

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale

DIRECTION DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE
ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES



المملكة المغربية

ⵜⴰⴳⴷⴰⵏⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

ⵜⴰⴳⴷⴰⵏⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⵎⵎⵓⵔ ⵏ ⵓⵙⵓⵔ ⵏ ⵓⵙⵓⵔ

مديرية علم الأوبئة ومكافحة الأمراض

ⵜⴰⴳⴷⴰⵏⵜ ⵏ ⵍⵎⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⵎⵎⵓⵔ ⵏ ⵓⵙⵓⵔ ⵏ ⵓⵙⵓⵔ

STRATÉGIE NATIONALE DE DÉPISTAGE ET DE CONFIRMATION DU VIH 2021-2026 MAROC





**STRATÉGIE
NATIONALE
DE DÉPISTAGE ET
DE CONFIRMATION
DU VIH 2021-2026
MAROC**



COMITÉ DE RÉDACTION ET DE LECTURE



Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies

Dr Mohammed YOUNI
Dr Jaouad HAMMOU
Dr Ibtissam KHOUDRI
Dr Amina EL KETTANI
Dr Elkhansa MAHDAOUI
Dr Nouredine SAKHRI
Dr Abd El Majid Hassani GUENNOUNI
Mme Meriem GHANAM
Mlle Hassna SALEM
Mme Boutaina Selma EL OMARI

Comité national technique de prise en charge du VIH

Pr Kamal MARHOUM FILALI
Pr Noura TASSI
Pr Soumia BENCHEKROUN

ONUSIDA Maroc

Mr Houssine EL RHILANI

Personne ressource

Dr Kamal ALAMI
Mlle Ayah BENYAACOUB

Table des matières

Liste des abréviations.....	5
Introduction.....	8
Justification d'une nouvelle stratégie de dépistage du VIH.....	10
PARTIE I : Méthodologie.....	12
PARTIE II : Recommandations internationales en matière de dépistage du VIH.....	15
PARTIE III : Analyse de la situation (Résumé).....	18
A. Analyse de la situation épidémiologique du VIH et de la riposte nationale.....	19
1.Prévalence, incidence du VIH et décès au niveau national.....	19
2.Riposte nationale au VIH/sida.....	20
B. Gouvernance/Partenariat du programme de dépistage du VIH.....	21
C. Analyse de la riposte concernant le dépistage du VIH.....	23
1. Cadre de référence.....	23
2. Population cible.....	23
3. Services de création de la demande de dépistage du VIH et mobilisation.....	24
4. Approches pour la prestation des services de dépistage du VIH.....	25
5. Connexion avec les services de prise en charge.....	28
D. Environnement et droits humains.....	29
E. Approches complémentaires.....	30
F. Analyse institutionnelle (SWOT).....	31
G. Modélisation des cibles.....	33
H. Synthèse et priorisation des problèmes à adresser et défis à relever.....	34
1. Résumé des forces et des acquis du programme de dépistage.....	34
2. Principaux défis à adresser par la nouvelle stratégie de dépistage VIH.....	35
3. Priorités pour la Stratégie de dépistage.....	36
PARTIE IV : Stratégie de dépistage et de confirmation du VIH 2021-25.....	39
1. Vision.....	40
2. Principes directeurs.....	41
3. Objectifs et résultats stratégiques attendus.....	41
4. Cadre de résultats.....	42
5. Domaines d'intervention de la stratégie de dépistage du VIH.....	44
Axe 1. Création de la demande et mobilisation pour le dépistage du VIH.....	44
Axe 2. Services différenciés de dépistage précoce par population clé et prioritaire.....	53
Axe 3. Connexion des personnes dépistées.....	69
Axe 4. Accès aux services sans stigma ni discrimination.....	77
Axe 5. Gouvernance, coordination et système d'information.....	79
Références.....	90

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AES** : Accidents d'exposition au sang
- ADVIH** : Auto dépistage du VIH
- AHSUD** : Association Hasnouna de Soutien aux Usagers de Drogues
- ALCS** : Association Marocaine de Lutte Contre le Sida
- AMPF** : Association Marocaine de Planification Familiale
- AMSED** : Association Marocaine de Solidarité et de Développement
- ARV** : Antirétroviraux
- ASCS** : Association Sud contre le Sida
- BM** : Banque Mondiale
- CDIC** : Conseil et dépistage à l'initiative du client
- CDIP** : Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire
- CDTMR** : Centre de Dépistage de la Tuberculose et des maladies respiratoires
- CDV** : Conseil et test volontaire
- CIU** : Code d'identification unique
- CRDH** : Centres Régionaux des Droits de l'Homme (CRDH)
- CNDH** : Conseil National des Droits de l'Homme
- CPN** : Consultation Périnatale
- CR** : Centre Référent
- CRILS** : Comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida
- CS** : Centre de santé
- CV** : Charge Virale
- DA** : Division d'Approvisionnement
- DAD** : Dépistage à visée diagnostique
- DELM** : Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies
- DGAPR** : Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion
- DHSA** : Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
- DH** : Droits de l'Homme
- DIM** : Division de l'Informatique et de la Méthode
- DMP** : Direction du Médicament et de la Pharmacie
- DPRF** : Direction de la Planification et des Ressources Financières
- DP** : Direction de la Population
- DRS** : Direction régionale de la Santé
- DSP** : Dispositifs de soins partagés
- EP** : Éducateurs pairs
- ESJ** : Espaces Santé Jeunes
- ESSP** : Établissements de Soins de Santé Primaire

ETME : Élimination de la Transmission Mère Enfant
MGF : Fondation Bill et Melinda Gates
FE : Femme enceinte
FM : Fonds mondial
HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IAS : The International AIDS Society
IBBS : Enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence
ICW : International Community of Women living with HIV/AIDS
INH : Institut National d'Hygiène
IST : Infections sexuellement transmissibles
LM-MST : Ligue marocaine de lutte contre les MST
MOT : Étude sur les Modes de transmission du VIH
MS : Ministère de la Santé
MSF : Médecins Sans Frontières
NTIC : Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OBC : Organisations à base communautaires
ODD : Objectifs du Développement Durable
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisations Non Gouvernementales
ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPALS : Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida
OSC : Organisation de la Société civile
PC : Populations clés
PEC : Prise en Charge
PEPFAR : United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
PDS : Prestation différenciée de services
PFE : Pratique fondée sur les évidences
PMS : Paquet minimum de services
PNAPS : Programme National d'Accompagnement Psychologique et Social
PNLAT : Programme National de Lutte Anti-Tuberculose
PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida
PP : Populations prioritaires
PPE : Prophylaxie Post-Exposition
PPP : Partenariat public privé
PrEP : Prophylaxie préexposition
PSD : Prestation de services de dépistage
PSF : Professionnelles du sexe féminines
PSN : Plan Stratégique National
PSR : Plan Stratégique Régional

PS : Professionnelles du sexe
PTF : Partenaires techniques et financiers
PTME : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH : Personnes Vivant avec le VH
RAMED : Régime d'assistance médicale
RdR : Réduction des Risques
RDS : Respondent Driven Sampling
RDV : Rendez-vous
REMS : Réseau des établissements médico-sociaux
RITA : Recent Infection Testing Algorithm
RSS : Renforcement du Système de Santé
RTRI : Rapid test for Recent infection
SDV : Services de dépistage du VIH
SMI/PF : Santé Maternelle et Infantile et Planification Familiale
SMS : Short Message Service
SNIS : Système national d'information sanitaire
SOP : Procédures opérationnelles normalisées (Standard operational procedures)
SSI : Suivi du système d'information
SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
TAAN : Tests/Techniques d'amplification des acides nucléiques
TB : Tuberculose
TDR : Tests de diagnostic rapide
TG : Transgender
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication
TTR : Tester, Traiter, Retenir
TSO : Traitement de substitution des Opiacés
UDI : Usagers des drogues injectables
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UGFM : Unité de Gestion du programme d'appui du Fonds mondial au Maroc
VBG : Violences basées sur le genre
VHB : Virus de l'hépatite virale B
VHC : Virus de l'hépatite virale C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.



INTRODUCTION

Le diagnostic des nouveaux cas de VIH par le dépistage et le conseil sert de passerelle vers le traitement et les services de prévention nécessaires pour améliorer la qualité de vie des personnes infectées et réduire la transmission (1). Selon l'OMS, le terme « services de dépistage du VIH » intègre une gamme complète de prestations qui devraient être fournis avec le dépistage dont les conseils ; le lien aux services appropriés de prévention, de traitement et de soins du VIH et à d'autres services de soutien ; et la coordination avec les services de laboratoire pour l'assurance de la qualité, et la livraison de résultats corrects.

L'accès des populations à risque au dépistage du VIH se heurte souvent à de nombreux obstacles tels qu'un manque d'intimité et de confidentialité, une méconnaissance du risque de VIH, la stigmatisation et la discrimination. En plus, le recours à un modèle unique ou limité peut exclure des populations, en particulier, celles qui peuvent ne pas identifier leur propre besoin de services.

En 2014, l'ONUSIDA a proposé des cibles ambitieuses 90-90-90 : A l'horizon 2020, 90% des PVVIH connaissent leur statut ; 90% des personnes infectées dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable ; 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée (2). Ces cibles ont été adoptées par les États membres des Nations Unies lors de la déclaration politique sur le VIH/sida de 2016.

Afin d'aider les pays à choisir la stratégie la plus efficace pour la prestation des services de dépistage du VIH, l'OMS a publié des lignes directrices et des approches selon le type d'épidémie, la faisabilité de la mise en œuvre et la rentabilité de tests effectués (3). En 2015, pour atteindre le premier « 90 », la recommandation était la promotion des services avec un mix de stratégies orientées vers les populations prioritaires (4). En 2019, elle préconise de fournir des services de dépistage du VIH ciblés à fort impact (5). En 2021, des nouvelles lignes directrices encouragent un engagement national pour mettre en œuvre des services de dépistage du VIH efficaces et efficaces et fournissent des orientations opérationnelles (6).

Partant des constats sur la situation du VIH, le Maroc s'est engagé dans l'atteinte des objectifs 90. Afin d'atteindre le premier objectif « 90 », la plupart des recommandations de l'OMS ont été adoptées et développées par la

Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) avec ses partenaires, et ce, depuis des années. Le précédent Plan Stratégique National 2017-2021 (PSN) ainsi qu'un guide de la stratégie de dépistage basé sur une modélisation des cibles, ont été élaborés et sont en cours de mise en œuvre. Cependant, malgré les progrès enregistrés, en 2020, 81% des PVVIH, connaissaient leur statut sérologique. Cela montre que les écarts de couverture et d'identification des PVVIH persistent.

En 2021, la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 « Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida », a fixé les cibles 95-95-95 pour l'année 2025 (7), et qui ont par la suite été adoptés dans la nouvelle déclaration politique sur le VIH/sida (8).

Pour se rapprocher de la nouvelle cible « 95 », la DELM a décidé d'élaborer une nouvelle stratégie de dépistage et de confirmation du VIH qui capitalise sur les acquis et progrès réalisés, et les priorités fixées par le PSN d'Extension 2023 et se base sur les résultats de la nouvelle modélisation des cibles nationales et régionales par sous-groupe de population, avec une approche diversifiée et rationnelle et une optimisation des ressources basée sur les interventions avec le meilleur rendement.

La mise en œuvre de la nouvelle stratégie devrait également assurer un environnement favorable pour lever les obstacles liés à la stigmatisation, la discrimination et le respect des droits humains, entravant l'accès aux services de dépistage du VIH.



Justification d'une nouvelle stratégie de dépistage du VIH

- **Lacunes de la stratégie actuelle de dépistage du VIH**

Bien que la stratégie de dépistage en cours ait aidé à définir et mettre en place des approches de dépistage qui ont permis de se rapprocher du premier objectif « 90 », en passant de 20% en 2012 à 81% en 2020, des lacunes persistent notamment l'insuffisance couverture de certains groupes de populations et diagnostic à un stade tardif pour certains cas. La nouvelle stratégie de dépistage visera à combler ces lacunes.

- **Nouveau PSN d'extension 2023**

Le PSN d'Extension 2023 constitue le référentiel unique auquel tous les partenaires nationaux et internationaux s'associent pour l'atteinte des résultats. Une des priorités est la diversification de l'offre de dépistage plus stratégiquement ciblée pour atteindre efficacement les populations les plus exposées aux risques d'infection par le VIH (9). La nouvelle stratégie devrait être pleinement alignée sur les objectifs et les priorités définis au niveau du PSN actuel.

- **Engagement vers l'objectif eTME**

Le Ministère de la Santé a fixé parmi les priorités du plan sectoriel santé 2025 et du PSN sida, l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME) du VIH et de la Syphilis congénitale (SC). La vision est d'obtenir en 2023 la certification de cette élimination selon les critères de l'OMS dont le dépistage de 95% des femmes enceintes pour le VIH et la syphilis et la couverture des femmes enceintes vivant avec le VIH (FE VVIH) par les ARV de $\leq 95\%$. En 2020, la couverture par la pTME des FEVVIH était de 54% au Maroc. Une approche mieux ciblée de dépistage des femmes enceintes pourra contribuer à l'atteinte de la certification de l'eTME.

- **Nouvelles approches de dépistage mises en place au Maroc**

Nouveaux chantiers innovants, achevés ou en cours en matière de dépistage du VIH (dépistage communautaire, autotest, utilisation des tests combinés VIH-Syphilis, campagnes multimaladies ...), nécessitent un cadre pour leur mise à l'échelle afin d'atteindre les populations peu desservies.

- **Nouvelles orientations OMS en matière de dépistage**

En 2019 et en 2021, l'OMS recommande de fournir des services de dépistage du VIH ciblés à fort impact. Concrètement, il s'agit d'actualiser la stratégie

de dépistage en intégrant des recommandations spécifiques en matière de création de la demande, d'offre diversifiée des services et de connexion avec la PEC (5). Après une analyse de la situation du dépistage au Maroc, plusieurs recommandations de l'OMS devraient intégrer la nouvelle stratégie.

- **Nouvelles orientations nationales en matière de confirmation de l'infection par le VIH**

Au Maroc, la confirmation de l'infection par le VIH était faite avec Western Blot ce qui implique parfois des retards dans la mise sous traitement des PVVIH. A ce sujet, une nouvelle orientation nationale a été adoptée en 2021 par le comité national de prise en charge du VIH, il s'agit de la confirmation de l'infection par charge virale.

Tous ces facteurs signalés plus haut, ainsi que la réduction drastique du nombre de tests VIH pratiqués en 2019 et 2020 en raison des ruptures de stock des tests et de la pandémie COVID 19 montrent le besoin d'une stratégie et approches novatrices à même de maintenir les acquis et assurer une résilience des services durant les périodes de crises.

PARTIE I : Méthodologie

Pour l'élaboration et le suivi de la nouvelle stratégie de dépistage, un comité de pilotage a été mis en place, composé de représentants de la Direction de l'Épidémiologie et de lutte contre les Maladies (PNLS, PNLAT, SSM, DMNT, UGFM), de l'Institut National d'Hygiène, de la Direction de la Population (DP), de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA), du bureau de l'ONUSIDA Maroc, du bureau pays de l'OMS, et des ONG avec l'implication du comité national de prise en charge du VIH.

Sur le plan méthodologique, le développement de la stratégie de dépistage s'est déroulé sur la base d'une démarche participative multisectorielle, en cinq étapes (Figure 1).

Figure 1. Processus de développement de la stratégie de dépistage



► Pour l'analyse stratégique situationnelle, la méthodologie adoptée a consisté en une triangulation des méthodes et des sources pour la collecte et l'analyse des données afin d'identifier tous les éléments qui ont une influence sur les services de dépistage.

- La revue de la littérature internationale (documents techniques de l'OMS et l'ONUSIDA, études scientifiques et des pratiques fondées sur les preuves)
- La revue et l'analyse documentaire (documents nationaux) : Les textes régissant l'offre de soins aux populations prioritaires (politiques et stratégies nationales) ; rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2017-2021, rapports d'études et d'enquêtes récentes ; la modélisation des cibles du dépistage et autres documents de référence.
- L'organisation d'entretiens auprès des acteurs relevant du secteur public, société civile, secteur privé et partenaires techniques pour identifier les écarts par rapport aux objectifs visés, et aux recommandations internationales.
- Les discussions au sein de plusieurs focus groupes issus des structures régionales du MS et des populations clés.

Le modèle d'analyse situationnelle a été basé sur les nouvelles recommandations de l'OMS en matière de dépistage et l'approche de revue de programme (10), adaptée au contexte du dépistage. Une attention particulière a été accordée aux domaines d'importance stratégique :

- Analyse de la situation épidémiologique

- Analyse de la riposte en matière de dépistage du VIH
 - Analyse de la gouvernance et du partenariat
 - Analyse des approches pour assurer un environnement favorable.
- ▶ Les résultats issus de l'analyse situationnelle en plus des recommandations internationales et des directives de l'OMS, ont permis l'élaboration du cadre logique.
- ▶ Pour la définition de l'algorithme de dépistage et confirmation VIH par population, il s'agissait de développer une nouvelle approche approuvée par le comité national de prise en charge.
- ▶ L'atelier national participatif réalisé le 27 juillet 2021 avec la participation virtuelle de 35 personnes a permis d'alimenter le dialogue entre toutes les parties prenantes, de valider les résultats de l'analyse de situation et de s'accorder sur le cadre de résultats de la stratégie VIH¹.
- ▶ L'atelier national virtuel de consensus réalisé le 21 décembre 2021 a permis l'adoption de la nouvelle stratégie et du plan de mise en œuvre.
- ▶ Le présent document de la stratégie de dépistage VIH 2021-2026 rend compte des résultats de la revue documentaire et des entretiens et focus groupe ainsi que des résultats des ateliers de validation, et intègre un plan de mise en œuvre pour la période 2021-2023.
- ▶ Il est nécessaire de rappeler que ce document a été élaboré dans le contexte de la pandémie Covid-19 avec l'utilisation des moyens de communication virtuels, hybrides et présentiels.

¹ Voir : Draft du Rapport de l'Atelier de la Stratégie de dépistage du 27 juillet 2021

PARTIE II : Recommandations internationales en matière de dépistage du VIH

Les recommandations internationales en matière de dépistage du VIH se retrouvent principalement dans les lignes directrices de l'OMS.

En 2015, l'OMS recommandait la promotion des services orientés vers les populations prioritaires ; créer un environnement favorable ; les « 5 C » (consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects et connexion) ; l'intégration et décentralisation des services ; la délégation des tâches ; un mix stratégique d'approches de services ciblés de dépistage dans les centres de santé et dans la communauté, ainsi que le dépistage non médicalisé, l'autotest et le re-testing pour les personnes à risque (4)

En 2019 et 2021, l'OMS renforce les orientations de 2015 et recommande de fournir des services de dépistage du VIH ciblés à fort impact en tenant compte de trois composantes : 1) la création de la demande ; 2) les services de dépistage du VIH (SDV) et 3) la connexion avec les services de prévention et traitement. Concrètement, il s'agit de l'actualisation des messages post-test ; le renforcement de l'autotest ; des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux des populations clés (PC); l'actualisation de la stratégie de dépistage ; l'abandon du Western Blot (WB) pour la confirmation ; l'utilisation du duo-test VIH/syphilis pour les femmes enceintes ; la notification assistée, le dépistage de routine pour les enfants des PVVIH ; le re-testing pour les populations à risque élevé et l'utilisation des tests d'amplification des acides nucléiques pour le diagnostic du nouveau-né.

Les recommandations de l'OMS sur les approches de *prestation de services de dépistage par cible pour les pays à faible prévalence*, sont résumés ci-après. Au Maroc, plusieurs de ces recommandations sont considérés dans cette nouvelle stratégie.

Groupe de population	Recommandations OMS 2015 (4), 2019 (5) et 2021 (6)
Populations clés : PS, HSH, PID, Transgenres	SDV dans les CS ; intégrés à d'autres services (SSR, CPN, IST, TB, autres) ; SDV-à base communautaire (BC) ; Autotest ; Dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux ; Campagne multimaladie (services combinés)
Hommes	Approches différenciées de SDV (CS et communautaire) : Autotest, CDIP ciblé ; Dépistage sur le lieu de travail ; Notification assistée, Dépistage non-médicalisé, Campagnes multimaladie / dépistage intégré dans les CS (IST, TB, Covid-19, autres)
Partenaires des populations clés (PC)	SDV intégrés à d'autres services (SSR, CPN, IST, TB, autres) ; SDV à BC- Autotest ; Dépistage volontaire (Notification assistée)

Hommes clients PS /IST/TB	Approches différenciées de SDV (CS et à base communautaire)
Réseaux sociaux des PC, jeunes et FE issues des PC	Dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux pour les PC Dépistage volontaire (Notification assistée)
Détenus	SDV intégrés à d'autres services (TB) + traitement + soins
Femmes enceintes	Dépistage systématique du VIH ; Co-dépistage VIH/syphilis Refaire le test chez les femmes issues des PC ou à risque élevé
Nouveau-né et enfants	Diagnostic avec des tests d'amplification acides nucléiques (TAAN)
Adolescents et jeunes 15-24 ans / avec symptômes	Revue des politiques par rapport à l'âge du consentement SDV dans les CS + services de prévention, traitement et soins
Patients TB /Patients avec symptômes	Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP)
Cas Index : partenaires / enfants biologiques	SDV systématique dans les CS. Dépistage et connexion volontaire assistée ; Dépistage communautaire.

La société internationale du sida (IAS) a développé plusieurs outils sur les éléments constitutifs d'un modèle de services de dépistage du VIH (11), qui ont été adaptés par l'OMS et qui ont servi de référence pour l'élaboration d'approches pour une prestation différenciée de services.

Des exemples d'expériences nationales et internationales, pertinentes au contexte marocain en matière de dépistage du VIH, ont été consultés et sont résumés dans l'**annexe 1**.

PARTIE III : Analyse de la situation en résumé

L'analyse de la situation a compris l'analyse épidémiologique, et l'analyse de la riposte en ce qui concerne la création de la demande, le dépistage (modèle de prestation des services), les droits humains et la gouvernance. Le document complet d'analyse est disponible².

A/ Analyse de la situation épidémiologique du VIH et de la riposte nationale

1. Prévalence, incidence du VIH et décès au niveau national

En 2020, la prévalence du VIH dans la population générale est faible (0,08%) ; l'incidence a été estimée à 0,02 pour 1000 ; la mortalité à 1,1 x 100 000 et le ratio incidence/prévalence était de 3,3%. Le taux de transmission mère-enfant (TME) était de 13% (12).

