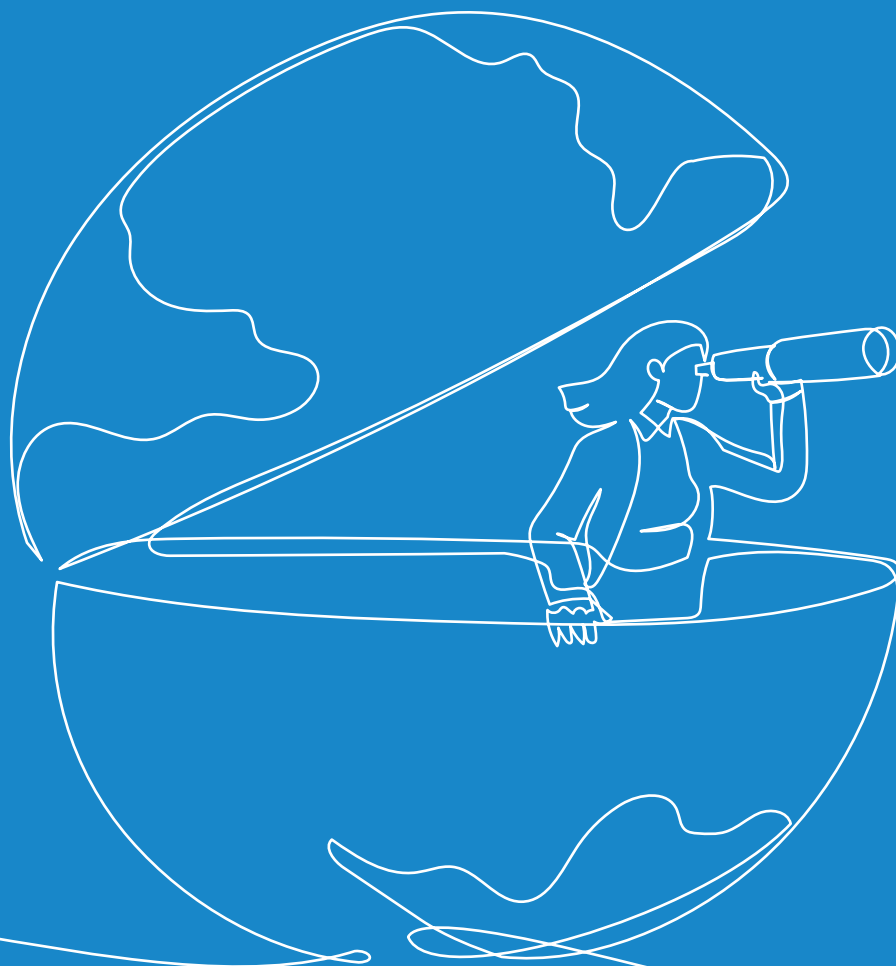


OBSERVATOIRES COMMUNAUTAIRES VIH EN RÉGION MENA

FORSS

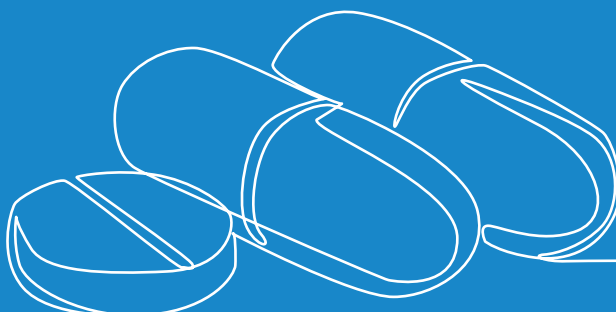
RAPPORT RÉGIONAL #1



Juin 2024 à avril 2025

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
CONTEXTE ET OBJECTIFS DU RAPPORT.....	3
MATÉRIELS & MÉTHODES.....	4
MESSAGES CLÉS.....	6
PROFIL DES RÉPONDANT-ES.....	7
Profil des répondant-es en population générale	7
Profil des répondant-es chez les PVVIH.....	7
Profil socio-démographique des personnes en situation de vulnérabilité	8
VIOLENCES, STIGMATISATION ET ISOLEMENT SOCIAL	9
Expérience de stigmatisation	9
Situation d'agressions.....	10
Isolement social	10
CONNAISSANCES VIH	14
Transmission VIH	14
Moyen de prévention du VIH.....	14
Moyen de dépistage du VIH	15
Accès à l'information sur la santé sexuelle et le VIH	15
ADHÉRENCE AU TRAITEMENT VIH	17
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	19
LISTE ACRONYMES	20



CONTEXTE ET OBJECTIFS DU RAPPORT

Le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (MENA) demeurent l'un des rares régions au monde où l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) continue de progresser. Alors que des avancées notables ont été observées dans d'autres parties du globe, le nombre de nouvelles infections dans la région a augmenté de 116% entre 2010 et 2023. Parallèlement, seules 49% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont accès à un traitement antirétroviral, selon les dernières données publiées par ONUSIDA (2024). Cette situation alarmante résulte de facteurs multiples : une couverture insuffisante des services de prévention, des inégalités persistantes dans l'accès aux soins, des cadres juridiques répressifs, ainsi qu'un environnement général marqué par la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion des populations les plus touchées.

À cela s'ajoute la faiblesse structurelle des systèmes de santé publique, qui engendre un déficit critique en disponibilité de données sur les services disponibles, leur accessibilité, leur pertinence et leur acceptabilité. Ces lacunes compromettent l'élaboration de politiques de santé fondées sur des données probantes et rendent invisibles les besoins réels des populations les plus touchées, notamment les populations clés. Dans ce contexte préoccupant, la riposte au VIH/sida peine à s'imposer comme une priorité de santé publique auprès des décideurs politiques.

Face à ce constat, Solidarité Sida, en partenariat avec International Treatment Preparedness Coalition-Middle East North Africa (ITPC-MENA) et le soutien de l'Initiative, a lancé en 2022 la seconde phase du programme **FORSS¹ – Former, Suivre, Soutenir**.

Ce programme vise à renforcer la documentation communautaire de l'accès aux soins et à contribuer à une réponse au VIH plus inclusive, efficace et ancrée dans les réalités de chaque contexte. Il s'appuie sur la mise en place d'un système de **surveillance à base communautaire** dans quatre pays : le Maroc avec l'association Réduction des Risques-Maroc (RdR-Maroc), la Mauritanie avec l'Association des Gestionnaires pour le Développement (AGD), la Tunisie avec l'Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le Sida (ATL MST Sida), le Liban avec Marsa. À travers ces **observatoires communautaires VIH**, le programme ambitionne d'améliorer l'offre et la qualité des services de prévention, de dépistage, de soins et de traitements pour les PVVIH et les populations clés.

Ce rapport régional présente les résultats issus des observatoires communautaires déployés dans trois pays – la Tunisie, le Maroc et la Mauritanie – avec pour objectif d'offrir une lecture transversale des dynamiques à l'œuvre dans la région MENA. Trois axes d'analyse ont été définis comme prioritaires :

- Les violences, la stigmatisation et l'isolement social subis par les PVVIH et la population générale / population clé ;
- Le niveau de connaissance du VIH, des modes de transmission, de la prévention et du dépistage dans la population générale / population clé ;
- L'adhésion au traitement antirétroviral chez les PVVIH.

