'elles pensaient que leur confidentialité n'avait pas été respectée lors de leur dernière visite au centre de prise en charge. À cela s'ajoutent la **peur, la stigmatisation et les discriminations et/ou les violences**. Ainsi, **22,1%**

des personnes ont déclaré avoir été victimes de discriminations lors de leur visite dans un centre de prise en charge. Ce taux est presque doublé (41,3%) lorsque l'on parle de centres de santé généraux.

“ Les employés de l'hôpital nous discriminent, même les médecins. ”

Graphique 2. Perception du respect de la confidentialité des patient·e·s dans les centres de prise en charge (n=104)



Conclusions & Recommandations

Conclusions

Les données collectées entre février et novembre 2021 mettent en lumière des bonnes pratiques au sein des centres de dépistage et de prise en charge, mais semblent également montrer que les PVVIH et populations clés en Égypte sont confronté·e·s à des obstacles importants dans leur accès à des services VIH de qualité et adaptés à leurs besoins. Les constats issus des trois premières collectes de données et présentés ici viennent confirmer les expériences vécues par les bénéficiaires relevées dans plusieurs études *ad hoc*. L'inadaptation des stratégies de prévention et de sensibilisation aux besoins des populations clés, le manque d'accessibilité et de disponibilité de certains produits et services, la stigmatisation et la discrimination sont autant de barrières qu'il est nécessaire de continuer à documenter et illustrer afin d'améliorer la réponse apportée à tous les niveaux sur le territoire égyptien. La poursuite des collectes de données jusqu'en décembre 2022, ainsi que l'organisation de groupes de discussions, permettront d'aller plus loin dans la documentation, l'analyse et le suivi de ces barrières.

Recommandations

La formulation de recommandations doit permettre de prolonger le dialogue entamé par Al Shehab avec les principales parties prenantes de la lutte contre le VIH/sida en Égypte, afin que des solutions soient mises en œuvre le plus rapidement possible.



Recommandation n° 1

Adapter et renforcer les campagnes de sensibilisation et de prévention spécifiques à destination des populations clés et vulnérables, notamment les femmes et les jeunes.



Recommandation n° 2

Renforcer les centres de dépistage communautaires et étatiques sur les recommandations de l'OMS, concernant le counseling pré et post-test et les « 5C » (consentement, confidentialité, résultats corrects et connexion »



Recommandation n° 3

Accélérer l'accès à la mesure de la charge virale et au suivi biologique en dotant les centres de prise en charge d'autres villes / régions.



FORSS

AL SHEHAB FOUNDATION FOR COMPREHENSIVE DEVELOPMENT
 Alexandrie / Le Caire - Égypte
[Page Facebook](#)

Conception www.agence-answer.com