La transmission du VIH se fait principalement par voie sexuelle (> 90% des cas) et moins de 100 infections VIH surviendraient chaque année chez des enfants. Le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 22 000 et le nombre de décès à 420 (Tableau 1). Environ 70% des nouvelles infections et 75% des décès parmi les adultes se produisent chez les hommes

Tableau 1. Estimations de l'épidémie VIH au Maroc 2020
(source Rapport national sida 2021)

	2020
Nombre de personnes vivant avec le VIH adultes et enfants	0,08 % [0,07%-0,09%]
Homme	0,09% [0,08%-0,10%]
Femme	0,06% [0,06%-0,07%]
Nombre de personnes vivant avec le VIH adultes et enfants	22 000 (19 600 – 25 000)
Homme	11 680 (53%)
Femme	9 460 (43%)
Enfants < 15 ans	860 (< 1 000)
Nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH	730 (580 – 970)
Nombre de décès liés au sida	420 (320 – 550)
Femmes ayant besoin de la pTME	420 [350 – 510]

Les données des études bio-comportementales montrent que la prévalence du VIH est plus élevée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les professionnelles du sexe (PS), les personnes qui utilisent les drogues injectables (PID), ainsi que chez les migrants (Tableau 2).

Tableau 2. Prévalence du VIH par population clé et par ville

	Année	VIH	Villes	Syphilis	Source
HSH	2020	4.1	Agadir 4,9% ; Fès 3,9% ; Marrakech 1,3%	6,0 %	IBBS
PS	2019	2.0	Safi 6,4%; Marrakech 4.1%; Agadir 3,6% Tanger		
PID	2017	7.1	Nador 14%; Tétouan 6%; Tanger 1,3%	N/D	IBBS
Migrants	2013	3,3	Rabat 3,3%	N/D	IBBS

Les HSH sont une population très exposée au risque malgré leur niveau de scolarisation et leurs connaissances sur le VIH. Des pratiques sexuelles impliquant des partenaires multiples mettent les PS et les HSH plus à risque d'infection VIH et d'autres IST.

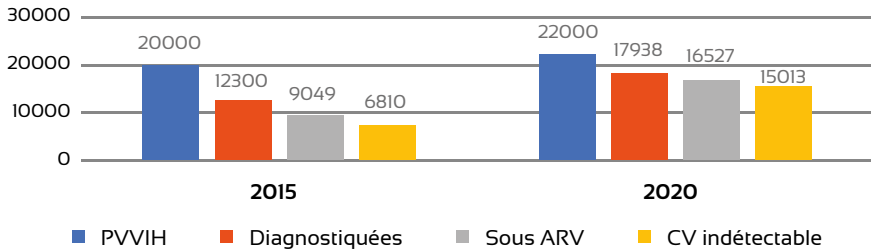
En 2020, les données de dépistage annuelles révèlent aussi des taux de positivité plus élevés que la moyenne nationale chez les contacts cas index, les détenus, les patient TB, les patients atteints d'IST, les ouvriers et autres. Chez les femmes enceintes, le taux de positivité est resté globalement inférieure à 0,1% (0,04% en 2020).

Environ 90% des cas notifiés se trouvent en milieu urbain et 73% des cas ont été déclarés au niveau de 4 régions : Souss-Massa (22%) ; Casablanca-Settat (22%) ; Marrakech-Safi (20%) et Rabat-Salé-Kénitra (9%). La plupart des cas étaient diagnostiqués dans la tranche d'âge entre 15 et 44 ans et 48% des PVVIH notifiés étaient dans un stade sida (CD4 < 200).

2. Riposte nationale au VIH/sida

Du fait de la dynamique instaurée autour des plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida, et grâce à la contribution des partenaires techniques, financiers et opérationnels, le Maroc a pu concrétiser des réalisations importantes qui ont renforcé la réponse nationale au VIH. En 2020 il y a eu des progrès par rapport à 2015, pour atteindre les objectifs « 90 » :

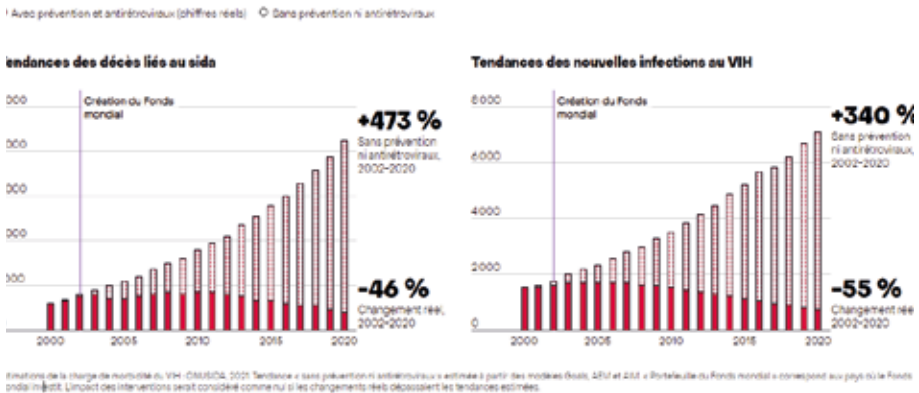
- 81% des PVVIH connaissaient leur statut. Chez les femmes l'objectif a été atteint (90%) en 2020. Chez les populations clés en général, la connaissance du statut, reste faible (HSH 55% en 2020 ; PS 57,3% en 2019 ; PID 33% en 2017).
- 93% des PVVIH diagnostiquées étaient prises en charge (75% en 2015).
- 92 % avaient une charge virale supprimée (87% en 2015).

Graphique 1. Cascade du traitement du VIH 2015 et 2020

Les résultats de la riposte nationale montrent une amélioration des indicateurs :

- La prévalence du VIH est restée stable à moins de 0,1%.
- Le nombre estimé de nouvelles infections et de décès liés au VIH/sida a diminué de près de 50% depuis l'année 2010.
- Plus de 27 000 vies ont été sauvées et plus de 50 000 nouvelles infections au VIH ont été évitées depuis la création du Fonds mondial et la mise en œuvre du premier PSN de lutte contre le sida. (Graphique 2)

**Graphique 2. Vies sauvées et infections VIH évitées entre 2002 et 2020.
Scénarios avec et sans intervention
(Source : Rapport annuel Fonds mondial, 2021)**



B/ Gouvernance/Partenariat du programme de dépistage du VIH

La revue a tiré plusieurs constats en matière de gouvernance du programme de dépistage :

- Existence des documents normatifs de référence : PSN VIH/sida 2017-2021 et son extension 2023 qui traduit les engagements du Maroc à réaliser les objectifs de la déclaration politique des Nations-Unies sur le

VIH/sida de 2016 « accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 » et les Objectifs de Développement Durable (ODD) ; le plan national de réduction de risques ; la Stratégie Nationale de Dépistage VIH (13) ; deux Stratégies Nationales Droits humains et VIH (14) ; ainsi que le PSN TB 2017-2021 et son extension 2023 qui intègre un objectif stratégique de dépistage des patients TB par le test VIH avec une cible de couverture de 95% à l'horizon 2023.

- Disponibilité des nouvelles politiques /orientations en matière de dépistage : Dépistage non médicalisé, autotest, notification assistée des partenaires, etc.
- Il existe des progrès à plusieurs niveaux : existence de référentiels pour la gestion de la qualité ; décentralisation graduelle des produits de santé ; formation des ressources humaines (y compris des formations en ligne), mise en place d'un système d'information amélioré ; partenariat avec la société civile (ALCS, AMSED, OPALS, ASCS, AMPF, RdR, AHSUD, LM-MST) et plusieurs institutions (CNDH, DGAPR, Ministère de la jeunesse et des sports, Ministère de l'Éducation Nationale, ONUSIDA, OMS, UNFPA, UNICEF, etc.) renforcé et une contribution financière importante de l'État (54%) et des partenaires, dont notamment le Fonds mondial.

Les principales lacunes sont notamment :

- Manque d'un comité national multisectoriel institutionnalisé pour la coordination/encadrement des services de dépistage.
- Inexistence d'un référentiel unique qui rassemble toutes les anciennes et nouvelles politiques/orientations sur le dépistage.
- Baisse, de manière globale, du financement des donateurs. (Pour cela, un plan national de préparation à la transition après le départ du Fonds mondial a démarré en 2019).
- Manque d'un plan intégré de formation et de recyclage des ressources humaines avec une diversification des plateformes pour des formations e-learning.
- Perturbations multiples du système d'approvisionnement (menaces de rupture de stocks ou ruptures du stock ponctuelles de tests depuis 2019).
- Insuffisances au niveau de l'intégration de l'information, de l'interopérabilité des bases des données, de l'informatisation, du système de notification du dépistage (double déclaration, absence des données du secteur privé, etc.) ainsi que de l'AQ du système de collecte des données et des rapports.
- Insuffisance de supervision à tous les niveaux.
- Faible capacité de réponse face aux situations de risque (Pandémie Covid-19).

Des recommandations pour faire face à plusieurs de ces lacunes (Coordination, système d'information, financement et approvisionnement) ont été décrites dans le « *Plan d'Action de préparation à la transition des financements des programmes VIH/sida et Tuberculose* », élaboré en fin 2019 (15).

C/ Analyse de la riposte concernant le dépistage du VIH

1. Cadre de référence

Le **PSN d'extension 2023** est en cours de mise en œuvre et la stratégie de dépistage 2017- 2021 fait partie de l'axe prévention du VIH (13) et s'inscrit dans les résultats d'impact 1 et 2, et notamment de l'effet 2.1 du PSN :

Impact 1. En 2023, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50%
Impact 2. En 2023, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%
Effet 2.1: En 2023, 90% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH.

Une des priorités de la stratégie de dépistage est l'offre diversifiée de dépistage à travers des approches innovantes et l'offre permanente de dépistage du VIH associée à la syphilis et les hépatites L'hypothèse de départ était que si une panoplie de services est mise en application, les PVVIH non diagnostiquées auraient davantage accès au dépistage et seraient référées aux services de prise en charge.

2. Population cible

Les populations cibles du dépistage sont les populations clés, les patients avec symptômes de VIH, les patients tuberculeux, les patients porteurs d'IST, les partenaires des PVVIH, les femmes enceintes d'autres populations dites vulnérables et passerelles (dont les routiers et les ouvrières), les adolescent-e-s et les jeunes, ainsi que les personnes ayant un comportement à risque ainsi que les femmes enceintes. La modélisation du dépistage du VIH réalisé en 2016 proposait des cibles prioritaires, basées sur la rentabilité des tests dont notamment les partenaires des PVVIH, les groupes clés et les patients TB (16).

Au cours des années, force est de constater que les approches mises en place n'ont pas pu atteindre les hommes malgré les efforts déployés et continuent par conséquent d'être une population insuffisamment desservie. Des lacunes ont été aussi observées au niveau du dépistage des populations clés, des femmes enceintes, des patients TB, des enfants et des jeunes.

3. Services de création de la demande de dépistage du VIH et mobilisation

La perception des risques et la demande de dépistage du VIH passe par l'accès à l'information. Au Maroc, le conseil et dépistage est intégré dans le paquet de services de prévention combinée qui comprend l'information et la sensibilisation, la distribution des préservatifs, la prise en charge des IST, la PrEP, la réduction des risques pour les PID et le traitement de substitution à la méthadone.

Des efforts importants ont été déployés par le Ministère de la Santé et de la protection sociale, les ONG, les partenaires institutionnels notamment la DGAPR pour passer des messages aux populations clés et autres populations prioritaires. Actuellement, toutes les entités partenaires du PNLS développent des activités de communication, d'information et de sensibilisation sur le VIH, les IST et le dépistage dans le cadre d'un paquet minimum de prestations à travers la prévention combinée. L'actualisation des messages est réalisée périodiquement au niveau central. Un plan de communication a été élaboré en 2016.

Les PS, clients de PS et HSH ont accès à plusieurs canaux de communication gérés par les organisations de la société civile dont notamment la communication par les pairs et à travers les nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC), soit les plateformes numériques. Des réseaux sociaux numériques sont gérés par les groupes de populations eux-mêmes et sont aussi, très appréciés par les jeunes.

Cependant, il semble que les messages de tous les intervenants pour créer la demande de dépistage ne sont pas articulés autour du plan de communication. Il existerait une faible participation des population bénéficiaires à l'élaboration des messages. Les interventions actuelles ne sont pas toujours spécifiques pour chaque groupe cible. En plus, il n'existe pas d'approches pour un dépistage précoce et pour les personnes qui n'ont jamais fait le test.

Les messages et les outils de communication, dans leur élaboration et leur utilisation, n'ont pas fait l'objet de pré-test ou de suivi-évaluation dans la majorité des cas ; d'où la difficulté d'apprécier leur efficacité pour la mobilisation de création de la demande des services de dépistage VIH. Il y a aussi un manque de suivi des résultats des activités d'information, d'éducation et de communication.

Dans ce cadre, des approches qui augmentent la demande des services de dépistage du VIH (SDV) sont nécessaires pour atteindre les personnes exposées au risque qui n'ont jamais fait le test, qui ne sont pas informées sur

les options existantes ou qui ne sont pas motivées pour rechercher les SDV et celles qui hésitent à faire le test par crainte d'un diagnostic de VIH et/ou du stigma et discrimination ou par d'autres raisons. En plus, l'utilisation des NTIC par les structures de santé publique est faible. Il faudrait définir des approches pour la création de la demande de dépistage du VIH par cible et dans tous les contextes avec un focus sur le corridor de vulnérabilité.

Lacunes des services de prévention et de promotion du dépistage :

- Couverture insuffisante du programme de prévention auprès des PC (47% en 2020) (Migrants 82%, PID 71%, PS 55%, HSH 49%, détenus 26%)
- Faible mobilisation des PC sensibilisées pour se faire dépister (47.5% en 2020).
- Faible couverture de la promotion du dépistage chez les FE et leurs conjoints (plus de 36 000 tests en 2020).
- Faible couverture des PID, des hommes et des partenaires de PVVIH par les plateformes numériques ou par d'autres moyens ciblés de communication.

4. Approches pour la prestation des services de dépistage du VIH

Les recommandations de l'OMS ont été adaptées au contexte marocain depuis plusieurs années et l'offre de dépistage du VIH n'a pas cessé de s'améliorer et de s'intensifier par l'accroissement des sites de dépistage (1605 structures en 2020 vs 900 en 2015), ainsi que la diversification des services et des approches pour *les populations clés et d'autres populations prioritaires* qui sont notamment :

- ◆ **Dépistage dans les structures de soins de santé publique** : Depuis 2012 les CS proposent systématiquement le conseil et dépistage à l'**initiative du prestataire** (CDIP) aux patients IST, patients atteints d'une TB, femmes enceintes, partenaires de PVVIH, PC. **Le dépistage à visée diagnostique** (DAD) est proposé aux patients avec des symptômes dans les structures primaires et hospitalières (17). Aussi, le dépistage VIH a été formellement intégré dans le paquet minimum des services (PMS) des établissements de soins de santé de base.
- ◆ **Dépistage dans les centres pénitentiaires** : Depuis 2016, la DGAPR, en partenariat avec le MS, a mis en place des services de dépistage auprès des détenus (18) et les médecins et les dentistes de toutes les prisons ils ont été formés. Des multiples approches sont disponibles mais ils ne sont pas offertes systématiquement. Des campagnes de dépistage sont aussi organisées avec les ONG (ALCS, ASCS, AMSED, OPALS...)
- ◆ **Dépistage du VIH dans les campagnes nationales** : les campagnes sont organisées annuellement depuis 2012 à l'exception de la période

Covid-19, en collaboration avec les ONG thématiques, la DGAPR et les PTF. Les campagnes, placées sous le Slogan « Faites le test, la solution existe » ciblent particulièrement les femmes enceintes, les jeunes et les populations à risque ; et s'accompagnent d'une campagne de communication et de mobilisation sociale et communautaire. En 2020, compte tenu de la Covid-19, la campagne grand public n'a pas été réalisée, cependant une circulaire de relance du dépistage VIH a été élaborée et diffusée à toutes les régions et une capsule eTME TV a été produite et diffusée dès le déconfinement en juillet 2020, en respectant le contexte Covid-19.

◆ **Dépistage communautaire** : il est offert aux populations clés. Il s'agit du **conseil et dépistage volontaire** [CDV]) offert depuis 2004 dans les structures fixes et mobiles des ONG ; ainsi que le **dépistage non médicalisé** offert par les pairs depuis 2014- 2015 en collaboration avec l'ALCS, qui a été institutionnalisé par le MS en 2019 et dont l'extension est en cours de mise en place. En 2020, environ la moitié (49%) du total des personnes dépistées à l'ALCS étaient des hommes et parmi les personnes dépistées positives, 65% étaient des hommes. La positivité du test était 2 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (2,4% vs 1,2%) (19).

◆ **Dépistage à travers l'autotest** : Cette approche a été introduite à titre pilote en 2019 pour les populations clés en collaboration avec l'ALCS et pour les partenaires des PVVIH dans les ESSP. Une première évaluation a montré une grande acceptabilité de l'autotest. Une évaluation finale avant sa mise à l'échelle a été programmée en 2022, ainsi qu'une étude de faisabilité et d'acceptabilité pour les autres groupes à risque au niveau des ESSP. Aussi, le produit est maintenant disponible dans les officines même si le prix proposé reste très élevé et un plaidoyer devrait être effectué pour le rendre abordable aux populations visées.

◆ **Dépistage dans les structures privées** : Pour une partie de la population marocaine qui utilise les services des cliniques ; des sage-femmes, des médecins et des laboratoires privés offrent notamment le CDIP, le DAD et le CDV. Cependant, le dépistage du VIH n'est pas offert systématiquement aux populations prioritaires et vulnérables comme l'a démontré l'étude nationale sur l'implication du secteur privé dans la prise en charge du VIH réalisée par le Ministère de la Santé. Toutefois, les données de 2020 montrent que le secteur privé a notifié 34% des cas positifs permettant ainsi de montrer qu'il est nécessaire de renforcer la collaboration et de la structurer davantage avec ce secteur, se basant notamment sur l'étude conduite fin 2020. Une convention de partenariat a été conclue dans ce sens avec l'Association nationale des sage-femmes privées du Maroc en 2020.

♦ Services de dépistage pour les partenaires des PVVIH :

- Le dépistage cas index ou notification assistée ou référence assistée par le prestataire : avec l'aide des professionnelles de santé, ce service est offert aux partenaires des femmes enceintes VIH+ ainsi qu'aux partenaires des PVVIH identifiées dans les structures de santé. Le dépistage pour la famille et fratries des enfants index est en cours de développement.

- Les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux³, recommandées pour les populations clés sont mises en place par les ONG, notamment, lors des projets pilotes dont les PC sont encouragés à contribuer à la promotion du service de dépistage et à la mobilisation de leurs pairs (20). Aussi, cette approche est utilisée dans le cadre de la notification assistée des partenaires des PVVIH issues des PC nouvellement diagnostiquées, par des prestataires formés. Cependant, cette approche nécessite une meilleure structuration et suivi.

♦ Test de dépistage du VIH et dépistage combiné du VIH et de la syphilis :

le dépistage initial est réalisé avec un test rapide de troisième génération pour toutes les populations. Dernièrement, le dual-test VIH/Syphilis a été introduit pour les femmes enceintes et autres populations dans le cadre de la campagne nationale de dépistage en 2019, et en 2020 chez les femmes enceintes et leurs conjoints. Il a été utilisé également chez les populations clés.

♦ *Re-testing* est réalisé chez les populations clés par les acteurs de lutte contre le VIH au Maroc mais pas de manière régulière. Il n'y a pas cependant pas assez de données permettant d'apprécier si le re-testing, notamment des populations clés se fait en respectant les recommandations en la matière.

En 2020, la plupart des tests ont été réalisés au niveau des services du Ministère de la santé (65%) suivi par les laboratoires privés (15%), les ONG (14%), et la DGAPR (6%).

Rendement des tests

En 2020, le taux global de positivité des tests VIH était de 0,26% (0,21% en 2019), supérieur à la prévalence globale (0,08%), ce qui témoigne d'un bon ciblage. Ce taux était plus élevé chez les cas index (18%) et les PC couvertes par les ONG tels que les HSH (2,12%) et les migrants (2,06%) (12).

Lacunes des services de dépistage :

- Globalement, une faible couverture du dépistage VIH chez des

³ OMS : Réseaux sociaux sont des groupes de personnes reliées entre elles (contacts sociaux, partenaires)

personnes présentant une prévalence élevée (populations clés) ou relativement élevée (détenus, patients atteints de TB, patients IST), malgré les efforts déployés.

- Gap du dépistage VIH à rattraper parmi les hommes (75% des PVVIH hommes connaissent leur statut contre 90% chez les femmes en 2020).
- Faible taux de dépistage des populations clés couvertes par la prévention aggravée par la Covid-19.
- Faible couverture du dépistage chez les femmes enceintes.
- Dépistage tardif compte tenu des opportunités manquées de dépistage dans les CS (manque de formation RH à la reconnaissance des signes cliniques pour mettre en place le DAD) (21).
- Faible dépistage cas index en 2020 (78/874, soit 8,9% des PVVIH identifiées), alors que le taux d'infection dans ce groupe est particulièrement élevé (18%).
- Lenteur dans la mise à l'échelle du dépistage communautaire non médicalisé (une ONG candidate en cours en complément du dossier).

5. Connexion avec les services de prise en charge

L'objectif principal du dépistage est d'identifier les PVVIH et les connecter avec les centres référents pour leur prise en charge. Dans le pays, en fin 2021, il existe 26 centres référents répartis dans les régions. Presque tous les centres disposent des laboratoires pour la confirmation de l'infection du VIH selon le nouvel algorithme basé sur la charge virale. Ils sont dotés d'équipes médicales et paramédicales responsables de la prise en charge des PVVIH ainsi que des médiateurs(trices) responsables de l'appui psychosocial et de l'éducation thérapeutique même s'il convient toujours de les renforcer et notamment certains centres surchargés comme celui d'Agadir.

En ce qui concerne la confirmation du VIH, elle était assurée par Western Blot, pour toutes les populations, ce qui a entraîné des délais prolongés pour avoir les résultats, dans certains centres référents, suivie de la perte de vue des patients. D'où la décision du comité national de prise en charge VIH d'abandonner le WB au profit de la charge virale en 2021.

Par rapport aux populations clés, afin de réduire le nombre des perdus de vue entre le dépistage et la prise en charge, le comité national de prise en charge a adopté la confirmation par un deuxième test rapide sur place après l'évaluation concluante de l'INH dans ce sens. Les résultats de ces tests rapides de confirmation concordaient avec ceux du WB effectués dans les centres de PEC. Cette méthode utilisée principalement par l'ALCS depuis 2019 sera abandonnée suite au nouvel algorithme adopté par le comité national en 2021.