Destiné à un large éventail d'acteurs – institutions publiques de santé, bailleurs internationaux, organisations communautaires, chercheurs et acteurs du plaidoyer – ce rapport vise à partager des constats et tendances, et à proposer des pistes concrètes pour améliorer durablement l'accès équitable et de qualité aux services de santé dans la région MENA.

¹Phase 1 du programme : 2018 - 2021

MATÉRIELS & MÉTHODES

La période d'inclusion des données s'étend du 1er juin 2024 au 30 avril 2025. Toute personne enquêtée en dehors de cette période a été exclue de l'analyse.

Sont incluses dans l'étude les personnes ayant accepté de répondre au questionnaire, âgées de 18 ans ou plus, et n'ayant jamais participé à cette enquête auparavant, ou y ayant participé il y a plus de trois mois.

Les données recueillies via le questionnaire A sont considérées comme représentatives de la population générale, tandis que celles issues du questionnaire B concernent spécifiquement les personnes vivant avec le VIH.

Les tendances relatives aux axes de réflexion sont analysées selon différentes populations vulnérables, notamment :

- les **HSH** (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes),
- les **FSF** (Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes),
- les **PS** (Professionnel-le-s du sexe),
- les **UDI** (Utilisateurs-trices de drogues injectables),
- les **personnes transgenres**,
- les **personnes migrantes**.

Afin de faciliter la compréhension et l'analyse des datasets, plusieurs variables ont été créés comme suit :

1

Vulnérabilité

en trois catégories à partir du nombre de situation de vulnérabilité déclarée (HSH ou FSF et/ou PS et/ou UDI et/ou personnes transgenre et/ou personne migrantes) :

- Aucune situation
- Une vulnérabilité
- Au moins deux vulnérabilités

2

Stigmatisation

en trois catégories selon le nombre de stigmatisations différentes vécues :

- Aucune
- Au moins une situation
- Plusieurs situations

à partir de la variable « ST01 - Au cours des 12 derniers mois, à cause de votre orientation sexuelle, pratiques sexuelles, consommation de drogue, statut marital ou âge, avez-vous expérimenté les situations suivantes ? Forcé.e de déménager/ Perdu votre travail/ discriminé.e au cours d'une consultation dans un service de santé / discriminé.e dans un service public / Avoir été emprisonné.e ou fait l'objet de poursuite judiciaire ».



3

Agression

en trois catégories selon le nombre d'agressions différentes vécues :

- Aucune
- Au moins une situation
- Plusieurs situations

à partir de la variable « ST01 - Au cours des 12 derniers mois, à cause de votre orientation sexuelle, pratiques sexuelles, consommation de drogue, statut marital ou âge, avez-vous expérimenté les situations suivantes ? Insulté.e oralement, harcelé.e ou menacé.e / Agressé.e physiquement ».

4

Limite vie sociale

en trois catégories selon le nombre de limites différentes vécues :

- Aucune
- Au moins une situation
- Plusieurs situations

à partir de la variable « ST01 - Au cours des 12 derniers mois, à cause de votre orientation sexuelle, pratiques sexuelles, consommation de drogue, statut marital ou âge, avez-vous expérimenté les situations suivantes ? Décidé de ne pas voir vos amis ou votre famille / Décidé de ne pas vous rendre à un rassemblement/événement social ».

5

Source information

en trois catégories :

- Source Fiable (Personnels de santé, Personnels associatifs, Médecin traditionnel, Lignes téléphoniques, Campagne de prévention/sensibilisation),
- Source Aléatoire (Proche, Médias de masse traditionnels, Médias numériques internet/réseaux sociaux),
- Aucune source (Aucune)

à partir de la variable « C04 - Quelle est la principale source d'information que vous utilisez pour vous renseigner sur le VIH et la santé sexuelle en général ? »

5

Adhérence traitement

en deux catégories selon le nombre d'arrêt du traitement antirétroviral des PVVIH :

- Jamais
- Au moins une fois

à partir de la variable « Au cours des 6 derniers mois, avez-vous déjà arrêté de prendre votre traitement antirétroviral pendant une longue période (plus d'une semaine) ? »

Les variables catégorielles ont été décrites à l'aide de leurs effectifs (en nombre) et de leur répartition (en pourcentage) selon les différentes modalités.

Pour évaluer les facteurs associés aux axes d'intérêt (stigmatisation, agressions, isolement social, connaissances sur la prévention, le dépistage et la transmission du VIH, sources d'information, adhésion au traitement antirétroviral), des modèles de régression logistique ont été utilisés :

- des modèles logistiques binaires pour les variables à deux modalités,
- et des modèles logistiques ordonnés pour celles comportant plus de deux modalités.

Les analyses ont été ajustées sur les variables socio-démographiques suivantes : sexe, âge, statut marital, niveau d'études et pays. L'effet de la situation de vulnérabilité a été testé dans un premier temps, suivi d'analyses spécifiques aux populations clés.

Pour les groupes **HSH** et **FSF**, les modèles n'ont pas été ajustés sur le sexe.

Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios accompagnés de leurs **degrés de significativité (p-value)**. Le seuil de significativité statistique a été fixé à **0,05**, correspondant à un risque d'erreur de 5 %.

MESSAGES CLÉS

4 523

répondant-es dont **3020** en population générale et **1503** PVVIH.

Uniquement 27%

de la population générale et **24%** des PVVIH bénéficie d'une couverture maladie.

58%

de la population générale et **43%** des PVVIH présentent au moins une vulnérabilité.

Les personnes cumulant plusieurs vulnérabilités sont confrontées à une précarité accrue (moins observée pour des personnes en activités rémunérées).

1 personne sur 2

a déjà subi une situation de stigmatisation, **46%** a déjà été victime de violence physique ou verbale.

Si la personne cumule 2 ou plus de 2 vulnérabilités, le risque de stigmatisation/agression est multiplié par 6.



Les UDI, PS, personnes transgenres (population générale), et les HSH (PVVIH), sont les populations les plus exposées à la stigmatisation et à la violence.

Seuls 24%

connaissent les modes de transmission du VIH avec une moindre connaissance chez les UDI et les femmes cisgenres/transgenres.

Seuls 13%

connaissent le Traitement Post-Exposition et **15%** des femmes connaissent la prévention mère-enfant.

Connaissance des moyens de dépistage plus faible chez les FSF, PS et personnes transgenres.

28%

n'ont pas accès à des sources fiables pour la santé sexuelle et VIH, les UDI et migrant-e-s consultent davantage de sources aléatoires.

Chez les PVVIH,

14%

ont déjà interrompu leur traitement antirétroviral avec un risque augmenté chez les PS, les UDI et les personnes transgenres.

L'adhérence au traitement ARV diminue avec l'absence d'une couverture maladie, l'insatisfaction de la relation avec le personnel soignant ou le niveau de satisfaction global au traitement.