Depuis 2019, un protocole de rétention des PVVIH dans le système est disponible (22), ainsi que des lignes directrices pour la mise en place d'agents

accompagnateurs auprès des PVVIH (23), qui nécessitent l'accélération de leur mise en œuvre.

Lacunes au niveau de la connexion :

- Globalement, il existe un manque d'information sur le taux de connexion des PVVIH nouvellement diagnostiquées avec les centres référents.
- Faible couverture du système de connexion des populations clés VIH+ avec les services de PEC. Parmi les PVVIH diagnostiquées par autotest en 2019, 64% ont été confirmées et 30,5% ont été prises en charge (24). En 2020, parmi les PVVIH identifiées par l'ALCS, 70% ont été confirmées et 65% ont été prises en charge (19).
- Depuis 2015, l'approche Tester -Traiter pour Tous a été préconisée mais dans la pratique, la confirmation WB et le démarrage du traitement ARV prend du temps. (Le gap au niveau de la connexion est dû soit au refus, soit à un découragement quand les RDV sont très éloignés, ou le temps d'attente pour la confirmation est très long. En général, les migrants sont les moins susceptibles d'intégrer le traitement (ALCS, 2020)
- La couverture par le traitement ARV chez les hommes est inférieure par rapport aux femmes (68% et 83% respectivement) ce qui pourrait être en rapport avec le gap du dépistage et de connexion chez les hommes.

D/ Environnement et droits humains

Les interventions de plaidoyer et de sensibilisation sur les droits des PVVIH et les populations clés ont été nombreuses depuis 2014 et sont inscrites dans la stratégie nationale sur les droits humains et VIH, mise en place depuis 2013 en partenariat avec le MS, le CNDH et les ONG, avec l'appui du Fonds mondial et de l'ONUSIDA.

Plusieurs interventions ont été réalisées notamment la revue de l'environnement législatif, la réalisation de l'étude stigma index, le renforcement des compétences des intervenants en matière de droits de l'homme, la campagne nationale contre la discrimination (avec des spots radio et TV), la préparation d'une note sur les mécanismes de recours en cas de discrimination avec la conception d'un système informatisé de suivi et reporting communautaire, la formation des points focaux régionaux pour l'opérationnalisation de la note recours, et l'organisation de plusieurs ateliers ciblant les magistrats, et juges.

Pour la composante Genre, une évaluation a été conduite en 2019, et le Maroc a participé activement au dialogue communautaire avec les femmes vivant avec le VIH. Une rencontre nationale sur le genre et VIH, ainsi que les violences basées sur le genre, a été organisée par le Ministère de la Santé en 2021.

Cependant, une étude publiée en 2021 montre une auto-stigmatisation

élevée parmi les PVVIH marocaines avec un impact significatif sur leurs décisions en matière de recours aux services (25).

Plusieurs actions sont programmées selon les résultats de l'évaluation réalisée d'ici 2023.

Lacunes et faiblesses en matière de protection des droits humains :

- Faible réponse /couverture/impact des stratégies de réduction du stigma et discrimination des PC. (Selon des études RDS, l'évitement des services dédiés au VIH du fait de la stigmatisation et discrimination était de 29,9% parmi les PID en 2017 et de 7,6% parmi les HSH en 2020)
- Faible implication des ONG (autres que les ONG thématiques), travaillant dans la protection des personnes vulnérables /Droits humains /Genre.
- Nécessité de renforcement de l'implication des Centres Régionaux des Droits de l'Homme (CRDH), des points focaux régionaux droits humains et VIH relevant du Ministère de la Santé, et des assistantes sociales au niveau des structures hospitalières.

E/ Approches complémentaires

Plusieurs approches ont été mises en place pour accompagner les activités du programme de dépistage :

- **Délégation des tâches** : La réorganisation et la décentralisation des services de santé selon une approche de délégation des tâches a été adoptée par le Maroc depuis des décennies, à savoir : le dépistage médicalisé par test rapide confié à l'ALCS en 2004, et généralisé ensuite à toutes les ONG ; le dépistage par tests rapides confié au personnel paramédical des ESSP étendu depuis 2012 ; le dépistage non médicalisé en 2014-2015, la confirmation du VIH par un deuxième test rapide chez les PS et HSH; ainsi que le dépistage des femmes enceintes par l'Association des Sage-Femmes du secteur privé. En 2021, un nouveau document de lignes directrices et protocoles pour la délégation des tâches de dépistage et de prise en charge a été élaboré, et est en cours de mise en place dans le cadre de cinq modèles pilotes (26).
- **Cartographie des populations clés** : Plusieurs études cartographiques des PC ont été réalisées par le PNLIS en collaboration avec l'unité de gestion du Fonds mondial, les ONG et l'ONUSIDA, initialement dans la région d'Agadir, Marrakech et Casablanca, en 2018 dans les villes d'El Jadida, Azemmour, Essaouira et Safi, et en 2019 dans les villes de Rabat, Témara et Salé. Ces cartographies permettent un meilleur ciblage des interventions de terrain (12).
- **Programme de rétention et de relance des perdus de vue /pair navigateurs** : Afin d'améliorer la rétention des PVVIH dans le système, un document de protocole a été élaboré en 2019 (22), ainsi qu'un

document de lignes directrices pour la création des services d'agents accompagnateurs auprès des PVVIH, dont les pairs navigateurs (23). Ce protocole et lignes directrices nécessitent une revue pour l'accélération de leur mise en application.

- **Le code unique d'identification** : Une base de données avec un **code unique d'identification (CUI)** a été mise en place depuis 2014 pour le suivi des programmes de prévention auprès des populations clés par les ONG partenaires, et qui est actuellement généralisé. Ce système permet de comptabiliser le nombre de personnes atteintes, ainsi que le nombre de services rendus, dont notamment le dépistage, et sera évalué fin 2021 (27).
- **DHIS2/NADIS** : Une plateforme (DHIS2) a été mise en place afin d'améliorer la qualité des données sur la prévention et le dépistage et a été généralisée à toutes les ONG depuis 2018. L'informatisation du dossier médical (NADIS) dans tous les CR, de l'application Kalissil pour les résultats de laboratoire et l'utilisation du GeneXpert (DataToCare) depuis fin 2019 devraient améliorer la qualité de l'information stratégique du PNLIS.
- **Application SMI/PF** : Fait remonter les données de dépistage dans les ESSP et a été révisée en 2020 pour une meilleure intégration des programmes et notamment le volet VIH et IST.
- **Système de suivi communautaire** : Conception d'un système intégré de la Cascade prévention-dépistage-soins, y compris le suivi des cas de discrimination en cours de développement et de mise en place.

F/ Analyse institutionnelle (SWOT)

L'entité responsable du programme de dépistage du VIH est le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, et compte sur la collaboration de la société civile, de la DGAPR, la société civile et du secteur privé, ainsi que l'assistance technique et financière de l'ONUSIDA, du Fonds mondial, de l'OMS et autres.

L'analyse institutionnelle, réalisée avec l'outil SWOT montre les forces et les faiblesses ainsi que les opportunités et les menaces liées à la planification et mise en œuvre du programme de dépistage. Elle tient compte de la gouvernance et des trois composantes du programme dont la création de la demande, les approches et services de dépistage et la connexion, ainsi que l'environnement et droits humains.

Une des préoccupations majeures est la persistance de la pandémie Covid-19. De nouvelles données de l'OMS montrent que le dépistage et la prévention du VIH, sont parmi les services les plus fréquemment interrompus à cause du COVID-19 (28), ce qui est aussi le cas au Maroc.

Résumé de l'Analyse institutionnelle (SWOT)		
FORCES/AQUIS		
FAIBLESSES		
Origine interne (organisationnelle)	<p align="center">Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rôles bien définis au niveau de la DELM <input type="checkbox"/> PSN d'Extension 2023 de référence <input type="checkbox"/> Bonne coordination des interventions <input type="checkbox"/> Capacités techniques avérées <input type="checkbox"/> Bonne gestion de la communication <input type="checkbox"/> Dépistage communautaire institutionnalisé <input type="checkbox"/> Décentralisation de la livraison des produits <input type="checkbox"/> Disponibilité des données de base <input type="checkbox"/> Code unique d'identification mis en place <input type="checkbox"/> Plateforme DHIS2 opérationnelle <input type="checkbox"/> Révision de l'application SMI/PF et intégration des données du dépistage VIH 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manque de mécanisme de gestion du dépistage notamment le volet approvisionnement et menaces/ruptures des stocks <input type="checkbox"/> Insuffisance des ressources humaines et capacités à renforcer <input type="checkbox"/> Faible Intégration des services et délégation des tâches <input type="checkbox"/> Capacités en ressources humaines à renforcer <input type="checkbox"/> Manque un Plan intégré de communication <input type="checkbox"/> Faible rapportage des données sur la connexion
	<p align="center">Mobilisation et création de la demande du service de dépistage</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cartographies des populations clés <input type="checkbox"/> Canaux de communication diversifiés <input type="checkbox"/> Actualisation périodique de l'information <input type="checkbox"/> Participation des populations cibles à l'actualisation des messages (ONG) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Absence d'un plan pour susciter la demande <input type="checkbox"/> Manque d'approches pour la mobilisation des PC <input type="checkbox"/> Faible utilisation des NTIC <input type="checkbox"/> Manque d'harmonisation des messages clés <input type="checkbox"/> Manque d'évaluation des messages et informations <input type="checkbox"/> Manque de supports de communication par cible
	<p align="center">Prestation de Services de dépistage</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Modélisation des cibles /rentabilité <input type="checkbox"/> Multiplicité de sites de dépistage du VIH <input type="checkbox"/> Offre du service de dépistage différencié <input type="checkbox"/> Conception de modèles holistiques (UDI) <input type="checkbox"/> Approches de dépistage diversifiées (CDIP, DAD, communautaire, non-médicalisée, autotest, re-testing, index, notification assistée) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rareté des campagnes multimaladies <input type="checkbox"/> Dépistage communautaire non-médicalisé pas encore mis à l'échelle <input type="checkbox"/> Counseling pré-test long /contraignant <input type="checkbox"/> Manque d'approches pour les hommes, patient avec symptômes, et contact cas index <input type="checkbox"/> Horaires de dépistage non adaptés <input type="checkbox"/> Dépistage des FE non systématique <input type="checkbox"/> Kits de dépistage VHB et VHC pas disponibles
<p align="center">Connexion avec les centres de prise en charge</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Disponibilité de 26 Centres référents <input type="checkbox"/> Système de référence fonctionnel <input type="checkbox"/> Système d'accompagnement des PVVIH par les ONG <input type="checkbox"/> Dossier médical informatisé NADis et interconnexion avec SMI/PF et DatatoCare <input type="checkbox"/> Collaboration entre secteur public et ONG <input type="checkbox"/> Début de collaboration entre les ONG (ALCS) et le secteur privé (Cabinets privés) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Centres référents surchargés <input type="checkbox"/> Système de contre-référence pas efficace <input type="checkbox"/> Manque d'application du protocole de rétention et des lignes directrices pour l'accompagnement <input type="checkbox"/> Faible appui psychologique des PVVIH identifiées <input type="checkbox"/> Retard dans la confirmation du diagnostic <input type="checkbox"/> Non utilisation des NTIC pour la référence des cas <input type="checkbox"/> Manque d'approches pour réduire la stigmatisation et discrimination 	
<p align="center">OPPORTUNITES</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ODD et vision d'élimination en 2030 <input type="checkbox"/> Législation et cadre référentiel favorables <input type="checkbox"/> Gratuité du test de dépistage et de la PEC <input type="checkbox"/> Stratégies de la lutte contre la Covid-19 qui ont bénéficié à la promotion des services <input type="checkbox"/> Forte implication de la société civile <input type="checkbox"/> Secteur privé prêt à collaborer (Dépistage, système d'information) <input type="checkbox"/> Laboratoire national d'AQ qui veille pour assurer la qualité des produits de santé <input type="checkbox"/> Certificat d'enregistrement de tous les tests <input type="checkbox"/> Partenariat entre le MS, les ONG, les PTF et secteur privé, et entre les OSC et OBC <ul style="list-style-type: none"> • Actuellement, financement disponible et diversifié pour le volet communautaire • Disponibilité des NTIC au niveau national 	<p align="center">MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien de l'impact de la Covid-19 : <ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la fréquentation des sites de dépistage - Contraintes au niveau des activités sur le terrain - Péremption des produits (utilisation réduite) - Augmentation du prix du transport des produits - Rupture de stock • Maintien de la stigmatisation et discrimination des populations clés dans les ESSP et ailleurs • Loi de décret des marchés publics contraignante en matière d'approvisionnement • Risques de rupture du stock des réactifs dû aux contraintes d'origine externe • Procédure longue pour l'enregistrement des nouveaux produits <ul style="list-style-type: none"> - Livraisons non réalisées par la Société attributaire - Manque d'un plan de mobilisation des ressources - Problème de qualité (Ex. dernière livraison du Duo- test – cas faux négatif) 	
<p align="center">OPPORTUNITES</p>		
<p align="center">MENACES</p>		
Origine externe (Environnement)		

G/ Modélisation des cibles

En 2020, le Ministère de la Santé en collaboration avec Avenir Health, l'ONUSIDA et le Fonds mondial, a effectué une modélisation de scénarios et de cibles nationales et régionales de dépistage du VIH pour la période 2021-2025 (29).

Le modèle a été calibré selon les données disponibles, la distribution des populations prioritaires, la prévalence, les PVVIH qui connaissent leur statut, la couverture et le rendement du dépistage en 2019. La modélisation a montré que les groupes avec le plus haut rendement du dépistage étaient les partenaires des PVVIH (patients index), migrants, PID, PS, HSH et patients avec des symptômes de VIH. Cependant, ce sont les HSH, Migrants, PS et leurs clients qui ont fourni le plus grand nombre de nouveaux cas, en fonction du volume de PVVIH ne connaissant pas leur statut.

Les populations cibles ont été définies d'après l'adaptation de l'outil « Goals Modèle de dépistage VIH ». A partir de 13 groupes identifiés « par défaut » dans le modèle, 3 groupes avec une faible prévalence (partenaires des FE en CPN, enfants nés de mère VIH+ et autres enfants) ont été remplacés par des groupes avec une prévalence plus élevée (migrants, détenus et clients des PS dont des hommes patients IST).

En 2019, les PVVIH estimées était de 22 020 dont 15 940 étaient diagnostiquées, soit 72%. Parmi les PVVIH diagnostiquées, 90% ont été connectées avec les services de PEC pour une couverture ARV globale de 65% (14 290/22 020).

Pour la période 2021-2023, trois scénarios ont été modélisés pour la mise à l'échelle du dépistage :

1. Scénario du PSN d'Extension 2023 : celui adopté dans le cadre de l'actuelle stratégie. En tenant compte des cibles du nouveau PSN d'extension 2023, pour les populations cibles clés et prioritaires, ce scénario produira 6,381 nouveaux diagnostics totaux entre 2020-2023. La connaissance du statut augmente de 72% en 2019 à 89% en 2023 et 91% en 2025 ; mais ce scénario laisserait 2,469 PVVIH sans diagnostic en 2023. Ce résultat se base sur une augmentation du volume des personnes testés annuellement allant de 669,000 en 2020 à 1.55 million en 2023.

2. Scénario Maximum : Le résultat s'améliore, diagnostiquant 8,402 nouveaux cas et atteignant 93% de connaissance dès 2023, grâce à une plus haute couverture, avec le nombre de personnes testés chaque année allant jusqu'à 2.07 millions en 2023.

3. Scénario théorique Maximum plus Rendement maintenu : Avec un rendement amélioré, qui ne tombe jamais au-dessous de 50% du rendement de 2019. Dans ce scénario 93% de connaissance du statut sérologique pourrait être atteint dès 2023 avec un volume annuel de personnes testés n'excédant pas les 862 232.

L'analyse a montré la nécessité d'encore mieux cibler, et étendre le dépistage aux groupes des hommes clients de PS, les patients avec symptômes de VIH, les partenaires de cas index et, possiblement encore d'autres nouveaux groupes vulnérables. Aussi convient-il d'adapter et renouveler les stratégies de dépistage et ciblage, afin de maintenir le haut rendement actuel. Une modélisation des scénarios et des cibles pour les **12 régions** a aussi été élaborée en 2020- 2021 (30). Les données de base correspondent à l'année 2019.

Les cibles définies dans la modélisation pour le dépistage selon le scénario PSN d'extension 2023, sont renseignées plus bas dans la stratégie et servent de base pour la planification des activités de dépistage tout en tenant compte du coût-efficacité.

Recommandations de la modélisation :

Des stratégies pour maintenir ou encore améliorer le rendement peuvent inclure les actions suivantes :

- Promouvoir le dépistage communautaire non médicalisé
- Mettre en œuvre des algorithmes d'identification codifiés des personnes à plus haut risque et/ou un ciblage plus précis
- Promouvoir l'autotest parmi les groupes connus pour une utilisation moindre du dépistage initié par les prestataires (CDIP) ou d'autres services de dépistage
- Renforcer le dépistage 'à visée diagnostic' (DAD) dans les hôpitaux
- Intensifier la recherche des contacts des PVVIH (dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux et, au-delà des partenaires sexuels directs et connus des PVVIH nouvellement diagnostiqués).

Des efforts devront être faits, notamment, pour l'amélioration du ciblage et donc du rendement des tests pour pouvoir se rapprocher de la cible de 95% de connaissance du statut sérologique en 2025, définie au niveau mondial.

H/ Synthèse et priorisation des problèmes à adresser et défis à relever

1. Résumé des forces et des acquis du programme de dépistage

- Grâce aux efforts du programme et ses partenaires, la prévalence du VIH reste faible au Maroc. Toutefois l'épidémie de VIH, continue d'être disproportionnellement élevée chez les PS, HSH, PID dépassant 5% dans

certains sites, ce qui devrait être prise en compte dans la stratégie de dépistage.

- La couverture globale des services de dépistage a connu des progrès remarquables, passant de 20% des PVVIH connaissent leur statut en 2012 à 81% en 2020. Cependant, elle pourrait être améliorée au niveau des toutes les populations prioritaires.
- Le Ministère de la Santé et ses partenaires offrent des services diversifiés de prévention et de promotion du dépistage notamment pour les populations clés ainsi que des approches de prestations de services de dépistage différenciées et ciblées qui répondent aux besoins de la plupart des populations prioritaires
- Les PS, les clients de PS, les HSH, les migrants et les partenaires / contacts cas index des PVVIH sont les bénéficiaires de plusieurs approches pour l'incitation à se faire dépister et de plusieurs options de dépistage (CDIP, communautaire, autotest, etc.)
- Les patients atteints de tuberculose, les détenus, les patients avec des symptômes bénéficient surtout du conseil et dépistage à l'initiative du prestataire.
- Toutes les cibles prioritaires ont bénéficié des campagnes annuelles de dépistage
- Le dépistage du VIH et de la syphilis (Duo-test) a été adopté, notamment pour les femmes enceintes, les PS et HSH.
- Le dépistage communautaire médicalisé et non médicalisé se montre plus rentable ce qui justifie son extension.
- Une bonne option pour dépister les personnes qui n'ont jamais fait le test VIH et pour le re-testing serait l'autotest.
- La connexion avec les services de prise en charge est réalisée par toutes les structures responsables du dépistage en utilisant plusieurs approches.
- Selon les rapports d'évaluation des projets pilotes, globalement, le niveau de satisfaction du dépistage est très élevé (100% pour le dépistage communautaire non- médicalisé, entre 90-100% concernant l'autotest. Aussi, 84% de la population carcérale se montre satisfaite des services de dépistage. Les groupes consultés lors des focus group (TS, HSH, PVVIH) se sont montrés très satisfaits avec le dépistage communautaire non-médicalisé, le CDIP et l'autotest.

2. Principaux défis à adresser par la nouvelle stratégie de dépistage VIH

D'un point de vue global, le ministère de la Santé et ses partenaires doivent faire face aux défis suivants :

- Le renforcement de la gouvernance du programme VIH.
- La viabilité financière du programme de prévention et de mobilisation pour les années à venir.
- Le renforcement des capacités des ressources humaines en matière

d'approches de création de la demande, de dépistage et de connexion aux services de prévention et PEC, ainsi que sur les procédures opérationnelles normalisées (SOP).

- La gestion de l'approvisionnement, compte tenu des menaces de ruptures de stocks, voire ruptures de stocks de certains produits de santé liés au dépistage du VIH. En effet, la sécurisation de l'approvisionnement en tests VIH est tributaire de l'application du texte de loi qui régit les marchés publics qui ne prennent pas en considération la spécificité des médicaments et produits de santé.
- Le système d'information pas encore adapté au programme de dépistage et à la connexion.
- L'évolution du rôle des partenaires en matière de dépistage, notamment du secteur privé.
- La couverture du dépistage pour les populations prioritaires qui n'ont jamais fait le test.
- La diversification ou extension des services de dépistage et l'assurance qualité.
- La promptitude /diagnostic précoce du VIH (CD4 plus de 500 cell/mm³).
- La performance du système de connexion des PVVIH nouvellement diagnostiquées avec les centres référents y compris la confirmation et prise en charge (Tester-Traiter).
- La réduction des inégalités dans l'accès aux services de prévention, de dépistage et de prise en charge, en agissant sur la stigmatisation et la discrimination.
- La réduction de l'impact de la pandémie covid 19.

3. Priorités pour la Stratégie de dépistage

Les priorités identifiées pour la nouvelle stratégie sont notamment :

- **Le renforcement de la Gouvernance** : La redynamisation ou la mise en place d'un comité de gestion et de coordination multisectoriel du programme VIH pour améliorer : l'encadrement de la planification qui devrait suivre la dynamique de l'épidémie et de la mise en œuvre des interventions par tous les partenaires, l'harmonisation des outils, le renforcement des capacités des ressources humaines, la révision de la loi concernant l'approvisionnement ainsi que le suivi du système d'approvisionnement des produits de santé, du système d'information et de l'assurance qualité.
- **Le renforcement du partenariat** : concerne l'implication des organisations de la société civile, notamment les organisations qui travaillent dans le domaine de la protection des droits humains /genre, ainsi que les professionnels du secteur privé (exemple gynécologues, pneumologues...), les organisations internationales et les entreprises.