PROFIL DES RÉPONDANT·ES

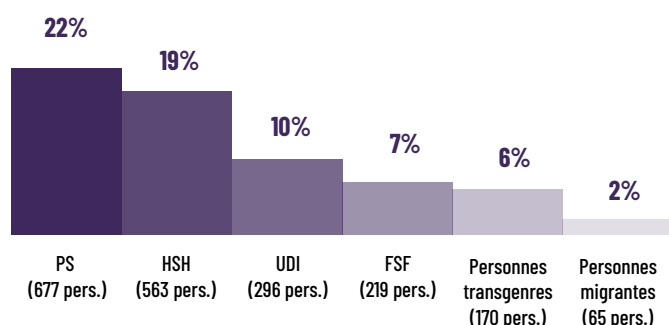
PROFIL DES RÉPONDANT·ES EN POPULATION GÉNÉRALE

Entre le 1er juin 2024 et le 30 avril 2025, 3 020 personnes ont été interrogées dans les trois observatoires en population générale : 1249 au Maroc (41%), 943 en Tunisie (31%), et 828 en Mauritanie (27%).

La majorité des répondant·es ont entre 25 et 44 ans (42 % catégorie des 25-34 ans, 27 % pour la catégorie 35-44 ans). 52 % sont des femmes cisgenres, 29 % des hommes cisgenres, 14 % femmes transgenres, 5 % hommes transgenres, et moins de 1 % se déclarent non binaires. La couverture maladie reste limitée avec seulement 27 % des personnes en bénéficiant et reste particulièrement basse chez les PS (16 %), les migrant·es (2 %) et les femmes (22 %).

Parmi les personnes interrogées, 42% se déclarent sans facteur de vulnérabilité, 44% avec un seul facteur, et 14% avec au moins deux facteurs.

Chez les répondant·es déclarant au moins une situation de vulnérabilité :

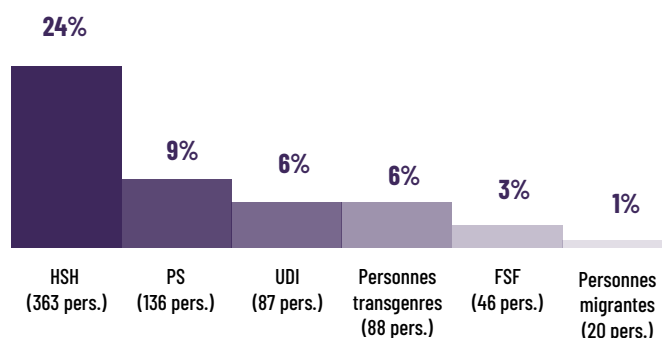


PROFIL DES RÉPONDANT·ES CHEZ LES PVVIH

Sur la période de juin 2024 à avril 2025, 1 503 PVVIH ont été interrogées au sein des observatoires : 681 issues du Maroc (45 %), 502 issues de Mauritanie (33 %) et 320 issues de la Tunisie (21 %).

La population est principalement féminine (41 %), avec une représentation importante des femmes transgenres (17 %), suivies des hommes cisgenres (35 %), des hommes transgenres (5 %), et des personnes non binaires (3 %). Les personnes âgées de 25 à 44 ans représentent 59 % de l'échantillon. L'accès à une couverture maladie reste limité avec seulement 24 % des PVVIH en bénéficiant. Le niveau est particulièrement faible chez les PS et les migrant·es avec respectivement 12% et 10% d'entre elles ayant une couverture maladie.

43% des répondant·es présentent au moins une situation de vulnérabilité répartie comme suit :



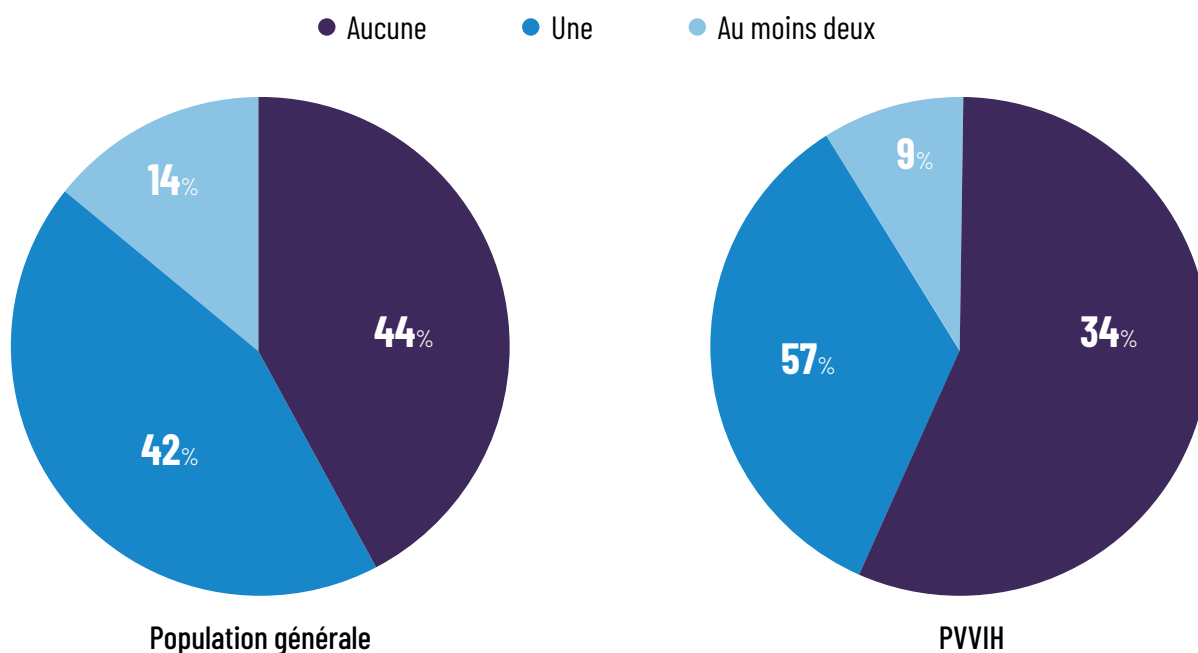
PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Les personnes présentant au moins deux situations de vulnérabilité se distinguent par des conditions socio-économiques plus précaires :

- 69 % sont célibataires, contre près d'une personne sur deux mariées dans le groupe sans vulnérabilité.
- Seules 33 % sont en activité rémunérée, contre 51 % parmi celles sans vulnérabilité.
- L'accès à la couverture maladie est également plus limité (19 % contre 29 % dans le groupe non vulnérable).

La même tendance est observée chez les PVVIH déclarant au moins deux situations de vulnérabilité.

Situation de vulnérabilité



VIOLENCES, STIGMATISATION ET ISOLEMENT SOCIAL

EXPÉRIENCE DE STIGMATISATION

En population générale, une personne sur deux (49%) déclare avoir déjà subi au moins une forme de stigmatisation, dont 35 % rapportent des stigmatisations multiples. Les formes les plus courantes concernent la perte d'emploi (29%) et la stigmatisation dans les services publics (30%). Le profil type des personnes les plus exposées à la stigmatisation est le suivant : être une femme (tendance non significative), âgées de 35-44 ans ($p < 0,001$), étant séparées, divorcées ou veuves ($p = 0,003$), sans éducation formelle ($p < 0,001$) et ayant au moins deux situations de vulnérabilités ($p < 0,001$).

Le risque de stigmatisation augmente nettement avec le niveau de vulnérabilité : 26% des personnes sans vulnérabilité déclarent en avoir subi. Ce pourcentage monte à 78% parmi celles ayant au moins deux vulnérabilités. Les personnes avec 1 vulnérabilité et au moins 2 vulnérabilités ont respectivement 2 et 6,2 fois plus de risque de subir des discriminations de tous types comparés à celles sans vulnérabilité (p -value $< 0,001$) toutes caractéristiques étant égales par ailleurs.

Le risque de stigmatisation varie selon les populations clés. Certaines populations sont particulièrement touchées : 89% des **UDI**, 79% des **PS** et 70% des **personnes transgenres**. En ajustant sur les caractéristiques de la population, il est le plus élevé pour les **PS** (4,3 fois plus de risque que les personnes non **PS**, p -value $< 0,001$), suivi par les **UDI** (4,06 fois plus de risque que les non **UDI**, p -value $< 0,001$), **les personnes se définissant transgenre** (1,94 fois plus de risque, p -value $< 0,001$) **les personnes migrantes** (1,94 fois plus de risque, résultat non significatif), **les FSF** (1,63 fois plus de risque, p -value=0,055). Pas de tendance retrouvée pour **HSH**.

Chez les PVIH, les tendances sont les mêmes avec un risque de stigmatisation multiplié par 1,88 en situation de vulnérabilité et multiplié par 4,4 si au moins 2 vulnérabilités déclarés (p -value $< 0,001$), toutes caractéristiques étant égales par ailleurs. En revanche, dans ce groupe spécifique, le fait d'être **HSH** ressort comme un facteur de risque de stigmatisation avec 1,77 fois plus de risque que les personnes non **HSH** (p -value $< 0,001$), la population la plus touchée restant néanmoins les **PS** avec 5,3 fois plus de risque que les personnes non **PS** (p -value $< 0,001$).

SITUATION D'AGRESSIONS

En population générale, 46% des répondant-es déclarent avoir déjà été victime soit de violences verbales, physiques ou bien les deux (respectivement 14% violences orales, 3% violences physiques et 28% les deux).

Le profil type des personnes les plus à risque de subir des agressions est le suivant : être une femme (p-value < 0,001), âgées de 15-24 ans (p = 0,018), étant séparées, divorcées ou veuves (p = 0,011), sans éducation formelle (p < 0,001) et ayant au moins deux situations de vulnérabilités (p < 0,001).

Le risque d'agression verbale ou physique augmente nettement avec le niveau de vulnérabilité : 21% des personnes sans vulnérabilité déclarent en avoir subi contre 76% parmi celles ayant au moins deux vulnérabilités. Les personnes avec 1 vulnérabilité et au moins 2 vulnérabilités ont respectivement 2,7 et 6,5 fois plus de risque d'être victime d'agression de tous types comparés à celles sans vulnérabilité (p-value < 0,001) toutes caractéristiques étant égales par ailleurs.

Le risque d'agression varie selon les populations clés. Certaines populations sont particulièrement touchées : 85% des UDI, 81 % des PS et 69% des personnes transgenres.

En ajustant sur les caractéristiques de la population, il est le plus élevé pour les PS (5,7 fois plus de risque que les personnes non PS, p-value < 0,001), suivi par les UDI (3,17 fois plus de risque que les non UDI, p-value < 0,001), **les personnes se définissant transgenre** (1,65 fois plus de risque, p-value = 0,005) et les **FSF** (1,70 fois plus de risque, p-value < 0,001). Pas de tendance retrouvée pour les **personnes migrantes** ou **HSH**.

Chez les PVIH, les tendances sont les mêmes avec un risque d'être victime d'agression verbale ou physique multiplié par 2,04 en situation de vulnérabilité et multiplié par 7,96 si au moins 2 vulnérabilités déclarées (p-value < 0,001), toutes caractéristiques étant égales par ailleurs. En revanche, dans ce groupe spécifique, le fait d'être HSH ressort comme un facteur de risque d'agression avec 1,55 fois plus de risque que les personnes non HSH (p-value = 0,04), ainsi que pour les **personnes migrantes** (3,35 fois plus de risque, p-value = 0,023) la population la plus touchée restant néanmoins les PS avec 7,21 fois plus de risque que les personnes non PS et les UDI avec 3,83 fois plus de risque (p-value < 0,001).

ISOLEMENT SOCIAL

En population générale, 42% des répondant-es déclarent s'être déjà limité dans leur vie sociale en ne participant pas à un événement privé (amis/famille) ou à un rassemblement collectif (5% s'étant limité pour participation à un événement privé, 4% pour un rassemblement social et 34% concernant les deux types d'événement).

Le profil type des personnes s'auto-limitant dans leur vie sociale est le suivant : être une femme (résultat non significatif), âgées de 15-24 ans (p = 0,004), étant séparées, divorcées ou veuves (résultat non significatif), sans éducation formelle (p < 0,001) et ayant au moins deux situations de vulnérabilités (p < 0,001).

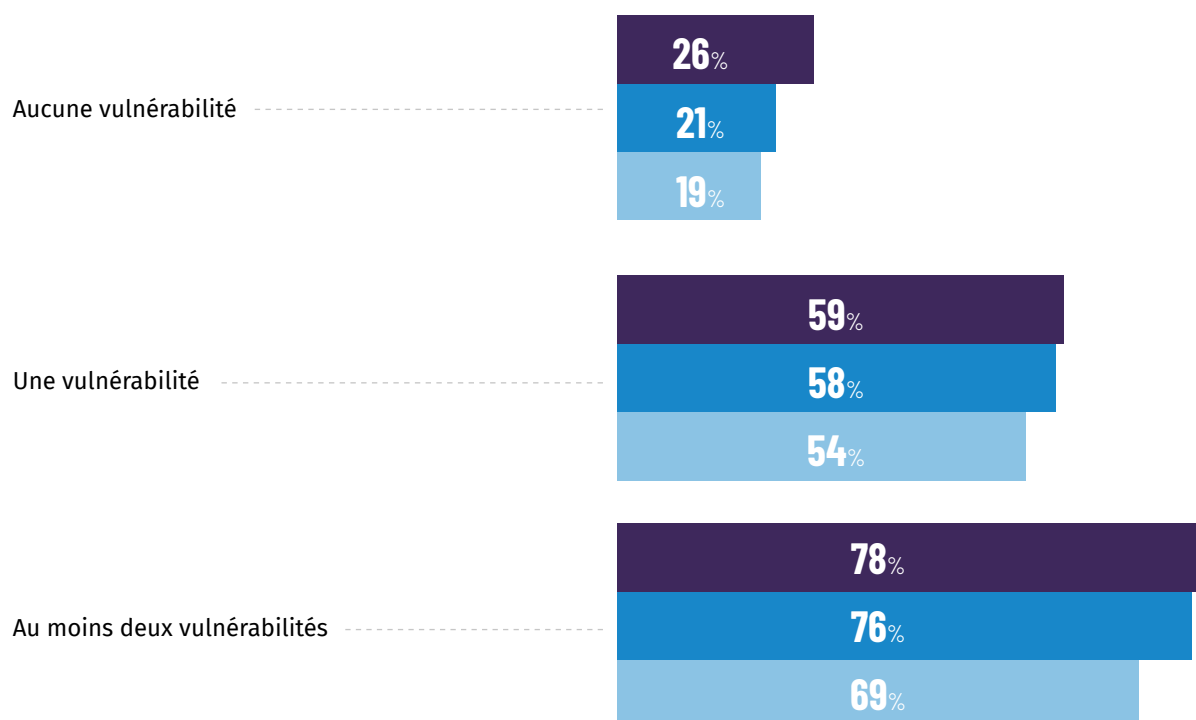
Le risque d'auto-limitation augmente nettement avec le niveau de vulnérabilité : 19% des personnes sans vulnérabilité déclarent s'être déjà limitées contre 69% parmi celles ayant au moins deux vulnérabilités. Les personnes avec 1 vulnérabilité et au moins 2 vulnérabilités ont respectivement 2,51 et 5,11 fois plus de risque de limiter leur participation à la vie sociale comparés à celles sans vulnérabilité (p-value < 0,001) toutes caractéristiques étant égales par ailleurs.