- **Le renforcement des services de prévention et mobilisation** : à travers le développement des approches pour créer la demande de dépistage du VIH, notamment des personnes qui n'ont jamais bénéficié d'un diagnostic de VIH soit des populations mal desservies telles que les populations clés « cachées », les hommes, les personnes de la population générale exposées au risque et les femmes enceintes. Également, la mise en place des supports appropriés de communication y compris l'utilisation des réseaux sociaux numériques /NTIC
- **Le renforcement de l'approche Tester-Traiter**
 - › Diversifier les services de dépistage : Il s'agit du renforcement des approches différenciés des services de dépistage existants et de la mise à l'échelle des approches de dépistage qui ont fait leurs preuves telles que le dépistage non médicalisé, et l'autotest, ainsi que le dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux des PC. Aussi, la généralisation du dépistage à visée diagnostic dans toutes les structures de dépistage et notamment les hôpitaux et l'introduction des approches ciblées pour le *dépistage précoce* et des approches innovantes basées sur l'évidence pour *toutes les populations cibles prioritaires*. Prise en compte du coût et du rapport coût-efficacité des différentes approches de dépistage du VIH selon les orientations de la modélisation des cibles.
 - › Booster le dépistage chez les femmes enceintes et le généraliser dans le cadre de la feuille de route nationale pour l'eTME qui vise l'élimination à l'horizon 2023.
 - › Généraliser le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux conformément à l'objectif fixé par le PSN TB qui est de 95% de couverture en 2023 et la prise en compte de tous les éléments décidés dans le guide national de PEC TB/VIH.
 - › Assurer un meilleur rendement des tests par le suivi des recommandations de la modélisation des cibles du dépistage selon le scénario PSN d'extension 2023.
 - › Assurer la qualité du dépistage par le suivi du référentiel AQ et par la révision permanente de la stratégie de dépistage et de confirmation du VIH pour assurer l'utilisation des tests appropriés par cible pour détecter l'infection au VIH.
 - › Améliorer la connexion des PVVIH nouvellement diagnostiquées pour assurer leur prise en charge dans les centres référents. Ceci passe par l'application des protocoles pour la rétention des PVVIH dans le système depuis le dépistage, selon une approche

centrée sur la personne, la mise en place d'approches ciblées pour l'accompagnement, ainsi qu'une meilleure organisation des services dans les CR surchargés.

› Mettre en application le nouvel algorithme pour le diagnostic du VIH proposé au niveau national.

› Explorer le nouvel algorithme de dépistage des personnes récemment infectées (RITA)⁴ (31), proposée par l'ONUSIDA comme une priorité qui contribuera à une meilleure surveillance des nouveaux cas et à définir des mesures appropriées pour réduire le nombre des transmissions du VIH (32).

- Le renforcement de la protection des droits humains : La mise en œuvre de la nouvelle stratégie Droits humains et VIH/sida permettra la réduction des inégalités à travers la mise en place des mesures appropriées pour lutter contre la discrimination et lever les obstacles liés à l'accès aux services de prévention et dépistage des populations clés, et vulnérables /marginalisées à risque.

L'analyse de la viabilité financière et la mise en place de stratégies de mobilisation des ressources et la contractualisation sociale sont décrites dans le Plan de préparation à la transition.

4 RITA (Recent infection testing algorithme) : combinaison de tests de laboratoire pour classer une infection à VIH comme récente ou long-terme.

PARTIE IV :
Stratégie de dépistage
et de confirmation du VIH
2021-2026

Cette stratégie s'est construite à partir des leçons apprises et des progrès acquis, et adresse les défis identifiés lors de l'analyse de la situation avec la participation des parties prenantes.

Elle s'inscrit dans les cadres de référence nationale et internationale :

- **Le PSN d'Extension 2023, priorité 2** : « Diversifier l'offre de dépistage plus stratégiquement ciblée pour atteindre efficacement les populations les plus exposées aux risques d'infection par le VIH/VHC » et le résultat d'effet 2.1 : « En 2023, 90% des PVVIH, y compris les PC, connaissent leur statut sérologique pour le VIH ».
- L'exercice de modélisation des cibles nationales et régionales qui a été la base pour l'élaboration de la stratégie nationale de dépistage du VIH en ce qui concerne les populations et groupes prioritaires et les projections de couverture.
- L'objectif 95-95-95 de la stratégie mondiale de lutte contre le VIH/sida lancée par l'ONUSIDA et adoptée dans la déclaration politique sur le VIH/sida, notamment le premier « 95 » qui vise à ce que 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique ainsi que le second « 95 » qui vise la connexion des personnes dépistées avec les services de prise en charge et leur mise sous traitement.
- Les recommandations de l'OMS de 2019 et de 2021 en ce qui concerne les 3 composantes du dépistage : la création de la demande et mobilisation, les services de conseil et dépistage, ainsi que la connexion des personnes dépistées vers les services de prévention et/ou de prise en charge. Par rapport aux modèles d'approches différenciées par cible et par composante, nous avons pris en compte les recommandations de l'IAS, modifiées par l'OMS.

1. Vision

« Toutes les personnes, femmes et hommes, y compris les populations clés, ont accès à des services de dépistage, acceptables, de qualité, adaptés à leurs besoins et garantissant l'accès aux soins, dans le respect des Droits humains et de l'égalité genre ».

2. Principes directeurs

- **Accès aux services** des populations prioritaires qui n'ont pas encore été diagnostiquées ainsi que des groupes de population qui sont plus exposés au risque d'infection.
- **Impact et efficacité** pour accroître le nombre des PVVIH diagnostiquées à moindre coût. Évaluer les modèles/approches et choisir ceux avec le plus d'impact tout en priorisant les approches qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité.
- **Flexibilité** : les systèmes, méthodes et approches en matière de dépistage doivent être flexibles de manière à pouvoir s'adapter aux différents contextes d'intervention, modalités d'engagement et types de partenariat.
- **Résilience du programme dépistage** : mettre en place les mécanismes et capacités qui peuvent contribuer à accroître la résilience face aux situations de risque tels que la surveillance renforcée du VIH, le suivi de la situation de risque (exemple Covid 19, approvisionnement), et la planification des activités de rattrapage, entre autres.
- **Confidentialité et droits humains** : la stratégie met l'accent sur la confidentialité à tous les niveaux, la réduction des inégalités liées au genre, la promotion et le respect des droits humains, l'équité dans l'accès aux services de dépistage VIH et la lutte permanente contre la discrimination et la stigmatisation.

3. Objectifs et résultats stratégiques attendus

Résultats d'impact (PSN Extension 2023)

- En 2023, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% (par rapport à 2019)
- En 2023, la mortalité liée au VIH est réduite de 50% (par rapport à 2019)
- Impact qualitatif de la Stratégie Droits Humains et VIH : Promouvoir et protéger les droits humains liés au VIH/sida et appui psycho-social
- Impact transversal sur la gouvernance à renforcer au niveau national, régional et local pour assurer l'accélération et la durabilité de la riposte

Résultats d'effet

- En 2026, 95% des PVVIH y compris les populations clés connaissent leur statut sérologique pour le VIH.
- En 2026, 95% des PVVIH identifiées y compris les populations clés sont connectées avec les services de prise en charge et reçoivent un traitement antirétroviral.
- Zéro discrimination et environnement favorable (Nouvelle Stratégie Droits humains)
- La gouvernance du programme de dépistage du VIH est améliorée pour une performance optimale et des résultats à fort impact.

Axes stratégiques

Axe 1. Création de la demande de dépistage du VIH

Axe 2. Services différenciés de dépistage précoce par cible

Axe 3. Connexion des personnes dépistées avec les services de prévention et de PEC

Axe 4. Accès aux services sans stigma ni discrimination

Axe 5. Gouvernance, coordination structurée et système d'information

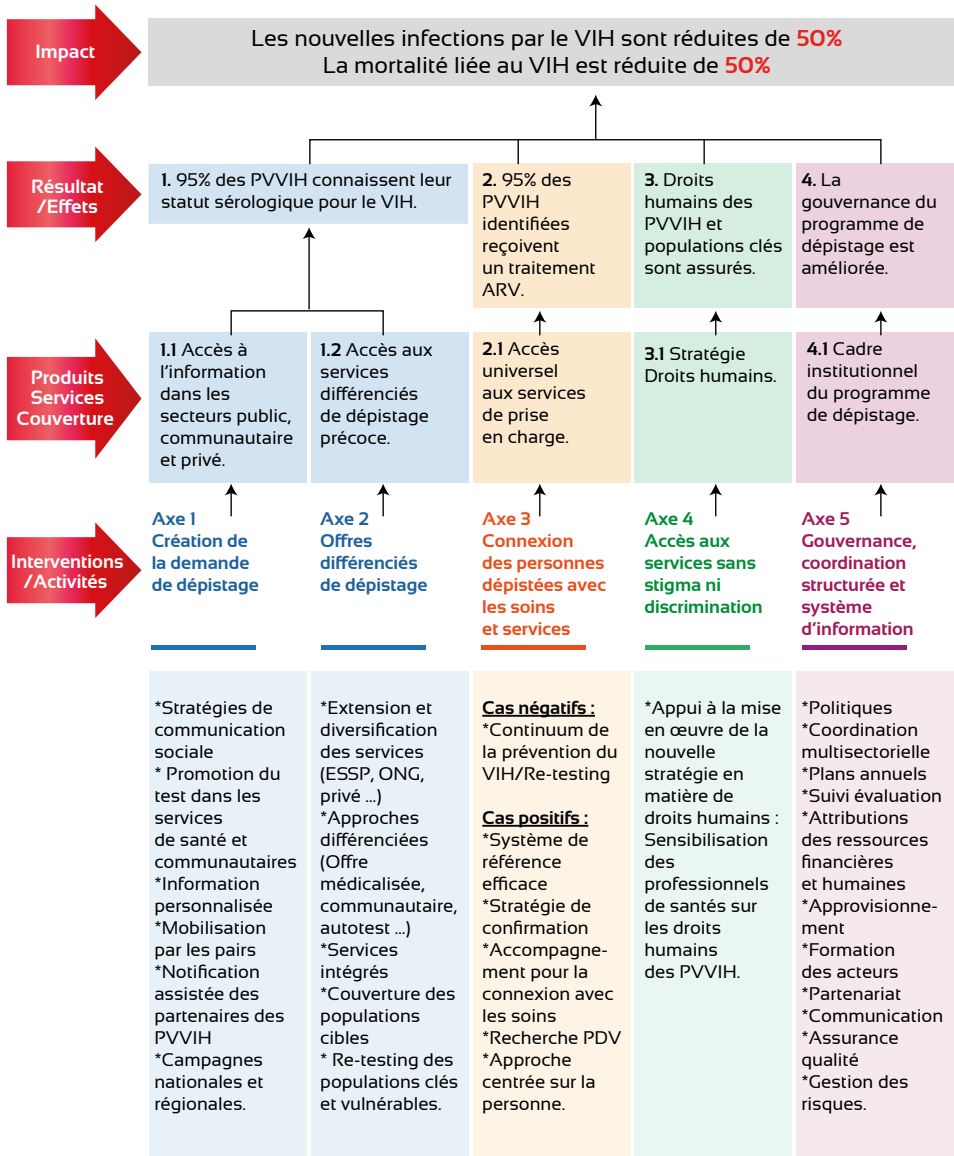
Populations cibles prioritaires

Pour concentrer les efforts et les ressources pour le plus grand impact, sur la base de la modélisation, les populations cibles pour la période 2021-2026 sont notamment :

- Femmes enceintes en CPN
- Populations clés : PS, HSH, PID, migrants, détenus
- Patients TB
- Patients porteurs d'IST hommes et femmes
- Partenaires des nouveaux cas diagnostiqués
- Patients avec symptômes de VIH
- Clients des PS
- Personnes avec des comportement à risque
- Autres femmes, autres hommes
- Jeunes

4. Cadre de résultats

Cadre des résultats de la stratégie de dépistage



5. Domaines d'intervention de la stratégie de dépistage du VIH

La Stratégie Nationale de dépistage du VIH est présentée avec des mesures et des approches générales par composante (création de la demande, services et approches de dépistage et connexion) et avec un mix stratégique de modèles de prestation des services différenciés, par stade de la maladie et par cible, adaptés au contexte du Maroc.

Dans la perspective d'intégration des trois composantes, les approches de communication et d'assurance qualité ainsi que le système de suivi évaluation sont développées avec une vision commune qui permettra à tous les acteurs de trouver une cohésion et un but dans leur travail pour assurer le continuum de soins depuis la prévention et jusqu'à la prise en charge.

Résultat d'effet 1 : En 2025, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH.

Produit 1.1 L'accès à l'information et la promotion du dépistage VIH sont assurés dans tous les secteurs : public, communautaire et privé.

Axe 1. Création de la demande et mobilisation pour le dépistage du VIH

La recommandation de l'OMS est de renforcer la **création et la mobilisation de la demande en collaboration avec les communautés**, dans un environnement propice, avec des **messages adaptés** à chaque population, à travers notamment des **plates-formes numériques**, dirigées par les pairs y compris les **courts vidéos pré-enregistrées**. Utilisation d'**informations et de messages concis** et spécifiques pour **encourager le dépistage** du VIH. Protéger et maintenir la confidentialité. Le **counseling pré-test n'est plus recommandé** (5) (33) (34).

Cet axe s'articule autour des mesures inscrites au sein du programme de prévention dont la prévention combinée pour les populations clés visant parmi autres, la mobilisation pour se faire dépister. La prévention repose sur une juste perception des risques. En matière du VIH, certaines personnes ne se sentent pas concernées par le risque et ne se mobilisent pas pour se faire dépister et d'autres témoignent avoir eu une situation à haut risque d'infection mais ne savent souvent pas où se faire dépister. Le résultat est un dépistage tardif lorsque la personne développe des symptômes (48% en 2020). Le gap de dépistage se trouve notamment au niveau des hommes, ainsi que des populations clés sensibilisées dont moins de la moitié se mobilisent pour se faire tester (47.5% en 2020).

L'objectif de cet axe est de contribuer à la perception des risques pour la

création de la demande y compris la mobilisation pour se faire dépister. Pour cela il faut assurer l'accès aux informations courtes et adaptées aux différents publics cibles et éviter des counselings prétest. Afin de maximiser les avantages, les efforts de création de la demande doivent se concentrer sur l'identification des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut et celles qui courent un risque continu de contracter le VIH, pour arriver à les convaincre d'utiliser les services de dépistage.

L'utilisation des approches destinées à susciter une demande étant étroitement liée au contexte, il faut hiérarchiser ces stratégies en fonction de l'épidémiologie, de la population cible et des ressources disponibles.

a) Mesures générales et approches de création de la demande et mobilisation

Les approches d'information et de communication pour la création de la demande seront développées dans un plan intégré de communication. Comme il est fort probable qu'une partie de la transmission du VIH au Maroc soit attribuable à des personnes récemment infectées, notamment les PS, les hommes clients de PS, les HSH, et les migrants, la stratégie intègre des approches ciblées et appropriées pour la création de la demande précoce de dépistage par cible.

Aussi, dans le cadre de l'eTME, il est important de généraliser le dépistage VIH à 95%. Dans le cadre de la stratégie co-infection TB/VIH, les deux PSN prévoient de couvrir 95% des malades tuberculeux par le dépistage VIH. Le renforcement de la promotion parmi ces deux groupes est une priorité également.

Stratégies de création de la demande et mobilisation

Les stratégies de création de la demande de dépistage notamment à un stade précoce de l'infection VIH, qui seront décrites dans le plan intégré de communication, sont notamment :

- Promotion et messages ciblés sur les services de dépistage.
- Développement de brefs messages clés, axés sur la personne et notamment sur les bénéfices du dépistage précoce et la disponibilité des services, délivrés par les prestataires.
- Développement de messages de sensibilisation sur le fait que le VIH est une maladie chronique avec une espérance de vie pareille qu'une personne séronégative si la charge virale reste négative.
- Développement de messages sur le fait que les antirétroviraux sont efficaces, avec une dose unique en général...
- Informations et messages de motivation appropriées à passer dans les services pour encourager le dépistage des couples et des partenaires des PVVIH.

- Développement de messages concernant la communication engageante.
- Développement des messages sur la promotion des services du dépistage liés à la réduction des risques et à l'autonomisation économique, en particulier pour les personnes qui s'injectent des drogues.
- Définition des messages ciblées et adaptées visant à surmonter des obstacles spécifiques au dépistage (Insister chez les femmes enceintes sur les bénéfices pour elle et son enfant) Insister sur les malades TB sur la qualité de la prise en charge en cas de co-infection TB/VIH.
- Développement des approches de communication pour créer la demande de dépistage des personnes avec des symptômes VIH.
- Développement d'approches et des messages clés pour le renforcement de la mobilisation en milieu communautaire par les pairs.
- Développement des supports de communication (pré-test avec les populations cibles).

Plateformes de création de la demande et mobilisation

• *Interventions menées par les pairs*

Le renforcement du rôle des éducateurs pairs au sein des ONG est une priorité ainsi que le développement d'interventions et des messages qui suscitent la demande de dépistage notamment des populations clés sensibilisées, ainsi que leur mobilisation. L'implication des pairs et des leaders pour atteindre les hommes ciblés par la stratégie est aussi à encourager.

• *Plateformes numériques*

L'utilisation des NTIC à tous les niveaux permettra d'atteindre plusieurs groupes cibles. Il s'agit de développer des approches pour renforcer l'utilisation des médias sociaux numériques pour susciter la demande des adolescents, des jeunes et des populations clés mais également celle des femmes enceintes, des malades TB et autres groupes à risque.

Ces plateformes pourront être gérées par les ONG, les éducateurs pairs, les centres de santé très fréquentés, et les entreprises parmi autres.

Les pages web du Ministère de la Santé et des directions régionales pourront être utilisés pour mettre à disposition des informations adressées aux professionnels de santé, publics et privés, ainsi que faciliter la diffusion des guides, des directives et de l'information sur la disponibilité et l'offre des services. Il serait important de maintenir les campagnes de communication grand public à lancer par le ministère de la Santé avec diffusion des messages de promotion du dépistage à travers spots TV et radio (mass média).

L'utilisation des approches destinées à susciter une demande étant étroitement liée au contexte, il faut hiérarchiser ces stratégies en fonction de l'épidémiologie, de la population cible et des ressources disponibles.

Messages coordonnés et relais par les partenaires sur le terrain

Il s'agira de développer des approches pour promouvoir le relais systématique et coordonner des messages spécifiques et des campagnes nationales, afin d'amener tous les acteurs à relayer les mêmes messages clés, dans les centres de santé, les associations, au niveau communautaire, le milieu scolaire et les espaces jeunes, les lieux de travail, les milieux sportifs, les cabinets et cliniques privés, etc.

Stratégie qui s'appuie sur les réseaux sociaux des populations clés

Le développement d'un projet pilote pour la mise en place structurée de la stratégie basée sur les réseaux sociaux des populations clés (partenaires, amies, etc.) est envisagée. Elle permettra d'atteindre les populations clés qui ne sont actuellement pas atteintes par les programmes de prévention et de dépistage existants.

La stratégie sera développée via les éducateurs pairs qui vont reconstruire/ renforcer les membres de leurs réseaux sociaux et qui, à leur tour vont contacter leurs propres réseaux sociaux. Les messages clés et les orientations permettront de faire face à l'auto-stigmatisation, diminuer les comportements sexuels à risque, connaître les différentes approches ainsi qu'augmenter le recours au dépistage du VIH (notamment l'autotest et le dépistage communautaire non-médicalisé) et la rétention dans le système.

La collecte de données sur les réseaux sociaux des populations clés pendant les interventions et les travaux de recherche fournirait des informations utiles pour continuer à éclairer l'efficacité de cette stratégie.

Notification assistée des partenaires des PVVIH pour la création de la demande

Pour la création de la demande, la notification assistée des partenaires sexuels et les partenaires d'injection de drogues des PVVIH est à renforcer compte tenu qu'elle est un moyen simple et efficace d'atteindre ces personnes qui, bien souvent, ne sont ni diagnostiquées, ni conscientes de leur exposition au VIH et pourraient accueillir positivement un soutien et la possibilité de se faire dépister pour le VIH (dépistage cas index).

Les partenaires devront être notifiés avec le consentement du patient positif pour le VIH et en tenant compte des particularités du partenaire (principal

ou occasionnel, jeune, etc.). Le moyen de communication devrait être varié (face à face, appel téléphonique, SMS, etc.). Préserver l'anonymat de la PVVIH et du (de la) partenaire notifié.

Un protocole simplifié de notification assistée des partenaires des PVVIH devrait être élaboré (en capitalisant sur les expériences existantes) et piloté dans un site avant sa mise en place.

Outil rapide d'évaluation des risques de VIH

Selon l'OMS, l'utilisation des outils d'évaluation des risques de VIH validés peuvent offrir des avantages pour l'identification d'infections au VIH supplémentaires dans les milieux où le dépistage du VIH n'est pas systématiquement proposé, tels que les milieux à faible prévalence et parmi les sous-populations à très faible prévalence du VIH, telles que les enfants et les adolescents (6) (36). Des expériences montrent que l'utilisation d'un outil prétest de dépistage contenant des facteurs de risque conventionnels pour identifier des adultes (hommes et femmes) et les adolescents HIV+, améliore le rendement du dépistage du VIH par rapport aux tests universels.

Le Maroc, pourrait mettre en place une expérience similaire de dépistage fondé sur le risque à travers le développement d'un outil simple et rapide d'évaluation des risques de VIH à utiliser notamment chez les hommes et les jeunes dans les sites de dépistage du secteur public et privé :

- Auto-évaluation du risque (questionnaire rapide présentiel ou en ligne) pour inciter le dépistage.
- Offre des services de dépistage du VIH aux personnes qui, lorsqu'elles sont interrogées, signalent un comportement à risque ou des inquiétudes concernant une exposition potentielle au VIH.

Sensibilisation et formation des acteurs

Des formations sur le plan de communication, des outils et de protocoles pour les professionnels de la santé impliqués dans le dépistage dans les centres de santé publique y compris les CDTMR et les centres pénitentiaires ainsi que les acteurs sur le terrain et du secteur privé, sont à mettre en place afin d'assurer des messages cohérents et adaptés pour susciter la demande de dépistage. La formation des pairs, notamment pour atteindre les PC et leurs réseaux sociaux, les jeunes et les hommes, est à envisager, ainsi que la formation des leaders communautaires. Ces formations devront être simplifiées au maximum et offertes à travers le e-learning, un mode hybride alliant séances virtuelles et présentiels, en plus des sessions présentielles, dans la mesure du possible.

La sensibilisation des médecins généralistes, des urologues, des dermatologues, des pneumologues, des gynécologues et sage-femmes et

des protocoles pour offrir du conseil et promouvoir le dépistage du VIH, d'autres IST et des hépatites chez des personnes à risque, sera programmée.

b) Mesures spécifiques et approches de création de la demande par cible

Populations clés

Moins de la moitié des populations clés sensibilisées se mobilisent pour se faire dépister. Une étude sur les facteurs associés au faible recours au dépistage est à développer, afin de mettre en place des approches appropriées d'amélioration.