Le degré de limitation de sa vie sociale varie selon les populations clés. Certaines populations sont plus impactées comme les UDI (96% se limitant) les PS (70% se limitant) et les FSF (58% se limitant).

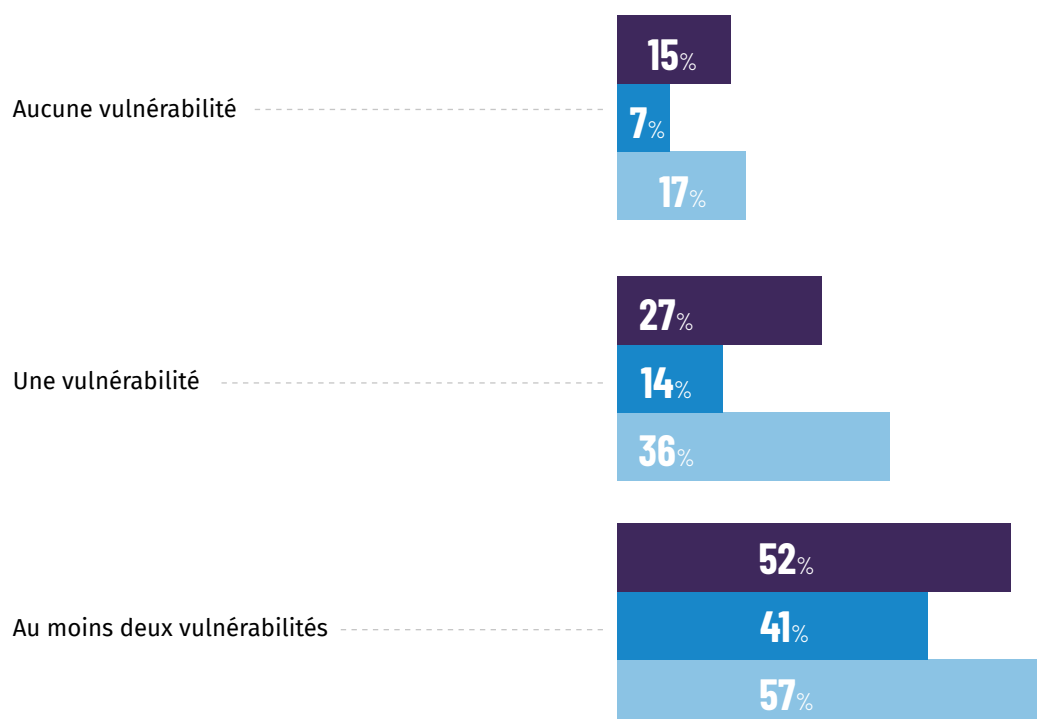
En ajustant sur les caractéristiques de la population, le risque d'auto-limitation augmente fortement pour les **personnes se définissant Transgenre** (8 fois plus de risque, p-value < 0,001), suivi par les UDI (3,73 fois plus de risque que les non UDI, p-value < 0,001), les **PS** (1,99 fois plus de risque que les personnes non PS, p-value < 0,001) et les **FSF** (1,94 fois plus de risque, p-value < 0,001). Pas de tendance retrouvée pour les **personnes migrantes** ou **HSH**.

Chez les PVIH, les tendances sont les mêmes avec un risque de non-participation à un événement privé ou public multiplié par 1,93 en situation de vulnérabilité et multiplié par 3,96 si au moins 2 vulnérabilités déclarées (p-value < 0,001), toutes caractéristiques étant égales par ailleurs. En revanche, dans ce groupe spécifique, le fait d'être HSH ressort comme un facteur de risque limitant sa vie sociale avec 2,34 fois plus de risque que les personnes non HSH (p-value < 0,001), ainsi que pour les **personnes migrantes** (1,78 fois plus de risque, p-value = 0,026).

Expérience vécue selon la présence de vulnérabilité en population générale



Expérience vécue selon la présence de vulnérabilité chez les PVVIH



● Stigmatisations ● Agressions ● Auto-limitation

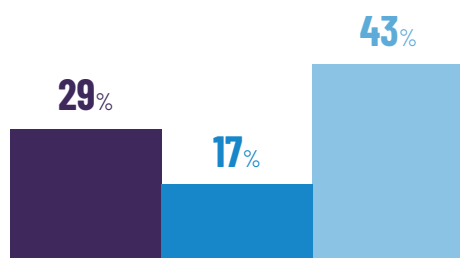
Expérience vécue selon les populations clés en population générale

● Stigmatisations ● Agressions ● Auto-limitation

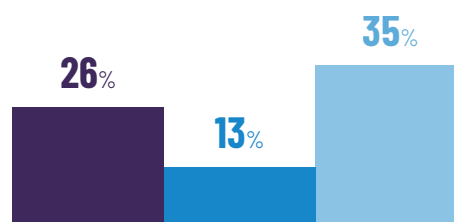


Expérience vécue selon les populations clés chez les PVVIH

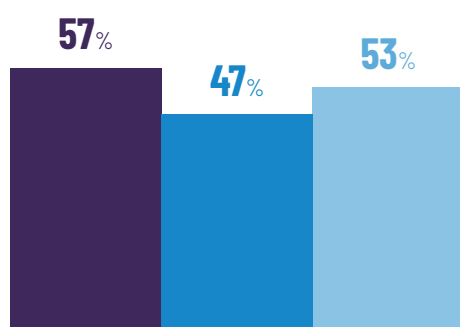
● Stigmatisations ● Agressions ● Auto-limitation



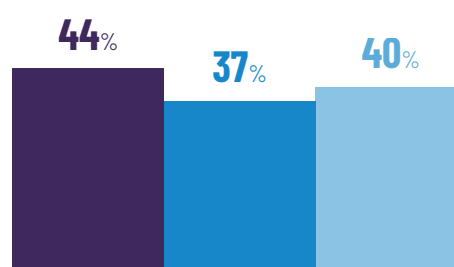
HSH



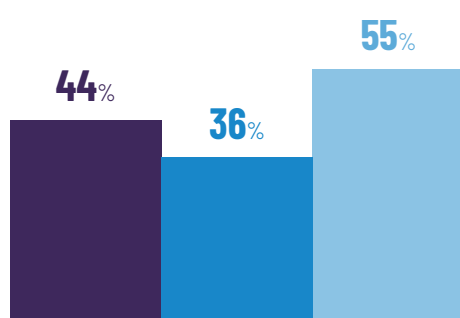
FSF



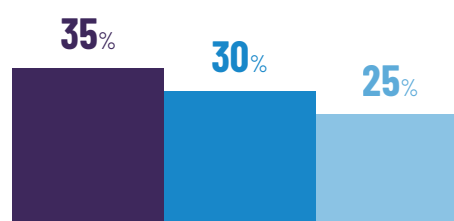
PS



UDI



Transgenre



Migrant-es

CONNAISSANCES VIH

TRANSMISSION VIH

La connaissance précise des modes de transmission du VIH reste limitée parmi les répondant·es, avec seulement 24% (soit 715 personnes) en mesure de les identifier complètement.