La création de la demande de dépistage du VIH fait partie des activités de prévention combinée auprès des populations clés. La promotion des approches de dépistage adaptées est très importante pour ces groupes, notamment la promotion du **dépistage précoce**, soit avant que l'infection ne se transforme en sida. Des modèles de création de la demande sont à développer par cible pour répondre aux questions : quand, où, qui, quoi (Annexe 2).

PS, HSH et clients des PS

Des informations adaptées seront passées sur le terrain, notamment, par les éducateurs pairs dans les sites de fréquentation identifiés à travers des cartographies, ainsi que dans les cliniques de santé sexuelle et reproductive et les centres de santé fréquentés par les PS et HSH.

Pour les PS qui ne sont pas accessibles sur le terrain (travail dans des appartements ou autres), avec un meilleur niveau de scolarisation, des approches appropriées sont à développer (ex. les messages pourront être passés à travers des petites annonces publicitaires des services de dépistage dans les journaux, les radios locales ou à travers des plateformes numériques).

UDI/PID

Il s'agit de passer des messages clés concernant le dépistage lors de rencontres avec les PID sur le terrain ou dans les centres d'addictologie par les professionnels de santé, les intervenants communautaires, ou les pairs. Des messages courts (CDIP) de sensibilisation sur le VIH, d'autres IST, et des hépatites sont nécessaires dans les centres d'addictologie.

Migrants

Les migrants ont souvent des difficultés d'accès à l'information sur le VIH et sur les lieux de dépistage. Afin de pallier à ces lacunes, des messages simples, précis et adaptés à cette population en tenant compte de la langue, la culture et le contexte, seront développés.

Les discussions sur le VIH dans les communautés des migrants à l'aide des éducateurs pairs et des leaders au sein de leur communauté, pourraient augmenter les chances de création de la demande.

Des supports de communication sont à mettre à disposition dans les lieux de rencontre, les organismes publics susceptibles d'être visités par les migrants et/ou les organisations internationales, agences onusiennes et ambassades (si possible). Des mécanismes de collaboration avec des ONG qui offrent des services aux migrants « sans-papiers », sont à mettre en œuvre. Ce volet devrait être approfondi durant l'étude RDS auprès des migrants.

Détenus

Une nouvelle stratégie de santé pour les centres pénitentiaires sera mise en œuvre.

Le dépistage du VIH fait partie du paquet de service proposé à l'entrée et au cours de la détention. Les activités de communication sur la prévention et le dépistage dans les centres pénitentiaires en collaboration avec la DELM, et les ONG seront renforcées y compris pour le volet prise en charge.

Pour la promotion du dépistage, Il s'agit de développer des approches pour inciter les détenus à partager leur statut à l'entrée au centre pénitentiaire et/ou à se faire dépister (Communication engageante, outil rapide d'identification des risques...).

Autres populations prioritaires

Femmes enceintes

Les femmes enceintes fréquentent les services du MS, du secteur privé et de certaines ONG, dans le cadre de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Les campagnes médiatiques veilleront à la sensibilisation des femmes enceintes dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant. Un focus devra être fait également pour sensibiliser les femmes enceintes à inciter leur conjoint pour à se faire dépister.

Les objectifs de la feuille de route nationale pour l'eTME ne pourront être atteints que par la généralisation du dépistage à tous les ESSP et l'accélération de l'objectif de couverture par la CPN ainsi que la contribution active du secteur privé.

Une harmonisation des messages et des outils encourageant le dépistage est à développer à tous les niveaux (public, privé, communautaire). La mise en œuvre du plan de communication intégré veillera à ce que tous les acteurs impliqués dans l'eTME soient mobilisés.

La mobilisation des ONG œuvrant dans le domaine de la maternité est à considérer mais également dans le cadre de l'approche Kangourou et toutes les initiatives entreprises pour la santé de la mère et de l'enfant par les autres directions du MS notamment la DP et la DHS.

Cas index

Les partenaires des PVVIH et leurs enfants (cas index), sont aussi les cibles prioritaires pour le dépistage précoce et des messages appropriés seront passés pour les amener au dépistage.

Un modèle spécifique est la notification assistée du partenaire des PVVIH soit un partenaire sexuel soit un partenaire de consommation de drogue, ainsi que l'approche qui s'appuie sur les réseaux sociaux des populations clés. A cet effet, un protocole et des outils seront élaborés et pilotés avant leur généralisation.

Patients avec symptômes /Patients TB

Les campagnes médiatiques et les plateformes numériques pourraient aider à passer des informations sur les symptômes du VIH afin de mobiliser les PVVIH qui n'ont jamais fait le test.

Pour les patients TB, les activités de sensibilisation pour la création de la demande de dépistage passent par la coordination entre programmes. Il s'agira de mener une action de communication anti TB/VIH et de promotion du dépistage, notamment, au niveau des CDTMR, ainsi que dans tous les contextes (pénitentiaires, privés).

Les ONG thématiques TB mais également les ONG de quartier impliqués dans la lutte contre la tuberculose devraient être impliqués et faire la promotion du dépistage VIH durant les différents contacts avec les patients TB et leurs familles. Ces ONG devront être outillées dans ce sens pour passer des messages ciblés.

Hommes /clients de PS/ patients IST

Pour passer des messages aux hommes, la clé est de les chercher où ils se trouvent, notamment, en dehors du système de santé. Sont à privilégier les lieux de travail, les lieux sociaux, les mosquées, les espaces de jeu, les communautés (unités mobiles) ou en général, les lieux informels. Il faudrait impliquer davantage des facilitateurs hommes.

Dans les centres de santé et notamment, dans les cabinets privés, l'utilisation d'un outil rapide et validé d'identification des risques pourrait aider à sensibiliser et à mobiliser les hommes pour se faire dépister du VIH. Il faudrait également penser à inciter les femmes fréquentant les CS à promouvoir le dépistage VIH auprès de leur conjoint.

Aussi, sont à développer les services des partenaires des PVVIH, dont la notification assistée et l'approche qui s'appuie sur les réseaux sociaux, avec des prestataires formés pour atteindre davantage les hommes et les encourager à se faire dépister (CDV).

Jeunes

Il s'agit de développer des plateformes d'engagement communautaire gérées par les pairs, tels que l'organisation d'événements pour les jeunes, filles et garçons, pour faire la promotion des différents services et approches de dépistage du VIH, notamment l'autotest.

Il faudrait renforcer l'organisation des campagnes qui encouragent les jeunes à se faire dépister pour le VIH telle que la campagne « Faites le test VIH » conduite au Maroc en 2015 dans le cadre de la campagne mondiale lancée par l'ONUSIDA # ProTest HIV ; mais également celle organisée en 2021 en coordination entre la DP et la DELM ciblant les jeunes dans les universités.

Le développement de supports graphiques et des supports visuels (vidéos) sont à renforcer, et à utiliser dans les lieux d'intérêts pour jeunes, dans les centres médico-universitaires, dans les centres de jeunes, les clubs sportifs des associations, les clubs de santé dans les lycées et collèges et d'autres lieux de rencontre.

L'utilisation d'un outil adapté rapide d'identification des risques du VIH pourrait aider à sensibiliser et mobiliser les jeunes, dans tous les contextes, pour se faire dépister.

Il s'agit aussi de renforcer la collaboration avec le département de l'éducation

nationale à travers une circulaire, et des correspondances officielles pour mener des actions de sensibilisation et promouvoir le dépistage VIH dans les collèges, lycées et universités à travers des circulaires et autres.

Pour les enfants/adolescents, il faudrait une approche de communication appropriée pour sensibiliser les tuteurs. Par exemple, la sensibilisation au cours des activités communautaires, tels que les activités sportives et les événements culturels ou artistiques pour les enfants et les adolescents, à travers la mise en place d'un stand informatif destiné aux parents et tuteurs.

Produit 1.2 L'accès aux services différenciés de dépistage précoce est assuré pour toutes les populations clés et prioritaires

Axe 2. Services différenciés de dépistage précoce par population clé et prioritaire

En 2019, l'OMS a recommandé une combinaison stratégique d'approches différenciées de prestation de services de dépistage (PSD) dans les établissements de santé, à base communautaire, auto-dépistage ou autotest du VIH (ADVIH) et services pour les partenaires. Ces services doivent se concentrer sur les PVVIH qui ne sont pas diagnostiquées, privilégiant l'intégration avec le dépistage d'autres infections et maladies non transmissibles ; renforcer la délégation de tâches et l'utilisation des prestataires non professionnels formés (5). Pour le dépistage des hommes, la recommandation est d'explorer toutes les approches (38). Utilisation des tests de diagnostic du VIH récent (RITA) (ONUSIDA, WHO).

L'objectif de cet axe est la connaissance du statut sérologique. Pour cela, il faut garantir un accès facile au dépistage, adapté aux différents groupes cibles.

a) Cibles de dépistage du VIH par population

La mise en œuvre de la stratégie tiendra compte des groupes de population et du nombre de tests annuels par cible selon le Scénario PSN-Extension de la modélisation 2020, ainsi que le rendement des tests (Tableau 3).

Les interventions par les pairs et les plateformes digitales seront particulièrement développées pour les jeunes hommes, dans tous les contextes, et pour les HSH. Pour les hommes plus âgés (45 et plus), il faut adresser des messages appropriés à leur âge sur l'importance du dépistage et du traitement.

Tableau 3. Nombre de Tests et nouveaux cas diagnostiqués par cible - Scénario Extension du PSN

(Source : Rapport technique modélisation, janvier 2021)

Population cible	2021		2022		2023		2024		2025	
	Tests	Cas	Tests	Cas	Tests	Cas	Tests	Cas	Tests	Cas
Femmes enceintes en CPN	375 934	184	519 857	160	666 524	39	673 161	11	679893	12
Migrants	14 350	386	18 561	101	22 983	28	23 213	28	23457	48
Femmes Patientes IST	126 977	160	184 564	205	243 222	183	245 551	81	247961	36
Détenus	48 753	52	58 457	4	68 380	5	69 066	10	69759	13
PS	42 567	145	49 814	29	57 274	33	57 856	50	58440	60
HSH	22 170	261	25 982	127	29 897	20	30 196	20	30507	29
PID	715	14	852	6	997	2	1 006	2	1018	3
Patients TB	21 764	74	26 498	29	31 351	11	31 698	45	32044	74
Partenaires de nouveaux/cas index	581	35	759	19	943	5	955	10	975	29
Patients avec symptômes de VIH	58 686	316	87 002	392	115 764	277	116 789	54	117957	55
Clients des PS /patients IST)	101 607	358	133 382	423	165 739	416	167 319	288	168918	165
Autres femmes	104 264	5	105 308	6	106 361	7	107 425	7	108498	6
Autres hommes	38 440	4	38 825	4	39 213	5	39 606	5	40002	5
National, tous les groupes	956808	1 994	1 249 861	1 505	1 548 648	1 031	1 563 841	611	1 579 429	535
Taux positivité (%) (Rendement)		0,21		0,12		0,07		0,04		0,03

Par rapport aux coûts, pour la période 2020-2023, dans le scénario *Extension du PSN*, les groupes avec un coût plus élevé (rendement) sont en ordre décroissant : les femmes enceintes en CPN, les femmes patients IST et les clients de PS. En revanche, les groupes donnant le plus grand nombre de nouveaux cas sont les clients des PS, les patients avec symptômes de VIH, les migrants, les HSH et les PS.

La modélisation pour les régions a été aussi réalisée à partir du scénario « PSN d'extension 2023 ». Le tableau 4 montre le nombre de tests et les nouveaux cas à diagnostiquer par région 2021-2025.

Tableau 4. Nouveaux diagnostics, scénario Extension du PSN, par région, somme des 12 régions et calibration nationale

Région	2021		2022		2023		2024		2025	
	Tests	Cas	Tests	Cas	Tests	Cas	Tests	Cas	Tests	Cas
Souss-Massa	119 493	267	140 016	236	160 930	172	162 509	121	164 121	102
Casablanca-Settat	170 248	497	230 381	381	291 715	297	294 555	194	297 484	175
Marrakech-Safi	120 955	205	163 121	187	206 094	129	208 116	79	210 186	63
Rabat-Saleh-Kenitra	135 574	252	173 394	180	211 971	125	214 058	77	216 193	68
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	82 079	195	116 469	175	151 485	80	152 966	38	154 491	30
Fès-Meknès	109 885	177	144 438	159	179 626	79	181 384	33	183 195	28
Beni Mellal-Khenifra	67 168	100	88 988	95	111 225	75	112 311	41	113 427	32
Laayoune-Sakia-El Hamra	12 214	56	15 018	57	17 869	45	18 034	27	18 212	23
Oriental	68 228	111	87 391	96	106 910	49	107 958	24	109 037	23
Guelmim-Oued-Noun	17 466	45	20 587	41	23 769	32	24 000	22	24 237	17
Drâa-Tafilalet	43 711	26	59 551	24	75 697	15	76 450	8	77 213	7
Eddahla-Oued-Eddahab	9 738	17	10 592	17	11 461	13	11 572	8	11 685	6
Somme de 12 régions	956 759	1 948	1 249 946	1 648	1 548 752	1 111	1 563 913	672	1 579 481	574
Maroc Calibration National	956 808	1 994	1 249 860	1 505	1 548 649	1 031	1 563 842	611	1 579 430	535

b) Mesures générales et approches de dépistage

Extension des services de dépistage

Une extension du nombre de sites de dépistage prévue dans le PSN d'extension est à accélérer pour passer d'environ 1600 en 2019 à plus de 2500 en 2023 avec une généralisation à tous les centres dans les régions enregistrant le plus de cas positifs.

Diversification des services et approches différenciés de dépistage

Le Maroc dispose actuellement d'une bonne diversification des services et approches de dépistage. La nouvelle stratégie contribue à mieux définir les prestations et les approches par populations prioritaires en vue d'atteindre les cibles prévues pour 2025.

● Dépistage dans les centres de santé publique

Les centres de santé continuent d'être des lieux visités par tous les groupes de populations. Il est donc primordial d'étendre le dépistage du VIH à tous les ESSP (niveau 1 et 2) et CDTMR.

De plus, le dépistage du VIH fait partie du paquet minimum de service des établissements de soins de santé de base (ESSB). Les services de dépistage seront renforcés pour offrir le conseil et dépistage volontaire (CDV) et le conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP). Les études, formations et actions prévues dans le cadre de l'approche PMS seront utilisées pour s'assurer que les CS, notamment ceux du corridor de vulnérabilité, sont bien intégrées dans toutes les actions entreprises.

Il est également primordial que le dépistage à visée diagnostique (DAD) soit adopté de manière systématique dans tous les hôpitaux et tous les services (médecine, chirurgie, maternité, urgences...etc).

L'offre systématique du dépistage chez les femmes enceintes, les patients IST et les patients TB sera consolidée, étendue, et élargie à d'autres groupes (les personnes qui consultent pour la planification familiale et les patients avec un cancer du col de l'utérus, entre autres). La faisabilité d'une offre d'autotest VIH dans certains centres de santé sera également pilotée avant son extension pour accélérer l'atteinte des objectifs.

● Dépistage dans les Unités de santé pénitentiaire (USP)

L'offre de services et d'approches de dépistage (CDV, CDIP, DAD) sera élargie dans les centres de santé pénitentiaires. L'offre systématique du

dépistage VIH dans le cadre du bilan de santé à toute nouvelle personne arrivée dans les centres de détention sera assurée de manière intégrée au dépistage d'autres IST et de la TB.

Une expérience de PEC VIH au niveau d'une prison à mener en fin 2021 sera évaluée et élargie au niveau des prisons concernées pour renforcer au maximum les prestations aux détenus.

- **Dépistage dans les cabinets-cliniques privés**

Le renforcement du partenariat avec les cabinets et les cliniques privés permettra l'extension du dépistage des différentes populations clés et prioritaires, notamment les femmes enceintes, les hommes, les patients IST, les patients TB, et les patients symptomatiques.

Dans ce cadre, les initiatives ayant démarré avec les sages-femmes de l'ANSFM, mais également les pneumologues de la région Marrakech-Safi en collaboration avec l'Association des Pneumologues privés de la région de Marrakech devront être élargies à d'autres spécialistes, prenant en considération les recommandations et les modèles élaborés dans l'étude menée auprès du secteur privé en 2020.

De plus, la collaboration entre le Ministère de la Santé et la chambre syndicale des biologistes qui couvrent deux tiers des laboratoires privés au Maroc doit être érigée en partenariat pour renforcer le dépistage dans les laboratoires.

- **Dépistage communautaire**

Les interventions communautaires de lutte contre le VIH auprès des populations clés peuvent surmonter les obstacles associés aux établissements de santé et accroître l'engagement des hommes dans le dépistage. Les stratégies fixes et mobiles ainsi que le dépistage non médicalisé sont à renforcer compte tenu des bons résultats en matière de rendement des tests chez les populations clés pour l'identification des PVVIH.

Ce mode paraît également très adapté pour le dépistage des PID au niveau des sites d'intervention par les intervenants terrain afin d'améliorer le pourcentage de couverture en matière de dépistage VIH considéré comme le plus bas à date.

Le PNLS procédera à l'extension du dépistage non-médicalisé au niveau de toutes les ONG le souhaitant, et répondant au cahier de charge développée en 2019 suite à l'expérience pilote menée avec l'ALCS.

● Campagnes nationales de dépistage

Les campagnes nationales de dépistage, organisées de manière continue depuis 2012 avec diffusion de spots TV et radio en partenariat avec la société civile et la DGAPR, ont permis d'identifier un grand nombre de PVVIH parmi les populations clés, les femmes enceintes, et les jeunes ; le rendement des tests devrait être amélioré ou au moins maintenu. Selon l'exercice de modélisation des cibles, les efforts qu'impliquent une mobilisation de masse devraient garantir la promotion des services de dépistage auprès des populations clés et prioritaires. Pour les années à venir :

- Dans la mesure du possible, impliquer d'avantage les partenaires du secteur privé (cabinets de santé, entreprises), le Croissant Rouge, autres ONG et institutions qui travaillent avec les populations vulnérables (OIM, etc.) et populations cibles (femmes enceintes, patients TB).
- Parmi les populations cibles, en dehors des groupes cités plus haut, impliquer davantage les hommes, en particulier ceux qui n'ont jamais fait le test, notamment âgés de 45 ans et plus.

● Les campagnes multimaladies

Il s'agit d'une expérience qui devrait être renforcée pour répondre aux besoins multiples des populations et encourager par conséquent plus de personnes à se faire dépister pour le VIH. Cette approche aide à réduire la stigmatisation et la discrimination, et s'est montrée efficace pour dépister notamment les personnes vivant en communautés et les résidents se trouvant dans leur maison lors des campagnes.

Tout en assurant la connexion avec les services de prise en charge, il s'agit notamment de :

- Élaborer et diffuser un modèle pour l'organisation des campagnes multimaladies
- Intégrer le dépistage du VIH dans toute initiative de dépistage organisée par d'autres programmes de santé (stratégie fixe ou mobile), des ONG, soit des caravanes pluridisciplinaires ou des campagnes multimaladies dans les centres de santé ou au niveau communautaire.
- Organiser des campagnes multimaladies associant le dépistage du VIH au dépistage des IST, de la TB et de l'hépatite, etc., dans le cadre des activités communautaires du programme, notamment pour les populations clés.
- Organiser des campagnes multimaladies ponctuelles au niveau des entreprises ou des lieux où la plupart des employés sont des hommes, en coordination avec les employeurs.
- Développement de l'approche de dépistage multimaladie (VIH, autres

IST, TB, Diabète, hypertension, examen de la vue, covid-19, autres) pour atteindre les hommes qui n'ont jamais fait le test, dans un cadre de réduction de la stigmatisation.

- **Dépistage dans les lieux de travail :**

Le dépistage du VIH dans les entreprises passe par l'établissement d'un partenariat public- privé. Il s'agit d'offrir le dépistage du VIH et des IST intégrés aux services de santé dans les entreprises ou associations qui accueillent des personnes vulnérables au VIH, notamment des hommes, tels que les marins, les pêcheurs, les routiers, les travailleurs saisonniers, les ouvriers des chantiers, etc. Il faut assurer la confidentialité et la connexion avec les services de prévention et de PEC.

- **Auto-dépistage VIH**

L'autotest VIH est une approche fortement recommandée par l'OMS pour aider à augmenter la couverture du dépistage chez les personnes mal desservies, les personnes à risque qui n'ont jamais fait le test et les diagnostics précoces. Dans plusieurs pays, l'autotest a entraîné une augmentation de la fréquence des tests chez les hommes hétérosexuels, les HSH, les hommes bisexuels à haut risque d'infection et les jeunes par rapport aux approches de dépistage standard, ainsi que pour le re-testing, et ceci, sans réduire la fréquence des tests en établissement. Aussi, l'autotest devrait être rendu plus largement disponible pour aider à augmenter les tests et les diagnostics précoces.

Comme pour tous les autres tests rapides de dépistage, l'autotest VIH ne fournit pas un diagnostic définitif de séropositivité. Les personnes avec un résultat de test réactif doivent faire l'objet d'un test supplémentaire auprès d'un prestataire qualifié, utilisant l'algorithme de dépistage national (test rapide de dépistage et charge virale pour la confirmation)

Au Maroc, le projet pilote d'autotests pour les PS les HSH et les partenaires des PVVIH a montré l'acceptabilité, la pertinence et la faisabilité chez ce groupe de population. Cette expérience sera mise à l'échelle. Pour cela, il s'agit de :

- Développer /renforcer les stratégies de distribution : par les pairs éducateurs, par le web, dans les centres de santé après une étude de faisabilité chez les autres groupes à risque, dans les lieux de travail et autres.
- Assurer la distribution secondaire des kits d'autotest du VIH : par les femmes enceintes en soins prénatals à leurs conjoints/partenaires masculins, par les porteurs d'IST à leurs partenaires, et par les PVVIH à leurs partenaires.

- Établir des partenariats public-privés avec les pharmacies pour les amener à commercialiser les kits d'autotests à un prix raisonnable
- Réviser / développer les outils appropriés pour les personnes qui vont réaliser l'autotest : instructions illustrées, vidéos présentielles ou virtuelles de démonstrations d'utilisation de l'autotest.
- Former les pairs (populations clés, jeunes, etc.), les prestataires des centres de santé, les prestataires en CPN et les prestataires chargés de la notification assistée, pour faire les démonstrations et distribuer les kits.
- Adapter le modèle de prestation de l'autotest avec l'engagement des communautés et des OSC pour atteindre les groupes cibles
- Développer/renforcer les stratégies pour la connexion avec les services de prévention ou de PEC.
- Intégrer l'autotest dans les stratégies de soins auto-administrés (Self care). Initiative abordée par l'OPALS en collaboration avec la Direction de la population.
- Organiser des recherches/études pour aborder l'équité et mesurer les obstacles potentiels y compris la distribution, le coût, le type préféré d'autotest (oral ou sanguin), les stratégies de vérification de l'utilisation et des résultats, et la qualité.
- Assurer l'information concise pré-test, le consentement, la confidentialité et la connexion.