Cette connaissance varie significativement selon les profils clés : les **PS** et les **HSH** affichent une meilleure compréhension (32%), tandis que les **UDI** et les **femmes cisgenre/transgenre** présentent une moins bonne connaissance (respectivement 22% et 23%), comparés respectivement aux personnes non PS et non UDI.

La connaissance des modes de transmission du VIH augmente avec l'accumulation de vulnérabilités : la part de personnes ayant une bonne connaissance de la transmission passe de 17% chez celles sans vulnérabilité à 30% et 29% chez celles présentant une ou plusieurs vulnérabilités respectivement. La même tendance est observée pour les connaissances en matière de prévention.

Le profil type des personnes ayant une moins bonne connaissance des modes de transmission du VIH est le suivant : être un homme ($p < 0,001$), âgé de plus de 55 ans (0,038), célibataire (0,015) sans éducation formelle ($p < 0,001$) et sans situation de vulnérabilité ($p < 0,001$).

A l'exception des UDI qui ont une tendance à une meilleure connaissance des modes de transmission du VIH comparé aux non UDI (p -value = 0,002) et des HSH (résultat non significatif), les autres populations clés semblent avoir une moins bonne connaissance des modes de transmission (résultats non significatifs).

MOYEN DE DÉPISTAGE DU VIH

En ce qui concerne le dépistage du VIH, la totalité des répondant·es (100%) connaissent au moins une méthode, principalement la prise de sang (86%), suivie par le test rapide d'orientation diagnostique (TROD, 46%), l'autotest (29%) et, plus marginalement, le test salivaire (7 %), ce dernier étant mieux connu des personnes migrantes (17%).

Le profil type des personnes ayant une moins bonne connaissance des moyens de dépistage du VIH est le suivant : être une femme ($p = 0,007$), âgé de 18-24 ans

(0,038), séparé/divorcé/veuf (résultat non significatif) sans éducation formelle ($p < 0,049$) et avec au moins deux situations de vulnérabilité ($p = 0,023$).

Les **UDI** (résultat non significatif) et les **personnes migrantes** (p -value < 0,001) ont tendance à avoir une meilleure connaissance des moyens de dépistage du VIH à l'inverse des **FSF**, **PS** (résultats non significatifs) et des **personnes transgenre** (p -value = 0,036) qui ont des connaissances limitées.

ACCÈS À L'INFORMATION SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET LE VIH

Parmi les répondant·es en population générale, 72% déclarent utiliser des sources fiables d'information, contre **25% ayant recours à des sources considérées comme aléatoires**, et 3% n'ayant accès à aucune source d'information. La principale source fiable identifiée concerne les informations issues d'associations communautaires (52%).

Certaines populations vulnérables, notamment les **UDI** et les **personnes migrantes**, ont davantage recours à des sources aléatoires que les autres groupes, respectivement à 53% et 43%. Les médias numériques représentent la principale source aléatoire déclarée (16%).

Concernant la satisfaction vis-à-vis de l'accès à l'information en santé sexuelle, seulement 8% des répondant·es se déclarent insatisfaits.

Le profil des répondant·es utilisant le moins de sources d'information fiables est le suivant : être un homme (p -value < 0,001), âgé de 25-34 ans (p -value = 0,031), avec un niveau d'étude supérieur (résultats non significatif), célibataire (p -value = 0,020) et sans vulnérabilité (p -value = 0,001)

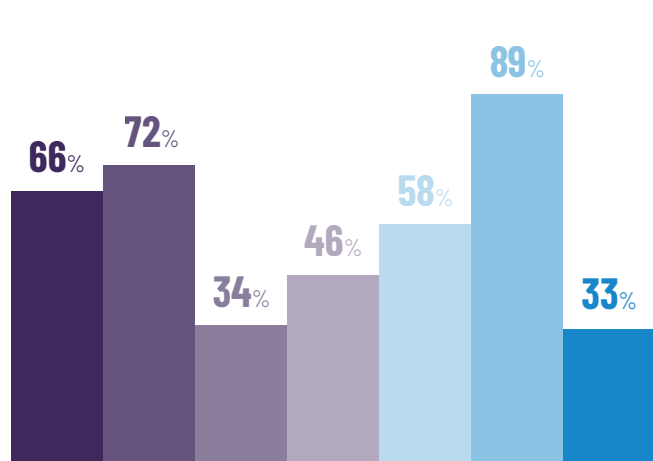
Les **FSF** (p -value = 0,003), les **PS** (p -value < 0,001) et les **personnes transgenres** (p -value = 0,033) ont tendance à avoir accès à davantage de sources fiables.

A l'inverse, les **UDI** (p -value = 0,001) et les **personnes migrantes** ($p < 0,001$) ont une tendance significative à avoir moins accès à des sources fiables. A noter qu'il existe peu de différence pour les **HSH** pour ce qui est de l'accès à l'information (résultat non significatif).

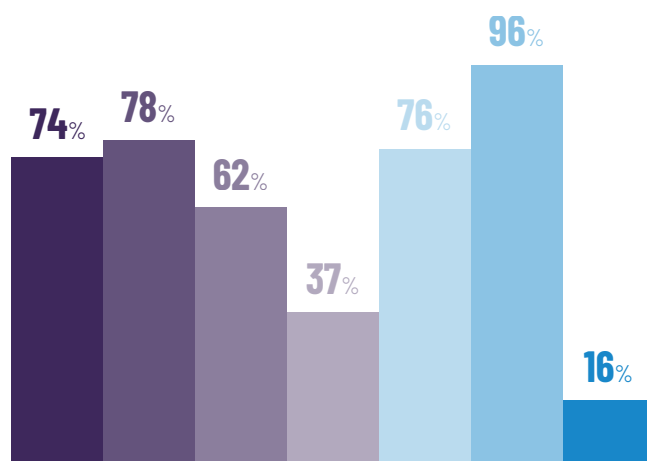
Méconnaissance du VIH en population générale

- Ne connaît pas tous les types de Transmission
- Ne connaît pas le TPE
- Ne connaît pas la PREP
- Ne connaît pas le TROD

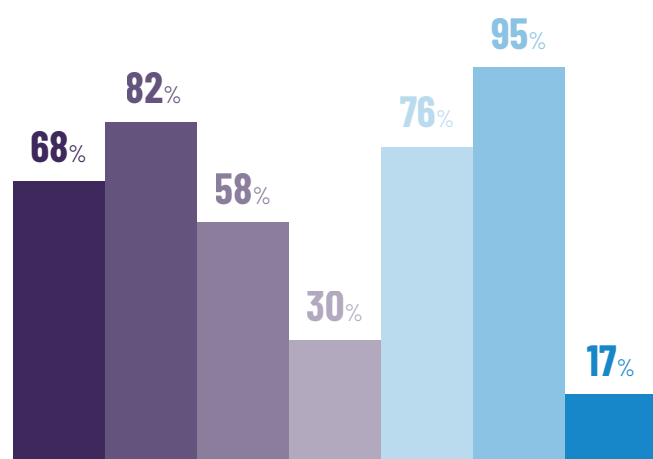
- Ne connaît pas l'autotest
- Ne connaît pas le test salivaire
- Utilise des Sources aléatoires d'information sur la santé sexuelle et le VIH



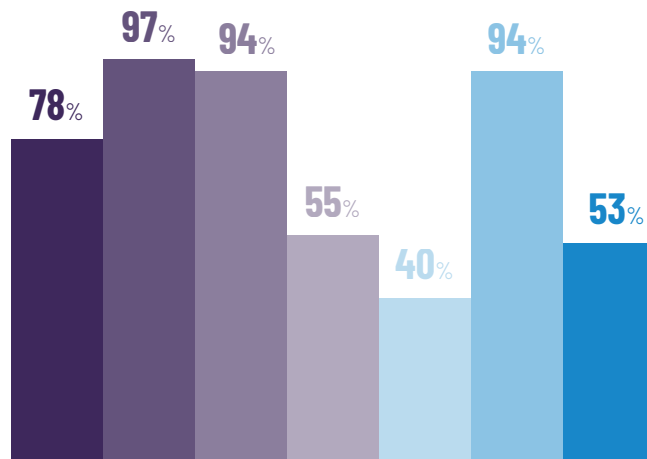
HSH



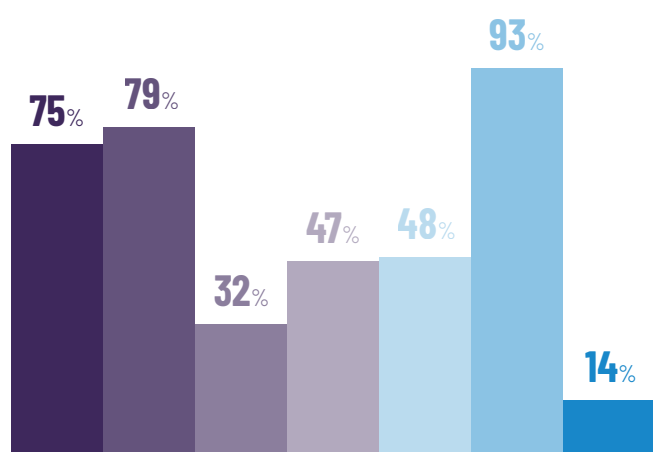
FSF



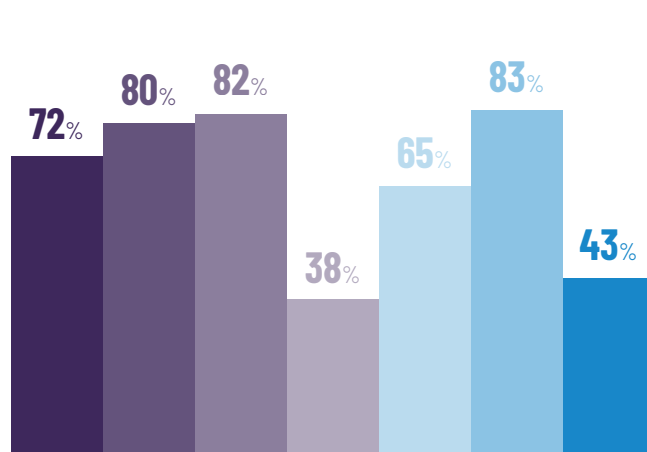
PS



UDI



Transgenre



Migrant-e-s

ADHÉRENCE AU TRAITEMENT VIH

Chez les **PVVIH** interrogées dont l'adhérence au traitement est connue (soit 1418 personnes), 86% déclarent n'avoir jamais interrompu leur traitement antirétroviral, témoignant d'une forte adhérence thérapeutique globale.

14% des PVVIH déclarent néanmoins avoir déjà arrêté au moins une fois leur traitement pour diverses raisons.

Toutefois, certains profils présentent un risque accru d'arrêt du traitement. Ce risque est notamment plus élevé chez les personnes sans éducation formelle ($p < 0,001$), celles cumulant au moins deux facteurs de vulnérabilité (2,5 fois plus de risque d'arrêt du traitement, p – value = 0,002)

Il existe en revanche peu de différence dans l'adhérence au traitement VIH selon le sexe, l'âge et la situation familiale du/de la répondant-e.

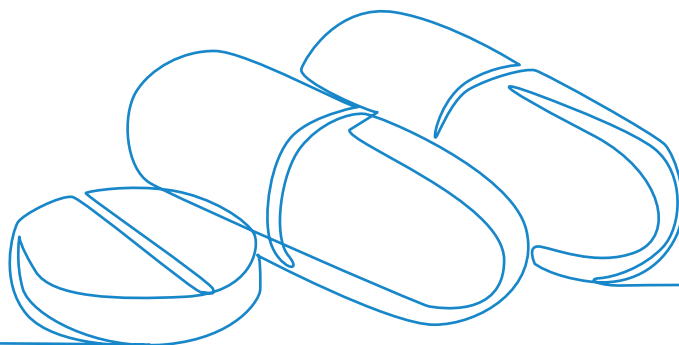
Concernant les populations clés, **le risque d'arrêt du traitement est plus marqué chez les PS**, qui ont 2,5 fois plus de risque de stopper leur traitement que les personnes non PS ($p < 0,001$), **ainsi que chez les UDI**, avec un risque accru multiplié par 3,28 fois ($p < 0,001$) **et chez les personnes transgenre** (résultat non significatif). Il ne semble pas y avoir de tendance spécifique pour les **HSH**, les **FSF** et les **personnes migrantes**.

L'absence de couverture maladie est associée à un risque accru d'interruption du traitement : les personnes non couvertes présentent un risque 1,63 fois plus élevé d'avoir interrompu au moins une fois leur traitement antirétroviral ($p = 0,025$).

Un risque également augmenté est observé chez les personnes insatisfaites de leur relation avec les professionnels de santé, avec 1,66 fois plus de chances d'arrêt de traitement ($p = 0,059$), bien que ce résultat soit à la limite de la significativité statistique.

Aucune association significative n'a été observée concernant la confidentialité des soins, tandis qu'un risque plus élevé d'arrêt est constaté chez les personnes peu satisfaites des compétences perçues des professionnel·les, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif. Ces analyses ont été ajustées sur la couverture médicale, la situation de vulnérabilité et d'autres caractéristiques sociodémographiques.

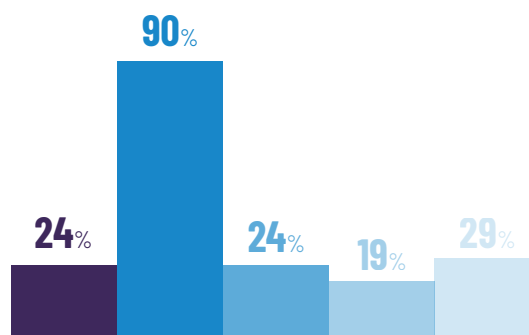
Enfin, **une association fortement significative est observée entre la satisfaction globale vis-à-vis du traitement VIH et l'adhésion** : les personnes peu satisfaites présentent un risque 3,25 fois plus élevé d'interrompre leur traitement par rapport à celles très satisfaites, après ajustement sur les autres variables ($p < 0,001$).