● Re-testing

L'OMS recommande de réaliser un nouveau dépistage (re-testing) tous les 3-6 mois sur la base des facteurs de risque individuels tels que les personnes sous PrEP et les PC qui présentent une IST ; ainsi que le re-testing annuel pour les personnes qui présentent des risques continus liés au VIH (PC, partenaires de PVVIH, personnes sous traitement d'IST ou hépatite, patients TB, patients avec des symptômes, personnes avec une exposition récente (5) (6).

Au Maroc, le re-testing plus fréquent, soit tous les 3-6 mois sera proposé dans le contexte des programmes de prévention pour les populations clés exposées au risque en fonction de facteurs de risque individuels et dans le cadre d'interventions plus larges de prévention du VIH, telles que les personnes sous PrEP qui nécessitent un test de dépistage trimestriel du VIH, ou les populations clés qui se présentent aux services avec une IST.

Le *re-testing* annuel sera proposée aux populations clés, les personnes ayant un partenaire diagnostiqué séropositif qui n'est pas en suppression virale, les patients atteints d'IST ou hépatite virale, les patients TB, les détenus, les patients avec des symptômes de VIH et les personnes récemment exposées à un risque dont le premier test a été négatif.

Des objectifs seront fixés dans le cadre du re-testing avec un indicateur à mesurer par les ONG œuvrant auprès des populations clés avec son intégration dans la base de données CIU sur DHIS2.

Pour les femmes enceintes, compte tenu que le Maroc est un pays à faible prévalence du VIH, le re-testing sera proposé uniquement aux femmes enceintes issues des populations clés.

Intégration de l'offre de dépistage du VIH avec d'autres infections

La probabilité de transmission du VIH est plus élevée lorsque la personne présente d'autres infections tels que les hépatites ou la syphilis. Pour cela, il est important de cibler le dépistage du VIH associé au dépistage d'autres IST, dont l'utilisation du dual-test VIH-Syphilis pour les femmes enceintes, ainsi que pour les populations clés (PS, HSH, PID).

Il est aussi primordial d'intégrer le dépistage du VIH dans le cadre d'autres programmes de santé, notamment au cours du dépistage du cancer du col, les unités des femmes victimes de violence, les unités de santé des travailleurs, les services de prise en charge des accidents d'exposition aux sang...etc.

Services de VIH pour les partenaires et enfants des PVVIH (dépistage index)

Les services aux partenaires devraient inclure la notification des partenaires, la recherche des contacts et le dépistage index basés sur la famille, dont les enfants. Il s'agit de développer un protocole sur la mise en place des services aux partenaires y compris proposer la notification assistée par un prestataire doit être proposée aux personnes vivant avec le VIH dans le cadre d'un ensemble complet de tests et de soins. Un protocole de recherche action sur la divulgation du statut aux partenaires et le dépistage index sera élaboré et mis en œuvre.

Des approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux seront proposées comme approche de dépistage du VIH pour les populations clés dans le cadre d'un ensemble complet de prévention, dépistage et de traitement. Il s'agit de la mise en place du projet pilote de création de la demande (décrit plus haut) et du dépistage.

Dépistage précoce

Le diagnostic tardif /stade avancé de l'infection au VIH reste un problème au Maroc (48% en 2020) et pour tous les groupes de population. Le dépistage du VIH avant que l'infection ne se transforme en sida (dépistage précoce, soit CD4 égal ou plus de 500 cell/mm³) est vivement recommandé par

l'OMS (39) et l'ONUSIDA. Selon des études récentes, l'initiation précoce du traitement et des taux de CD4 élevés sont associés à des réservoirs de VIH plus petits. Il est crucial que les personnes qui vivent avec le VIH, sans le savoir, bénéficient d'un dépistage et se voient administrer sans délai un TAR afin de réduire ces réservoirs (40). Un diagnostic rapide allonge l'espérance de vie et diminue les risques de transmission.

Pour le diagnostic plus rapide du VIH, les recommandations principales sont :

- Assurer l'approvisionnement des tests pour éviter la rupture de stock.
- Rendre les tests plus accessibles à toutes les populations clés et prioritaires, dans un cadre de proximité.
- Rendre l'autotest plus largement disponible pour aider à augmenter les tests et les diagnostics précoces en s'assurant qu'il l'est à un prix abordable au niveau des officines.
- Abandonner le test Western Blot pour limiter les temps d'attente, ce qui a été déjà prévu dès 2021.
- Assurer l'accessibilité au test de confirmation selon le nouvel algorithme en vigueur).
- Adopter une approche centrée sur la personne⁵, soit fournir des soins organisés autour des besoins de santé, des préférences et des attentes des personnes et des communautés, en préservant la dignité et le respect individuels, en particulier pour les populations vulnérables, et inciter et aider les personnes et les familles à jouer un rôle actif dans leurs propres soins par une prise de décision éclairée. Cette approche passe par l'amélioration de la relation entre les patients et les fournisseurs des services (6).
- Renforcer l'approche tester-traiter. Si le test est positif, rendre disponible le traitement le plus rapidement possible (Confirmation selon le nouvel algorithme).
- Si le test est négatif, référer la personne aux services de prévention (Conseil, PrEP, préservatif).

Les activités de communication permettront de sensibiliser et mobiliser les populations cibles pour se faire dépister avant de présenter des symptômes. (Voir Plan de communication).

Dépistage d'infections au VIH récentes (Recency testing)

L'approche d'identification d'infections au VIH récentes définies comme celles acquises au cours de la dernière année environ, est fortement recommandée par l'ONUSIDA (41) et est une des approches de la stratégie de dépistage qui permettra de déterminer les infections récentes parmi les

⁵ Principes de l'approche centrée sur la personne : 1. Respect de l'individu ; 2. Connaître le patient en tant que personne et reconnaître ses qualités uniques ; 3. Traiter les personnes avec dignité ; 4. Comprendre leurs expériences et leurs objectifs ; 5. Maintien de la confidentialité ; 6. Donner des responsabilités ; 7. Coordonner les soins.

personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées.

Le diagnostic des nouvelles infections (ou incidence) est très important pour plusieurs raisons:

- Permet de donner une image plus précise de qui est le plus à risque d'infection VIH.
- Aide à cibler les ressources sur les personnes les plus vulnérables
- Permet la mise en place d'un système de surveillance pour détecter, surveiller, caractériser et intervenir rapidement sur les infections récentes chez les personnes nouvellement diagnostiquées au VIH
- Contribue au suivi et à l'évaluation des initiatives de prévention du VIH et du dépistage du VIH
- Peut aider à prédire comment le nombre total de personnes avec le VIH (prévalence) pourrait changer
- Les informations récentes pourraient être particulièrement utiles dans le contexte d'atteindre les deux premiers 95 de la stratégie 95-95-95 en ce qui concerne la priorisation des efforts de dépistage du VIH et le lien avec les activités de soins

Il s'agira de mener une étude pilote dans une zone géographique spécifique pour mettre en place des tests rapides de dépistage d'une infection récente par le VIH-1 (RTRI) dans les services de dépistage de routine du VIH.

L'utilisation des nouveaux tests validés permettra de différencier les infections qui se sont produits dans les 12 derniers mois (récente) ou de 12 mois ou plus (long-terme).

Les tests d'infection récente doivent être effectués en tant que test supplémentaire pour les personnes diagnostiquées séropositives au VIH-1 par le biais de l'algorithme national de dépistage récent du VIH (Recent Infection Testing Algorithm ou RITA).

Les résultats des tests d'infection récente doivent être utilisés à des fins de surveillance et n'ont pas d'implication clinique. En attendant leur acquisition, on devrait utiliser les kits déjà disponibles au niveau de l'INH pour la datation de l'infection.

Pour la divulgation des résultats (infection récente ou long-terme) il faut prendre en compte :

- Si les avantages l'emportent sur les risques.
- Des consultations sur l'expérience et résultats de RTRI, auprès des populations affectées et des parties prenantes.
- Les considérations juridiques, sociales et éthiques au niveau du pays.

Formation des acteurs

Les prestataires des services de santé et les pairs éducateurs jouent un grand rôle en matière de dépistage et doivent avoir les connaissances actualisées sur les différentes prestations des services VIH et les approches. Les thématiques prioritaires à considérer sont notamment la formation sur les nouvelles approches des services différenciés de dépistage, la promotion du DAD, la sensibilisation sur le besoin du dépistage auprès des populations clés et mal couvertes dont les hommes. Les formations doivent être courtes et simplifiées, et doivent utiliser les différents modes mis en place jusqu'à présent, notamment e-learning, hybride à côté du mode en présentiel.

c) Mesures spécifiques et approches de dépistage du VIH par cible

Populations clés

Concernant les populations clés, des modèles de mise en œuvre du dépistage sont à développer par cible pour répondre aux questions : quand, où, qui, quoi (Annexe 2).

Il s'agit d'offrir des services de dépistage du VIH intégrés à d'autres services (SSR, CPN, IST, TB, autres) ; des services à base communautaire et l'autotest. Aussi, est fortement recommandé, le dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux des PS et HSH, et les campagnes multimaladies.

PS, HSH, Transgenres

Le dépistage du VIH et des IST dans les lieux de fréquentation des PS, HSH et transgenre est un outil fondamental pour ces groupes de population. Le dépistage précoce, soit avant l'apparition des symptômes, suivi d'une prise en charge rapide (tester-traiter) permettra également une protection de la population générale.

Les approches de dépistage qui sont privilégiées /maintenues sont le dépistage communautaire (fixe et mobile), le dépistage non-médicalisé par les pairs et l'autotest. Ce dernier a eu une bonne acceptation par les PC lors du projet pilote. Le re-testing est préconisé tous les 3-6 mois.

Le dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux sera également piloté parmi ces populations clés.

PID

Il s'agit d'intensifier l'offre de test pour les PID pour assurer l'accès au dépistage et au traitement (tester-traiter). Ceci passe par l'extension du

dépistage intégré (VIH, IST, hépatite) dans tous les centres d'addictologie et de prise en charge des PID, en plus du dépistage réalisé par les ONG (fixe et mobile) et le dépistage non médicalisé réalisé par les intervenants de terrain.

Le dépistage ciblé combiné à des interventions intégrées pour leur autonomisation, notamment avec des facteurs motivationnels, est à renforcer.

L'approche de dépistage qui s'appuie sur les réseaux sociaux est aussi à développer pour atteindre des PID qui n'ont jamais fait le test.

Migrants

Le rôle des pairs éducateurs est très important en matière de dépistage des migrants, à travers le dépistage non-médicalisé. Aussi, il s'agit de faciliter le dépistage des migrants dans tous les services de dépistage.

Pour la population difficilement joignable telle que les personnes sans documents ou récemment arrivés au pays, il faudrait intégrer le dépistage du VIH aux services offerts par d'autres organisations qui travaillent avec cette population (IOM, UNHCR, Médecins du monde, Caritas, Association pour l'intégration au Maroc, Centre Accueil Migrants etc.).

Il s'agit, également, de renforcer les initiatives de l'OIM et ses partenaires tels que les caravanes médicales multimaladies ou d'autres initiatives qui intègrent la prévention et dépistage du VIH.

Détenus

Pour les détenus, il s'agit de mettre en œuvre la nouvelle stratégie des USP, en ce qui concerne le dépistage. Le support des ONG avec le dépistage communautaire est à renforcer. Le dépistage multimaladie est fortement recommandé.

Autres populations prioritaires

Femmes enceintes /nouveaux nés /enfants

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME) est reconnue en tant que priorité nationale et des efforts sont déployés pour l'obtention de la certification de l'OMS en 2023.

Pour cela, est envisagé :

- L'élargissement de l'offre de tests VIH chez les femmes enceintes en

CPN en lien avec l'extension de l'intégration du dépistage au niveau des ESSP dans toutes les régions du Maroc.

- La sensibilisation et mobilisations des structures médicales privées autour de l'eTME pour qu'elles adoptent le dépistage systématique des femmes enceintes
- La disponibilité des tests de dépistage dans les structures privées.

Le duo test VIH/Syphilis en tant que premier test de dépistage pour les FE recommandé par l'OMS (42), a été adopté par le Maroc et sera maintenu.

Aussi, l'intégration de la composante hépatite B dans la feuille de route de l'eTME et le dépistage de l'hépatite B (HBsAg) permettra la triple élimination, une opportunité stratégique de réduire la morbidité et la mortalité liées aux trois infections. Le re-testing du VIH est à proposer uniquement chez les femmes enceintes issues des populations clés.

Le dépistage de routine pour les enfants des PVVIH est proposé (cas index), ainsi que l'utilisation des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le diagnostic du nouveau-né et des enfants nés de mères séropositives.

Dans un effort d'améliorer le dépistage parmi les hommes, on devrait explorer la possibilité de promouvoir le dépistage auprès des conjoints des femmes enceintes.

Hommes / Clients PS / atteints d'IST et TB

Les hommes au Maroc sont moins susceptibles que les femmes de se rendre dans les structures de dépistage du VIH, ce qui se traduit par des résultats plus faibles en termes de diagnostic et d'accès aux traitements ARV.

Il s'agit d'offrir des services avec des approches différenciées dans les centres de santé, au niveau communautaire, dans le secteur privé, sur le lieu de travail, et autres.

● Centres de santé publics /cabinets, cliniques privés

Dans la plupart des pays, les ESSP sont peu fréquentées par les hommes, avec des obstacles tels que la réticence ou la peur, l'absence d'informations ou d'éducation, le manque perçu de confidentialité, la distance à l'établissement, des horaires peu pratiques et la perception que les établissements fournissent des services axés sur les femmes. Les autres obstacles à l'engagement des hommes comprennent la stigmatisation (notamment des hommes âgés), et les sentiments de masculinité compromise associés à la recherche de soins de santé.

Pour réduire ces obstacles, il est nécessaire :

- D'améliorer l'accueil des centres de santé pour qu'ils deviennent plus attractifs aux hommes en général y compris les HSH et les clients des PS (intégration avec d'autres services, organisation des horaires, offre du dépistage rapide, sensibilisation et formation du personnel, etc.)
- De renforcer l'approche de dépistage systématique des hommes qui présentent des symptômes liés au VIH et/ ou des indications ou sont diagnostiqués avec la tuberculose (soit présomptif ou confirmé), l'hépatite virale ou les IST et ceux qui ont des partenaires vivant avec le VIH, devraient se voir proposer systématiquement un test de dépistage du VIH, soit, le dépistage à visé diagnostic (DAD)
- Dans tous les cas, compte tenu de la prévalence faible du VIH, pour assurer un meilleur rendement du test, l'évaluation rapide des risques VIH pourrait aider à identifier les hommes qui ont été exposés et ont besoin du dépistage (CDIP)

- **Dépistage communautaire**

Le dépistage communautaire est important pour atteindre les hommes, particulièrement les hommes des populations clés (HSH, clients PS, migrants, détenus) parce qu'ils sont moins susceptibles que les femmes de fréquenter les CS.

L'expérience de ciblage et dépistage des hommes au niveau de l'ALCS pourrait être révisée, validée e intégré au document normalisé du dépistage communautaire.

- **Services de dépistage intégré dans le lieu de travail /Campagnes multimaladies**

Les lieux de travail susceptibles de regrouper des hommes plus à risque de VIH sont à identifier, par exemple à travers des cartographies telles que proposées dans le PSN. Ensuite, il faudrait établir un cadre de collaboration avec les entreprises, notamment avec les services de santé si existants et/ou proposer des campagnes de dépistage multimaladies. Le dépistage intègrera au moins le VIH, les IST, l'hépatite virale et la tuberculose, ainsi que des bilans de routine tels que le dépistage de l'hypertension ou du diabète et/ou examens de la vue ou le dépistage de la COVID-19. Cette approche multimaladie permettra d'améliorer à la fois l'acceptabilité des tests, la réduction de la discrimination et l'efficacité du programme.

- **Autotest**

La mise à l'échelle de l'autotest aura le potentiel d'améliorer la participation des hommes au dépistage du VIH et aider à augmenter les tests et les diagnostics précoces. Les principales interventions sont notamment :

- Adaptation de la prestation du dépistage par autotest avec l'engagement des communautés et des pairs pour atteindre les hommes dans les différents contextes.
- Collaboration /coordination avec les pharmacies qui disposent de l'autotest en s'assurant qu'il y est offert à prix abordable.
- Cas index /hommes : Fournir des kits d'autotest VIH aux femmes enceintes vivant avec le VIH et HSH PVVIH pour une distribution secondaire aux partenaires masculins.

● Recherche

Les recherches devraient donner la priorité à un cadre d'organisation et d'analyse par sexe pour comprendre et aborder les réalités complexes de l'accès limité des hommes aux services VIH. Une étude des préférences sur les lieux et les approches de dépistage est à envisager.

Patients avec des symptômes

L'intégration systématique du dépistage VIH dans les programmes qui pourraient éventuellement identifier des patients avec des symptômes de VIH, est à développer/renforcer (malnutrition, problèmes oncologiques et dermatologiques, etc.).

Actuellement, les hôpitaux continuent à être l'une des principales sources de notification des PVVIH, notamment ceux au stade sida. L'extension de la stratégie de dépistage à visée diagnostique dans tous les hôpitaux, les services hospitaliers (médecine, chirurgie, urgence, maternités...), les centres de santé publiques, centres de santé pénitentiaires, et services communautaires et privés, est une priorité pour les enfants, jeunes et adultes avec des symptômes de VIH. Pour cela, le guide sur le dépistage à visée diagnostique élaboré par le PNLS devrait orienter cette extension.

Des campagnes spécifiques de dépistage VIH, notamment dans les hôpitaux, devraient être pilotées, surtout dans les villes déclarant le plus de cas positifs.

Cas index

Les partenaires des femmes enceintes VIH+ et les enfants des PVVIH (cas index), sont des cibles privilégiées pour le **dépistage précoce**, et des mesures seront prises pour les amener au dépistage.

Les approches recommandées sont le dépistage communautaire médicalisé et non médicalisé, notamment pour les populations clés (approche qui s'appuie sur les réseaux sociaux), et les services de notification assistée aux

partenaires des PVVIH suivi de la proposition du dépistage, dont l'autotest.

Il s'agit aussi de développer des approches adaptées de dépistage cas index pour toutes les PVVIH identifiées en fonction de leurs particularités. Pour cela, il faudra renforcer les capacités des professionnels de la santé, notamment des centres référents. Un protocole pour recherche action sur le dépistage index sera élaboré et mise en œuvre dans quelques sites avant son extension.

Jeunes

La revue des politiques par rapport à l'âge de l'auto-consentement pour le dépistage des adolescents mineurs en particulier ceux appartenant aux populations clés est une priorité.

Pour le dépistage du VIH il faudrait prendre en compte les préférences des jeunes. Afin d'assurer le dépistage précoce du VIH chez eux, il faudrait renforcer le dépistage communautaire et le dépistage dans les centres de santé du réseau des établissements de santé médico-sociaux (REMS), dont notamment les espaces santé jeunes (ESJ) et les centres médico-universitaires, associés aux services de prévention.

L'autotest dirigé par les pairs est une option à proposer aux jeunes, compte tenu de bons résultats dans plusieurs pays.

Pour les couples avant le mariage, le dépistage systématique du VIH lors de la consultation prénuptiale (CDIP), avant la délivrance du certificat médical, est préférable.

Effet 2. En 2025, 95% des PVVIH identifiées sont connectées avec les services de PEC et reçoivent un traitement antirétroviral.

Produit 2.1 L'accès aux services de prise en charge et traitement ARV est assuré pour toutes les populations clés et prioritaires dépistées VIH positives.

Axe 3. Connexion des personnes dépistées

La **connexion des personnes dépistées** avec les services de prévention, de soins, de traitement et de soutien est un objectif principal du dépistage du VIH. Il faut développer une **stratégie pour la connexion** qui comprend le conseil post-test, la référence et l'offre de traitement rapide. Les messages doivent être concis, pour répondre aux besoins des PVVIH et se concentrer sur le lien avec les soins ; on doit **assurer le soutien de la paire navigation** et **créer des plates-formes numériques**, tels que le support de connexion **via les médias sociaux et les vidéos** (5). Optimiser les services de prévention pour les personnes testées négatives.

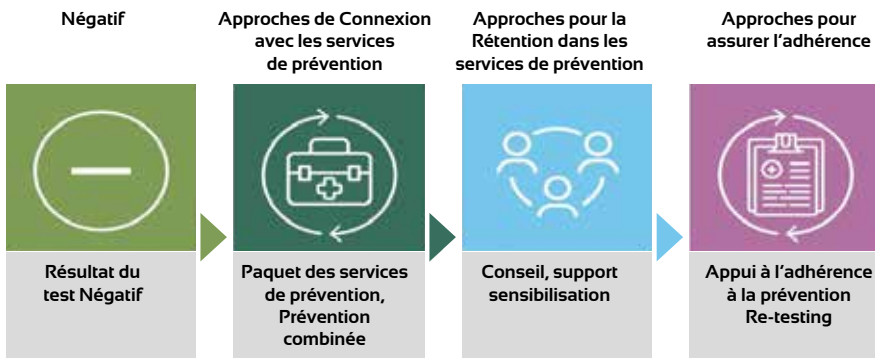
L'objectif de cet axe est de garantir aux PVVIH l'accès universel aux services de prévention et de prise en charge le plus précocement possible.

Après un diagnostic de VIH, un ensemble d'interventions de soutien sera offert pour assurer la connexion avec les services de prévention pour les personnes avec un résultat négatif et la connexion avec les soins et traitement pour toutes les PVVIH identifiées.

a) Mesures et approches générales de connexion pour les cas VIH négatif

Continuum de la prévention du VIH- Re-testing

Pour les personnes testées négatives, des messages appropriés seront développés notamment pour les populations clés, y compris les personnes qui utilisent la PrEP, les clients et les partenaires des populations clés. Il faudrait développer des approches pour assurer la connexion avec les services de prévention ainsi que leur adhérence à ces services. Face au maintien du risque de VIH, il faudrait offrir le dépistage tous les 3-6-12 mois (re-testing).



Source : OMS, 2021

b) Mesures générales et approches de connexion pour les cas VIH positif

D'une manière générale, les approches de connexion doivent tenir compte des services multiples :

- La connexion avec des services d'accompagnement tout suite après le dépistage (assistante sociale, médiateur(trice), éducateurs pairs, pairs navigateurs, etc.)
- La connexion avec des services de confirmation du VIH et de PEC
- La connexion avec des services d'Accompagnement Psychologique et Social
- La connexion avec d'autres services complémentaires (SSR, CPN, PF, TB, etc.)
- L'évaluation de la connexion des services

Structures de référence

Au Maroc, il existe 26 centres référents de prise en charge des PVVIH à fin 2021. Cependant, la connexion des PVVIH dépistées positives avec ces services, notamment des populations clés, rencontre plusieurs obstacles, malgré l'offre du service d'accompagnement par les ONG. La plupart des PVVIH perdues de vue correspond aux personnes qui ne se présentent pas dans des centres référents pour la confirmation et/ou pour initier la prise en charge (peur, discrimination, délais de la confirmation, longue attente pour un RDV, etc.)

Les approches à renforcer pour améliorer la connexion sont notamment :

- La disponibilité des services dans la même structure, dans la mesure du possible (dépistage, confirmation, comptage CD4, TAR, appui psychosocial, éducation thérapeutique) et la connexion avec des services complémentaires.
- La mise en place du nouvel algorithme pour le diagnostic et la confirmation avec moins de délais pour obtenir les résultats.
- La mise en œuvre des modèles d'accompagnement et de suivi coordonnés entre les différents acteurs impliqués dans la connexion.
- La notification assistée des partenaires des PVVIH par le prestataire ou référence assistée.
- Le renforcement de l'approche tester-traiter recommandé par l'OMS, adopté par le Maroc. Il s'agit d'enlever les obstacles identifiés afin de proposer la confirmation du VIH et le TAR le même jour, si possible.

Documents de référence pour l'accompagnement et la rétention des PVVIH identifiées

Le PNLS dispose d'un mécanisme de référence et contre-référence, d'un

protocole de rétention des PVVIH identifiées et de recherche des perdus de vue depuis le dépistage ainsi que des lignes directrices pour la mise en place d'un système d'accompagnement des PVVIH nouvellement diagnostiquées. Il s'agit de mettre à jour ces référentiels avec des approches et des interventions appropriées par cible, et centrées sur les personnes les simplifier et surtout d'accélérer leurs mises en place. Les principales approches sont intégrées dans ce document.

Messages post-test

Le plan intégré de communication devra inclure des approches pour assurer la connexion des PVVIH nouvellement diagnostiquées avec les services de soins selon le modèle Tester-traiter. Le développement d'une stratégie pour l'utilisation des NTIC appropriées permettra d'assurer la connexion avec les services de toutes les PVVIH diagnostiquées. (Voir plan intégré de communication).

Ensemble des services post-test

- Il s'agit d'organiser les services multiples pour réduire le temps entre le diagnostic et l'engagement dans les soins, y compris :
 - Un lien renforcé avec la gestion de cas : Assurer la connexion des PVVIH avec les CR à travers le renforcement du système de référence et contre-référence, la redynamisation des initiatives créées par les ONG, dont un système avec retour d'information et suivi communautaire des cas
 - Soutien à la divulgation du VIH aux partenaires
 - Formation du personnel pour fournir des services multiples
 - Rendre disponibles les services de connexion multiples (TAR, appui psychosocial, etc.), avec une approche centrée sur la personne
- Approches de soutien /accompagnement par les agents sociaux, médiateurs(trices) les pairs, les conseillers, les pairs navigateurs
- Approches pour contribuer à la réduction des facteurs liés au refus / abandon du système tels que les barrières personnelles (la peur, l'auto-stigmatisation), structurelles (la pauvreté, stigma et discrimination dans tous les contextes) ou institutionnelles (faible qualité de l'accueil, stigma et discrimination par les professionnels de la santé, horaires inadaptés, centres référents surchargés, etc.) (Voir liste en Annexe 3)
- Approches pour la recherche des perdus de vue entre le dépistage et la confirmation et entre la confirmation et la prise en charge.
- Approches d'amélioration de la qualité utilisant des données disponibles.
- Créer des modèles de connexion par cible selon le format « quand, où, qui, quoi » (Annexe 2).

Formation des acteurs

Il faudrait renforcer la formation des prestataires sur les approches de communication et messages post-test, les approches de connexion, services multiples, approches centrées sur la personne ainsi que sur la « notification par le prestataire » pour informer les partenaires sexuels des PVVIH et d'injection de drogues ; et des approches pour assurer la sécurité physique des patients s'il existe un risque potentiel de violence. Ces formations devront être courtes et simplifiées utilisant les différents modes (e-learning, hybride ou présentiel).

c) Mesures et approches de connexion pour les cas positif VIH par cible

La révision du protocole de rétention et de recherche des perdus de vue est à envisager pour décrire des approches par cible.

Populations clés

PS, HSH, PID, Migrants et détenus

L'utilisation des plateformes numériques, vidéos et soutien par les éducateurs pairs est à renforcer pour encourager les PVVIH dépistées séropositives à intégrer le système de soins ainsi que les applications de prise de rendez-vous en ligne.

Les approches d'accompagnement des PVVIH issues des populations clés, développées par les ONG, sont très importantes et devront être maintenues et renforcées avec l'approche de navigation pour la connexion ainsi que la redynamisation du système de retour d'information et suivi des cas. Les capacités des pairs éducateurs et pairs navigateurs en matière de connexion sont à renforcer.

Concernant les accompagnateurs des PVVIH, essayer autant que possible qu'ils aient des caractéristiques communes ou des expériences similaires avec les populations qu'ils desservent : par exemple le jumelage par rapport à l'âge, la race, le sexe, l'orientation sexuelle, le langage, la citoyenneté, ou la culture.

Pour les migrants séropositifs, les moins desservis par les centres référents, il faudrait assurer la sensibilisation des prestataires, la formation des pairs navigateurs et des approches centrées sur la personne.

La divulgation du statut au sein des centres de prise en charge fait partie des interventions de connexion. En ce qui concerne les PC, les approches qui s'appuient sur les réseaux sociaux sont à développer.

Les approches innovantes pour soutenir la connexion vers les CR, tels que l'utilisation de plateformes numériques, vidéos et soutien par les pairs, sont à considérer pour les PC.

Pour les détenus, pas toutes les approches sont adaptées. Ce qui est recommandé est l'intégration des services dans les CSP dont la promotion, le dépistage et la PEC. Au Maroc, il s'agit de l'application de la nouvelle stratégie en matière de connexion et PEC.

Autres populations prioritaires

Jeunes

Il s'agit de mettre en place des approches de communication adaptée à l'âge pour le conseil sur le traitement précoce et sur les bénéfices et risques potentiels de la divulgation de leurs statuts VIH.

Hommes

Certains hommes peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour établir un lien avec les services de soins ou de prévention. Des pairs formés issus de populations clés, des pairs navigateurs ou des pairs sur le lieu de travail peuvent promouvoir le dépistage et soutenir la connexion.

d) Mesures et approches de connexion selon le type de dépistage

Le Modèle de soins partagé est à appliquer afin de développer une étroite collaboration entre le médecin généraliste qui a identifié le PVVIH et les spécialistes du VIH des centres référents ainsi que d'autres fournisseurs de soins de santé. Ceci, passe par une bonne communication entre les acteurs. Il s'agira de développer un dispositif de soins partagés (DSP), soit une intervention type consultation- liaison qu'implique le renforcement du système de référence et de contre-référence, la mise en place des modalités d'une relation à visée formative entre le spécialiste et le médecin généraliste ainsi que la définition des modalités de communication.

Les acteurs de proximité qui pratiquent le dépistage non-médicalisé doivent développer toutes les approches de connexion possibles, avec une approche centrée sur la personne, pour réduire le nombre de perdus de vue.

En ce qui concerne le dépistage par autotest, lorsque le test est positif il faut la confirmation comme pour tous les autres cas. Pour cela, il faut identifier les responsables du suivi et développer des outils appropriés qui amènent les patients à se rendre le plus rapidement possible, dans un centre référent

pour la confirmation et prise en charge (Ex. les responsables de la distribution des kits d'autotest ou qui réalisent un suivi auprès des utilisateurs des kits).

L'annexe 4 montre le résumé des approches de création de la demande, des services de dépistage et de connexion de la Stratégie de Dépistage 2021-2026.

e) Algorithme de dépistage du VIH

Au Maroc, en 2021, une évaluation d'un nouvel algorithme pour diagnostic et PEC des PVVIH a été adoptée suite à l'évaluation de cette stratégie par l'INH en reposant le dépistage initial par un test rapide et la confirmation par la charge virale, en supprimant le recours au WB⁶. Actuellement, le pays dispose des machines GeneXpert qui vont assurer la mesure de la CV.

Dépistage de toutes les populations à partir de 18 mois d'âge

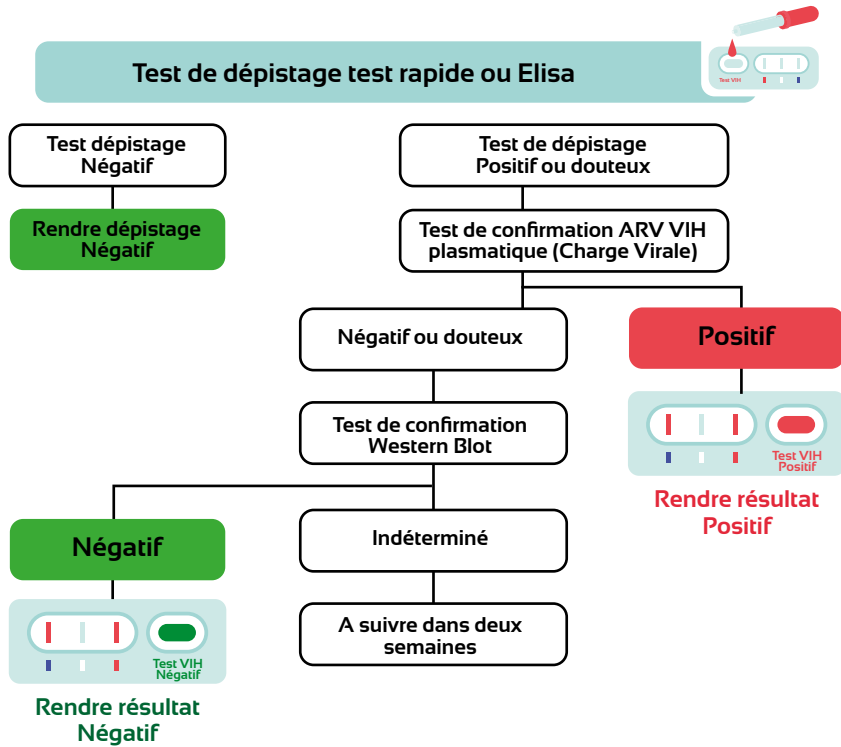
Test de dépistage

- Le test de dépistage utilisé au Maroc peut être :
 - un test rapide à principe immuno-chromatographique et possédant une sensibilité minimale de 99,98% ou
 - un test immuno-enzymatique de 4^{ème} génération (détectant aussi bien les anticorps anti-VIH que l'antigène P24) de sensibilité supérieure à 99,99%.

Test de confirmation

- Les échantillons positifs ou douteux par le test rapide ou le test ELISA sont confirmés par une Charge virale (ARV VIH plasmatique)
- En cas d'une charge virale négative ou douteuse (situations de discordances ou VIH-2), on procède à une confirmation par Western Blot (WB). En cas de résultat indéterminé en WB, un nouveau prélèvement de sang sera effectué deux semaines après le premier. Par ailleurs, le diagnostic peut être rapidement posé grâce au test PCR. Afin d'éliminer tout risque d'erreur d'inversion d'échantillons, il convient de confirmer sur un second échantillon de sang les nouveaux cas VIH positifs, qui ont été confirmés sur la base d'un seul prélèvement.
- La confirmation par la charge virale est disponible au niveau des laboratoires médicaux des hôpitaux abritant des centres référents de prise en charge de l'infection au VIH.
- Les tests de confirmation par Western Blot pour les situations de discordances ou VIH-2 sont réalisés au niveau du Laboratoire National de Référence du VIH à l'Institut National d'Hygiène.

Stratégie du sérodiagnostic de l'infection par le VIH au Maroc – Algorithme national (2021)



Un protocole pour les cas VIH positif identifiés dans des sites éloignés des centres référents est à développer, pour assurer la confirmation et la PEC.

Cas des enfants ayant moins de 18 mois

Quand le test de dépistage (test ELISA ou test rapide) est négatif, la sérologie VIH de l'enfant est considérée négative quel que soit son âge de l'enfant. Néanmoins, quand ces tests sérologiques sont positifs pour l'enfant de moins de 18 mois, né de mère séropositive, la confirmation diagnostique est établie sur la base d'une recherche directe du virus VIH par PCR ADN ou ARN, du fait de la persistance des anticorps anti-VIH d'origine maternelle (jusqu'à l'âge de 18 mois). Les sensibilités des deux marqueurs ADN VIH cellulaire et ARN VIH plasmatique sont équivalentes.

Chez l'enfant âgé de moins de 18 mois, né de mère VIH positive et qui ne sont pas sous prophylaxie, une recherche directe du VIH par PCR VIH est faite la première semaine sur sang périphérique. Si elle est négative, une 2^{ème} PCR sera réalisée à 4-6 semaines, après.

Pour les enfants PTME, la PCR doit être faite un mois après l'arrêt de la prophylaxie. Si elle est négative, elle doit être refaite après un mois. Toute PCR positive doit être contrôlée sur un deuxième prélèvement pour confirmer la contamination quelque soit l'âge.

La sérologie VIH à l'âge de 18 mois pour les enfants négatifs est facultative.

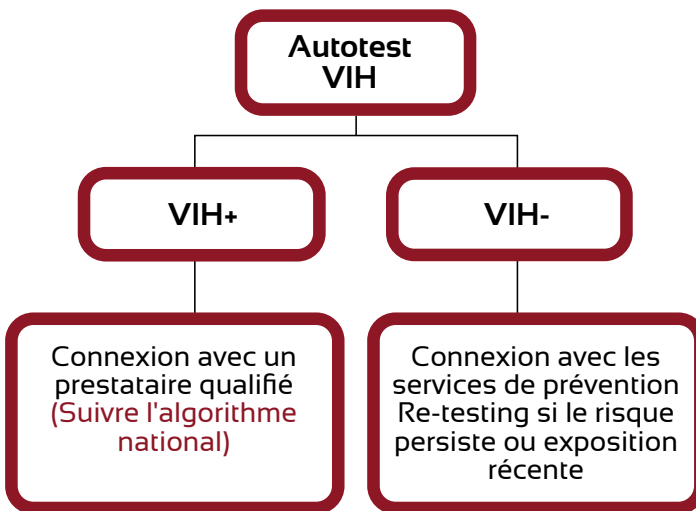
Femmes enceintes

Maintenir l'utilisation des tests rapides Dual test VIH/Syphilis pour le dépistage des femmes enceintes.

Autotest

Recommandé par l'OMS pour plusieurs populations, il s'agit de tests rapides oral ou sanguin. Le test salivaire est utilisé au Maroc.

Algorithme Autotest (OMS, 2021)



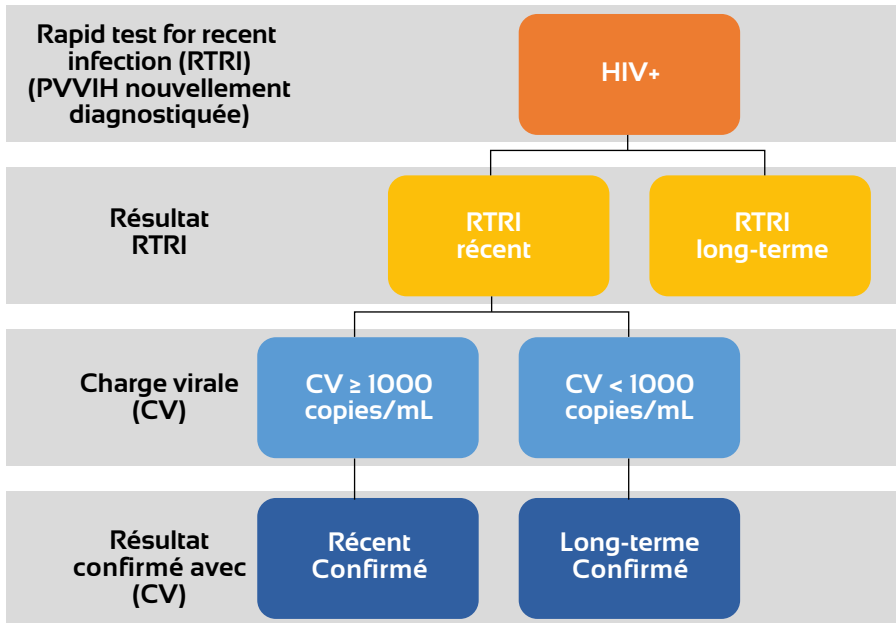
Diagnostic d'infection aiguë ou stade précoce :

Tests de quatrième génération prévu pour le dépistage afin de détecter le VIH-1 et VIH-2, environ 1 mois après qu'une personne l'a contracté. Ce test sera utilisé aussi pour le dépistage des personnes à risque.

Recency testing

Recommandé par l'ONUSIDA et l'OMS : Nouveau test rapide de diagnostic récent -RTRI- ou « recency testing du VIH 1 » qui permet le diagnostic d'infection récente (moins de 12 mois) ou long-terme (plus de 12 mois) couplé au test de la charge virale. Un projet pilote est prévu dans le cadre de la nouvelle stratégie.

Algorithme de test d'infection récente (RITA)



Source: Onusida (<https://indicatorregistry.unaids.org/indicator/htsrecent-number-newly-diagnosed-hiv-positive-persons-who-received-testing-recent>)

Effet 3. Promotion et protection des droits humains liés au VIH/sida et genre.

Produit 3.1 (Voir Stratégie de dépistage)

Axe 4. Accès aux services sans stigma ni discrimination

Un environnement favorable élimine les obstacles tels que la stigmatisation, les questions de discrimination, de criminalisation, et d'âge du consentement, pour accroître l'accès aux services de dépistage du VIH et à leur utilisation, en particulier chez les personnes à haut risque et les populations clés (6).

L'objectif de cet axe est d'assurer la non-discrimination face au statut sérologique, ou l'appartenance à une populations clé ou VIH positive.

Le respect des droits humains, comprend le respect de la dignité humaine et la création de conditions propres à assurer à toutes les PVVIH ou PC des services et des produits de qualité.

L'application des approches tiendra compte des principes de l'éthique médicale, notamment :

- Le respect de l'autonomie du patient, la capacité de penser, de décider et d'agir librement
- L'empathie en tenant compte de la douleur et de la souffrance physique et mentale du patient
- La non-malveillance, soit éviter de causer un préjudice
- L'équité /justice dans l'accès aux soins
- La confidentialité ou l'information médicale limitée aux personnes concernées
- L'information ou explications claires et précises sur les soins, le traitement et les risques
- Le consentement éclairé

La mise en œuvre de l'axe 4 de la Stratégie de dépistage suivra, notamment, les orientations, les résultats et les interventions en matière de respect des droits humains développées dans la Stratégie Nationale sur les Droits Humains et le VIH/Sida et dans le Plan Stratégique National de lutte contre le sida extension 2023, ainsi que le Référentiel Éthique et Déontologique du PNAPS.

Objectifs et résultats d'effet de la stratégie nationale sur les droits humains et le VIH/sida

Objectif général : Promouvoir et protéger les droits humains liés au VIH/sida, et au genre afin de converger vers la vision zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès liés au sida au Maroc.

Résultat d'effet

1

La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et les populations clés sont réduites en milieu de santé

Résultat d'effet

2

Les droits des Personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont protégés en milieu institutionnel

Résultat d'effet

3

Les obstacles à l'accès des populations vulnérables aux services de santé et la violence fondée sur le genre sont réduits

Résultat d'effet

4

Renforcer la gouvernance de la stratégie en milieu institutionnel

Effet 4. La gouvernance du programme de dépistage est améliorée pour une performance optimale et des résultats à fort impact.

Produit 4.1 Cadre organisationnel du programme de dépistage fonctionnel.

Axe 5. Gouvernance, coordination et système d'information

L'objectif de cet axe est d'assurer la coordination et le suivi de la mise en place de la stratégie nationale de dépistage du VIH.

Coordination

Il s'agit de mettre en place un comité de coordination nationale multidisciplinaire et multisectorielle de la prévention et du dépistage avec des termes de référence et des rôles bien définis. Cette instance devrait être composée par des institutions, structures ou comités impliqués dans le dépistage du VIH et assurer la coordination de la mise en œuvre de la stratégie de dépistage par la mise en place de réunions périodiques.

La mise en place des points focaux par région ainsi que la redynamisation des CRILS chargés de la mobilisation des différents acteurs locaux pour la préparation et la mise en œuvre de plans d'actions régionaux, est à prévoir.

La mobilisation des Conseils régionaux et des Mairies des grandes villes où la dynamique du VIH/sida est importante, pourra contribuer à la riposte locale dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche «Villes sans sida»

Pour l'atteinte des objectifs de la Stratégie nationale de dépistage, l'instance de coordination devrait assurer le cadre de référence, les ressources et le bon fonctionnement des structures liés au dépistage y compris :

- Politiques de dépistage
- Planification
- Procédures opérationnelles standard ou normalisées (SOP)
- Plan intégré de communication
- Ressources financières
- Ressources humaines
- Partenariat
- Approvisionnement
- Système d'information
- Assurance qualité
- Gestion de risques

Politique de dépistage

Le plaidoyer pour la revue des lois et politiques est essentielle pour les services de dépistage.

Plusieurs études montrent que le respect des politiques associé à une incitation à une meilleure performance des prestataires, aboutit à

une augmentation de la sensibilisation des populations cibles et une augmentation de la notification des partenaires des PVVIH, et vont, ensemble, contribuer à une augmentation du taux de dépistage, de connexion, et de rétention.

Au Maroc, plusieurs politiques ont été adoptées en lien avec le dépistage. Il est nécessaire de réviser et actualiser ces politiques notamment :

- L'âge du consentement du dépistage
- Le dépistage du VIH dans le cadre du bilan pré-nuptial
- L'engagement et la responsabilisation des communautés
- La formation des ressources humaines pour la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et la violence

Planification

La mise en œuvre de la stratégie de dépistage passe par l'élaboration de cartographies des intervenants ainsi que l'élaboration d'un plan opérationnel pluriannuel 2021-2026. Les activités seront planifiées annuellement par le comité de pilotage de la stratégie présidé par le Directeur de la DELM, incluant les départements institutionnels, les partenaires de la société civile des représentants des groupes cibles, secteur privé et communautaire.

Procédures opérationnelles standard ou normalisées (SOP)

Le PNLs dispose de plusieurs documents de référence concernant les procédures opérationnelles normalisées.