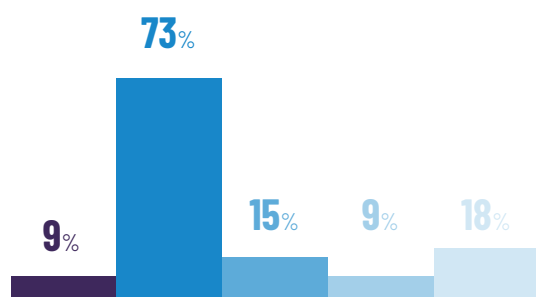
Adhérence au traitement antirétroviral

Si arrêt

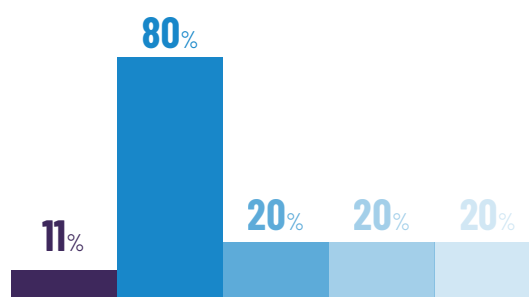
- A arrêté au moins une fois
- Sans couverture maladie
- Insatisfaction dans la relation avec pers.
- Insatisfaction vis à vis des compétences du pers.
- Insatisfaction vis à vis de la confidentialité



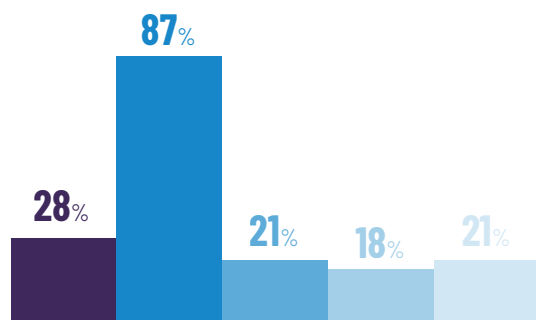
Transgenre



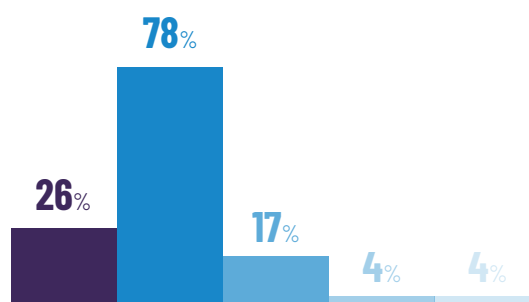
HSH



FSF



PS



UDI

Adhérence et insatisfaction

Insatisfaction relation professionnel-le de santé -----



Insatisfaction compétences professionnel-le de santé ---



Insatisfaction confidentialité -----



● Continuité du traitement

● Arrêt du traitement

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats issus des observatoires communautaires VIH déployés en Tunisie, au Maroc et en Mauritanie mettent en lumière des défis persistants auxquels certaines populations continuent de faire face. La stigmatisation, les violences, l'isolement social, la méconnaissance des méthodes de prévention, la faible couverture médicale universelle sont autant d'obstacles qui compromettent une réponse efficace et équitable à l'épidémie.

La forte corrélation entre les situations de vulnérabilité et l'exposition à la stigmatisation, aux agressions physiques et verbales, à l'auto-limitation, de même que l'impact de ces violences sur l'accès aux soins, appellent une mobilisation urgente des décideur-euses, bailleurs et acteurs de la santé publique.

Face à ce constat, plusieurs **recommandations** émergent pour améliorer structurellement l'accès aux soins dans la région :

1

Renforcer l'intégration de la lutte contre le VIH dans les politiques nationales de santé

- Encourager les gouvernements à considérer la riposte au VIH comme une priorité de santé publique en intégrant les besoins des PVVIH et des populations clés dans les plans stratégique nationaux de santé.
- Inclure systématiquement les données issues des observatoires communautaires dans les diagnostics nationaux pour éclairer les politiques sur la base de preuves.

2

Renforcer l'accès à l'information fiable et inclusive

- Promouvoir les lignes d'écoute, les espaces communautaires et les plateformes d'éducation à la santé sexuelle portés par la société civile.
- Développer des campagnes de communication ciblées, culturellement adaptées et diffusées via des canaux accessibles aux populations vulnérables (y compris les médias numériques).

3

Promouvoir des cadres juridiques protecteurs des droits humains

- Encourager un dialogue multi-acteurs pour identifier les obstacles juridiques et administratifs qui limitent l'accès équitable aux services, et promouvoir un environnement favorable au respect des droits humains des populations clés.
- Lutter contre les lois discriminatoires et répressives qui alimentent la peur, la clandestinité et l'auto-exclusion des soins.

4

Renforcer l'accès à la couverture santé et la protection sociale

- Promouvoir des politiques d'élargissement de la couverture maladie aux personnes en situation de précarité, notamment les populations clés dont les taux de couverture sont extrêmement faibles.
- Garantir une prise en charge gratuite, continue et confidentielle des traitements antirétroviraux.

5

Former et sensibiliser les professionnel·les de santé

- Intégrer des modules de formation sur la non-discrimination, la confidentialité, et les droits en santé dans les cursus de formation médicale et paramédicale.
- Renforcer les capacités des professionnel·les de santé à accueillir et accompagner sans discrimination les PVVIH et les populations clés.

6

Soutenir et institutionnaliser les observatoires communautaires VIH

- Reconnaître les observatoires communautaires comme des mécanismes complémentaires de suivi, de remontée des besoins et de contribution à la planification des politiques publiques.
- Impliquer les acteur·ices communautaires dans les mécanismes nationaux de coordination et de suivi du VIH/sida, notamment dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies nationales.

Le programme FORSS démontre que les données issues des communautés constituent un levier précieux pour faire évoluer les politiques et les pratiques. Leur valorisation dans les processus décisionnels permettra de renforcer la pertinence et l'efficacité des réponses nationales de lutte contre le VIH. Seule une approche fondée sur les droits, l'inclusion et l'évidence permettra de faire reculer l'épidémie dans une région encore trop marquée par les inégalités.

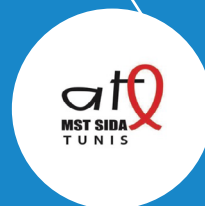
LISTE DES ACRONYMES

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH / **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine / **SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise / **FORSS** : Former, Suivre, Soutenir / **ONUSIDA** : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida / **ITPC-MENA** : International Treatment Preparedness Coalition – Middle East North Africa / **RdR-Maroc** : Réduction des Risques - Maroc / **AGD** : Association des Gestionnaires pour le Développement / **ATL MST Sida** : Association Tunisienne de Lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le Sida / **TPE** : Traitement Post-Exposition / **TROD** : Test Rapide d'Orientation Diagnostique / **HSR** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes / **FSF** : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes / **PS** : Professionnel·le·s du sexe / **UDI** : Utilisateurs·trices de drogues injectables

UNE INITIATIVE



EN COLLABORATION AVEC



AVEC LE SOUTIEN DE



WWW.FORSS-PROGRAM.COM
forss.programme@gmail.com