Dans le cadre de cette stratégie, il s'agit de :

- Élaborer un guide /lignes directrices d'orientation pour la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de dépistage 2021-2026 par les acteurs de tous les secteurs : public, société civile et privé.
- Réviser les documents normalisés existants pour adaptation
- Développer des nouvelles procédures opérationnelles standard (POS) avec des échéanciers et des méthodes claires dans le cadre de la nouvelle stratégie de dépistage en ce qui concerne la création de la demande et mobilisation, les services et approches de dépistage et la connexion des PVVIH pour la confirmation et prise en charge.
- Les documents de référence devront être respectés par tous les acteurs.

Plan intégré de communication

L'élaboration d'un plan intégré de communication autour du VIH et notamment sur la création de la demande, les services de dépistage et la connexion, permettra à tous les partenaires de mieux identifier des

approches spécifiques pour mobiliser les populations cibles ainsi que créer le lien avec les services de PEC.

Le plan de communication devrait intégrer un mécanisme multisectoriel de planification et de préparation des messages spécifiques par cible avec la participation des populations clés et prioritaires concernées.

Les mesures principales dans le domaine de la prévention ciblent le développement et la mise en place de campagnes permanentes ou ponctuelles d'information, d'éducation et de sensibilisation adressées au grand public ou aux groupes spécifiques. Les populations évoluent continuellement.

La description des approches de communication et des plateformes est représentée en Annexe 5.

Ressources financières

La mobilisation des ressources au niveau national et international permettra d'assurer un financement durable de la riposte nationale, notamment, pour la mise en œuvre de la stratégie de dépistage. Le PSN d'extension 2023 décrit également une stratégie de mobilisation des ressources qui tient compte de la participation de l'État et de tous les acteurs régionaux ainsi que du secteur privé (partenariat public-privé). La mise en œuvre du plan de préparation à la transition permettra d'assurer un financement durable national et réduire la dépendance des financements externes.

Ressources humaines

Le manque des ressources humaines a été signalé dans les secteurs clés liés au dépistage, à la connexion (ex. l'appui psychosocial), et au système d'information sans oublier bien sûr au niveau de la PEC. Il faudrait élaborer un plan de renforcement des capacités des ressources humaines y compris le recrutement des nouvelles personnes.

Des plans de formation /recyclage des ressources humains sur le VIH et sur les trois composantes de la nouvelle stratégie de dépistage devraient être développés avec toutes les parties prenantes dont notamment les Directions régionales de la santé, les ONG thématiques et le secteur privé. Son élaboration devra commencer par une évaluation des besoins en formation de tous les acteurs impliqués dans la planification, mise en œuvre et/ou suivi-évaluation.

Ces plans devraient faire partie des contrats de programmes de formation continue qui seront établies entre le Ministère de la santé et les directions régionales de la Santé dans le cadre du processus de décentralisation de

la gestion des ressources humaines. L'utilisation des différents modes de formation notamment e-learning et hybride sont à privilégier.

Des nouvelles lignes directrices et protocoles pour la délégation des tâches de soins et de traitement du VIH sont disponibles. Il faudrait mettre en œuvre les dernières recommandations en matière de dépistage.

Partenariat

Depuis plusieurs années, le programme VIH compte sur l'appui des partenaires techniques et financiers et des partenaires opérationnels dont notamment les ONG, la DGAPR, et autres. Le partenariat avec le secteur privé santé est en plein développement, surtout que plus de 30% des cas notifiés, par exemple en 2020, l'ont été au niveau de ce secteur.

Dans le cadre de la nouvelle stratégie de dépistage, plusieurs partenariats formels ou informels sont encouragés avec des ONG non-thématiques, les ONG intervenants dans la lutte contre la TB, et celles intervenant dans la santé de la mère et de l'enfant. Aussi, continuer avec le développement des partenariats public-privé formels avec le secteur de la santé (médecins, sage-femmes, pneumologues, pharmacies, etc.), la chambre syndicale des biologistes et des entreprises.

L'établissement des partenariats formels implique la mise en place des conventions, des formations, du respect aux SOP, suivi-évaluation, rapportage, etc.

Afin d'avoir les inputs du terrain, il est fortement encouragé de renforcer de la participation des groupes cibles à tout le processus de planification et de mise en œuvre de la stratégie.

Assurance Qualité

Avec la généralisation du dépistage à tous les ESSP et la volonté d'intégrer le CDV dans les activités de routine des tous les hôpitaux, ESSP, CDTMR, les centres médicaux-sociaux et universitaires, centres d'addictologie, maternités hospitalières et maisons d'accouchement, un référentiel d'assurance qualité (AQ) a été proposé fin 2020.

Dans le cadre du dépistage, le comité de pilotage de la stratégie sera chargé de veiller à la mise en œuvre du référentiel. Selon ce référentiel, l'ensemble des intervenants au niveau national, régional, provincial et local, est tributaire du partage de la vision du CDV en tant que prestation intégrée inscrite dans une logique d'assurance qualité. Chaque niveau aura un rôle et responsabilités de planification, coordination, supervision et suivi-évaluation (44) pour chaque composante de la stratégie de dépistage : prévention, création de la demande, services de dépistage et connexion.

Compte tenu de la diversification des approches, il faut élaborer des outils et protocoles d'assurance qualité.

Gestion des approvisionnements et des stocks

Depuis 2018, des épisodes de rupture de stocks provisoires des tests de dépistage ont été récurrents. Il s'agira d'établir des mécanismes et des stratégies pour améliorer l'approvisionnement des tests tels que :

- Utilisation de la procédure accélérée du ministère de la Santé
- Amendement de certains textes législatifs relatifs aux procédures d'achat dans le cadre des marchés publics
- Recours au secteur privé ou achats à l'international
- Envisager des circuits en dehors du MS, accessibles aux personnes (autotest) et aux professionnels de santé.

Ces actions seront programmées dans le cadre de la stratégie de dépistage et du plan de préparation à la transition du financement de la riposte au VIH.

Également, vont contribuer à une meilleure gestion des approvisionnements et des stocks :

- La mise en œuvre du Plan RSS en matière d'approvisionnement.
- La mise en place de l'application informatique du Ministère de la Santé pour la gestion des produits de santé avec l'appui de la Division de l'Informatique et des Méthodes (DIM, pour assurer une traçabilité de toute activité liée à la gestion de stock entre le central et les régions et Centres de Santé (CS).

Gestion de risques

Une analyse des risques actuels (approvisionnement défaillant, pandémie covid-19) et potentiels (stratégiques, programmatiques, gouvernance, approvisionnement, financiers, internes, coordination, partenariat, etc.) qui pourraient entraver la mise en œuvre de la stratégie ainsi que la revue du plan de gestion de risques, est à programmer. Ceci permettra une souplesse dans la planification en cas de crise pour le réorienter sur les priorités géographiques, épidémiologique et populations.

Système d'information, suivi évaluation

Pour assurer un bon suivi de la mise en œuvre du dépistage il faudrait assurer la mise en place d'une base de données qui intègre tous les indicateurs clés de la stratégie de dépistage par axe. Il faudrait, aussi, intégrer les données du secteur privé dans le système d'information à l'instar de l'initiative entreprise en 2020 avec la chambre syndicale des biologistes et établir un lien entre le dépistage et la prévention (DHIS2, SMI-PF) et référence contre

référence ou système de codage pour lier la prévention, le dépistage et la connexion pour la PEC (Nadis).

Le suivi-évaluation de la nouvelle stratégie comprend aussi le nombre des PVVIH à identifier. Pour cela, il faut veiller à ce que la modélisation de cibles soit respectée. Il s'agit de la définition des objectifs sur la base du nombre de cas à dépister ainsi que sur le nombre de tests pour assurer un meilleur rendement.

Pour l'établissement d'une surveillance des infections récentes au VIH- 1 (incidence) à l'aide d'un test rapide d'infection récente (RTRI) chez les personnes nouvellement diagnostiquées, il faudrait la mise en place d'un guide pour tous les intervenants ainsi que l'élaboration et mise en œuvre d'un projet pilote.

Les indicateurs principaux de la nouvelle stratégie sont listés plus bas (tableaux 8)

Tableau 8. Indicateurs recommandés pour la stratégie de dépistage du VIH 2021-2026

Référence	Description	Numérateur et Dénominateur	Désagrégation	Méthode pour mesurer l'indicateur
Création de la demande	PC			
(KP.1 ; GAM 3.7; FM KP-1) Couverture du programme de prévention (PC) (Nouveau)	% de personnes parmi les PC touchées par des programmes de prévention avec un paquet défini des services	N : Nombre de personnes interrogées dans une population clé qui ont reçu un ensemble d'interventions de prévention du VIH (conformément aux directives de l'OMS) dans une période défini de temps. D : Nombre de personnes dans une population clé répondant à l'enquête.	Sexe : F; M; TG Age : <25, 25+a Type de population : PC : PS, HSH, PID, Migrants, détenus Type de prestataire : public, ONG, privé	N : Données du programme D : Estimation validée de la taille de la population

Dépistage	Premier "95"			
(TL.1 ; GAM 1.1 FM O-11) Personnes qui connaissent leur statut	Nombre et % de PVVIH qui connaissent leur statut	N : Nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu leur diagnostic et sont encore en vie D : Nombre estimé de PVVIH.	Sexe : F; M; TG Age : (0-4, 5-9, 10- 14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+a Type de population : PC et Prioritaire, autres	N : Données disponibles (directe ou modélisation) D : Estimation du nombre total de PVVIH (Spectrum)
(TL.2 ; GAM 1.8 FM HTS-4) Volume de test VIH réalisé (Nouveau)	Nombre de tests VIH effectués (Volume de tests) et % de résultats séropositifs notifiés aux personnes (positivité)	N : Nombre de tests effectués au cours desquels un nouveau résultat ou diagnostic de séropositivité a été informé à une personne au cours de la période de déclaration (positivité). D : Nombre de tests effectués dont les résultats ont été renvoyés à une personne au cours de la période de référence (volume de tests).	Sexe : F; M; TG Age : (0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-29, 40-44, 45-49, 50+a Type de population : PC et Prioritaire TB statut (présomptif, Dg.) Lieu du dépistage : CS, Communautaire Privé Approche de dépistage Statut du VIH	N et D : Donnés du programme
Dépistage PC				
	% de personnes parmi les PC touchées par des programmes de prévention du VIH qui ont effectué un test VIH	N : Nombre de personnes parmi les PC ayant effectué un test de VIH dans une période défini. D : Nombre de personnes parmi les PC touchées par le programme de prévention.	Sexe : F ; M ; TG Age : <25, 25+a Type de population : PC : PS, HSH, PID, Migrants, détenus.	N et D : Donnés du programme
(TL6; GAM 3.4) PC connaissent leur statut actuel (Nouveau)	% de personnes parmi les populations clés qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois ou qui connaissent leur statut actuel	N : Nombre de répondants (PC) qui connaissent qui vivent avec le VIH ou nombre de répondants qui déclarent avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et le résultat était négatif. D : Nombre total de répondants.	Sexe : F; M; TG Age : <25, 25+ Type de population : PC	Enquêtes représentatives des populations clés (par exemple, BBS, BSS, HSS+)

Connexion				
(GAM 1.2 et 3.5; FM TCS-1) PVVIH sous ARV	Nombre et % de personnes sous TAR parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapport	N : Nombre de personnes sous TAR à la fin de la période de rapport (données du programme). Pour les populations clés, des données d'enquête peuvent être nécessaire. D : Nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique.	Sexe : F; M; TG Age (0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-29, 40-44, 45-49, 50+a Type de population : PC et Prioritaire.	N : Données du programme D : Consistent avec TL 1.
(TL.3 ; FM HTS-5) Connexion au TARV	% de personnes nouvellement diagnostiquées avec VIH qui ont initié TAR	N : Nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives et ayant commencé un traitement antirétroviral au cours de la période de référence. D : Nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au cours de la période de référence.	Sexe : F; M; TG Age : (0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-29, 40-44, 45-49, 50+a Type de population : PC et Prioritaire TB statut (présomptif, Dg.) Temps pour initier TARV : (14, 30, 90 après le Dg) Approche de dépistage Statut du VIH.	N et D : Données du programme Rapportage annuel.
Approches de dépistage				
(TL.4) Dépistage Index et notification des partenaires	Nombre de personnes identifiées et testées à l'aide des services de dépistage index et qui ont reçu leur résultats	N : Pour la population générale : Nombre de partenaires recherchés parmi les personnes diagnostiquées séropositives et qui ont subi un dépistage. D : N/D	Par cas index : Sexe : F; M; TG Age : 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50a+ Statut VIH du partenaire	N : Données du programme cas index.
TL.4 Additionnel Approche qui s'appui sur les réseaux sociaux des PC	Populations clés : Nombre de contacts suscités par les populations clés qui ont effectué un test de VIH	N : Nombre de contacts du réseaux des populations clés qui ont subi un test de VIH. D : N/D	Sexe : F; M; TG Age : 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50a+ Type de PC HIV statu du contact	N : Données du programme.

TL5 ; GAM 1.7 Distribution d'autotests (Nouveau)	Nombre de kits d'autotests distribués	Nombre de kits d'autotests distribués N : Nombre de kits d'autotests individuels distribués. D : N/D	Sexe : F; M; TG Age : (10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-29, 40-44, 45-49, 50+a	N : Données du programme : Autotest Voir âge de consentement.
Re-testing	Nombre des personnes qui ont été re-testées au cours des 12 derniers mois	N : Nombre de personnes qui ont subi un test VIH plus d'une fois au cours des 12 derniers mois.	Type de Re-testing 1. Risque présent 2. Après un résultat non conclusif 3. Pour vérifier le diagnostic (Confirmation)	N : Données du programme.
Diagnostic VIH tardif	Nombre et % d'adultes et d'enfants nouvellement diagnostiqués avec un nombre initial de CD4 < 200 cellules/mm3 pendant la période de référence Idem avec CD4 initial de <350 cellules/mm3	N : Nombre d'adultes vivant avec le VIH avec un nombre initial de cellules CD4 < 200 cellules/mm3 (<350 cellules/mm3) au moment du diagnostic et le nombre d'enfants vivant avec le VIH, par âge, avec un premier Nombre de cellules CD4 de : -Age 5-14 ans : 200 cellules/mm3 ou CD4<15%. -Age 36-59 mois : 350 cellules/mm3 ou CD4<15%. -Age 12-35 mois : 750 cellules/mm3 ou CD4<20%. D : Nombre total de personnes vivant avec le VIH avec une numération initiale des cellules CD4 au moment du diagnostic au cours de la période de référence.	Sexe : F, M Age : 0-14 ; (12-35m; 36-59m; 5-14 ans) 15 and older	Systèmes d'information de laboratoire et des dossiers des personnes en traitement.
PTME /eTME				
(Ancien. Stratégie 2017-2021) Couverture du test chez les femmes enceintes. (Voir d'autres indicateurs dans la Stratégie d'eTME).	% de femmes enceintes (FE) ayant un statut de VIH connu.	N : Nombre de FE en CPN testées pour le VIH au cours de la grossesse ou qui connaissent déjà leur statut. D : Nombre de FE ayant accouché au cours des 12 derniers mois.	Résultat du test 1. Connaissait son statut VIH à l'entrée en CPN 2. Testée VIH+ en CPN au cours de la grossesse actuelle 3. Testée VIH – au cours de la grossesse actuelle Total FE diagnostiquées VIH+ (1+2).	Registres du programme / PTME

VT.2 ; GAM 2.1; FM PMTCT 3.1 Couverture enfants exposés	% d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont effectué un test virologique pour le VIH au cours de leurs 2 premiers mois (et 12 mois) de vie.	N : Nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours de la période de rapport qui ont reçu un Test virologique pour le VIH dans les 2 mois (et 12 mois) suivant la naissance. D : Nombre estimé de femmes séropositives qui ont accouché au cours de la période de référence.	Résultat du test : positif, négatif, indéterminé, autre Age de l'enfant : < 2m, 2-12m	N : Données du programme D : Spectrum
VT.4 GAM 2.3; FM PMTCT 2.1 Couverture ARV chez les Femmes enceintes	% de femmes enceintes séropositives qui ont reçu un TARV pendant la grossesse et/ou au moment du travail et de l'accouchement	N : Nombre de femmes enceintes séropositives qui ont accouché au cours de la période de référence et reçu un TARV pendant la grossesse et/ou le travail et l'accouchement. D : Nombre de femmes enceintes séropositives qui ont accouché au cours de la période de référence.	Age : <15, 15-19, 20-24, 25+ Femme enceinte	N : Données du programme (PTME) D : Spectrum
Droits humains				
SD.1 GAM 4.2, FM HIV O-16 Évitement des soins de santé en raison de la stigmatisation et discrimination (PC)	% de personnes parmi les PC qui évitent les soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination	N : Nombre de répondants au sondage qui ont répondu « oui » à l'une des questions suivantes : « Avez-vous déjà évité de chercher... A. Tout soin de santé B. Dépistage du VIH C. Soins médicaux liés au VIH/ D. Traitement du VIH au cours des 12 derniers mois (etc.) D: Nombre de répondants à l'enquête.	Age : <25, 25+ Type de population : PC	N et D : Enquête représentative auprès des PC
SD.2 Évitement des soins de santé en raison de la stigmatisation et discrimination (PVVIH) (Nouveau)	% de PVVIH qui évitent les soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination	N : Nombre de répondants au sondage qui ont répondu « oui » à l'une des questions suivantes : « Avez-vous déjà évité de chercher... A. Tout soin de santé B. Dépistage du VIH C. Soins médicaux liés au VIH / D. Traitement du VIH au cours des 12 derniers mois (etc.) D : Nombre de répondants à l'enquête.	Age : <25, 25+ Type de population : PVVIH	N et D : Enquête représentative auprès des PVVIH

Recency testing				
Recency testing ONUSIDA (41)	Nombre de personnes séropositives nouvellement diagnostiquées qui ont subi un test de dépistage d'une infection récente avec un résultat documenté au cours de la période de référence	N : Nombre PVVIH nouvellement diagnostiquées qui ont subi un test d'infection récente avec un résultat documenté au cours de la période de référence. D : N/A	Selon projet pilote	Les données sont rapportées au niveau de l'établissement et de la communauté. Test RÉCENT doit être signalé avec le dépistage dans les CS et les communautés où ces tests ont été intégrés en tant que test supplémentaire à l'algorithme de test de diagnostic du VIH approuvé par le pays.
Gouvernance				
Approvisionnement	Rupture de stock des tests			Données du programme
<p>GAM : Global AIDS Monitoring ; FM : Fonds mondial Voir liste complète des indicateurs pour les services de prévention, dépistage et de connexion à (45) : https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735 pages 81-128</p>				

Références

1. **World Health Organization.** *Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities.* Geneva : s.n., 2007.
2. **ONUSIDA.** *90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida.* 2014.
3. **World Health Organization.** *Service Delivery approaches to HIV testing and counseling: A strategic HTC programme framework.* Geneva : s.n., 2012.
4. **Organization, World Health.** *Consolidated Guidelines on HIV Testing Services.* Geneva : s.n., Julio 2015.
5. **Organisation Mondiale de la Santé.** *Lignes Directrices unifiées sur les Services de Dépistage du VIH 2019.* 2020.
6. **World Health Organization.** *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations for a Public Health Approach.* Geneva : s.n., July, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
7. **ONUSIDA.** *Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida. Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026- Version corrigée des données.* Genève, Suisse : s.n., Mars 2021.
8. **Nations Unies Assemblée générale:** *Déclaration politique sur le VIH et le sida: mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030.* s.l. : Dernier accès 28.06.21 https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids, 09 juin 2021.
9. **Ministère de la Santé.** *Plan Stratégique National de Lutte contre le sida: Plan d'extension 2023.* Rabat : s.n., 2020.
10. **OMS, Bureau Régional de la Méditerranée orientale.** *Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté- Guide technique.* Le Caire : s.n., 2019. Licence : CC BY NC SA 3.0 IGO.
11. **International AIDS Society-Differentiated Service Delivery.** *Prestation différenciée de services pour le VIH: Cadre décisionnel pour les services de dépistage du VIH: Mobilisation, dépistage, mise en relation.* Amsterdam : IAS, juillet 2018.
12. **Ministère de la Santé.** *Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/sida. Rapport National 2021. Période considérée: année 2020.* 2021.
13. **Ministère de la Santé.** *Guide National de la Stratégie de dépistage du VIH au Maroc.* 2016.
14. **Royaume du Maroc, Conseil National des droits de l'homme, Ministère de la Santé.** *Stratégie Nationale sur les Droits Humaines et le VIH/Sida.*
15. **Pharos Global Health Advisors.** *Plan d'action de préparation à la transition des financements des programmes VIH/sida et Tuberculose.* Nov., 2019.
16. **Ministère de la Santé-Avenir Health.** *Stratégie de dépistage du VIH: les canaux pour une mise à l'échelle du dépistage pour atteindre la cible 90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique.* 2016.

17. **Ministère de la Santé-DELM.** *Guide National du dépistage à visée diagnostique de l'infection à VIH.* s.l. : Ministère de la Santé, Nov. 2019.
18. **DGAPR, ONUDC, Ministère de la Santé.** *Lignes directrices nationales et procédures opérationnelles pour la prestation des services de CDV, des IST/VIH, de la tuberculose et du VHB et VHC dans les établissements pénitentiaires au Maroc.* Mars, 2019.
19. **ALCS.** *Rapport narratif Janvier-décembre 2020. Programme de dépistage et consultation des IST.* 2021.
20. **ALCS, Ministère de la santé, ONUSIDA, Fonds mondial.** *Projet d'implantation d'une expérience pilote de dépistage communautaire du VIH par tests à résultats rapides dans quatre centres de dépistage anonyme et gratuit de l'ALS (Agadir, Casablanca, Marrakech et Rabat).* 2015.
21. **Latifa M et al.** *Occasions manquées de dépistage du VIH chez les patients nouvellement diagnostiqués séropositifs au Maroc .* s.l. : BMC Infectious Diseases volume 21, Article number: 48 (2021), Janvier 2021.
22. **Ministère de la santé.** *Protocole d'intervention pour la rétention des personnes vivant avec le VIH dans le système de soins et la relance et réintégration des perdus de vue, selon un approche centrée sur la personne-Maroc. Phase pilote.* Mars, 2019.
23. **Ministère de la Santé.** *Lignes directrices pour la mise en place des services d'agents accompagnateurs auprès des personnes vivant avec le VIH.* Mars 2019.
24. **ALCS, Ministère de la santé, OMS.** *Evaluation externe d'une expérience pilote sur l'acceptabilité et la faisabilité de l'Autotest-VIH pour les populations clés au Maroc. Rapport d'évaluation.* mars, 2020.
25. **Ben Moussa A et al.** *Déterminants et effets ou conséquences de l'auto-stigmatisation liée au VIH chez les personnes vivant avec le VIH au Maroc .* s.l. : Springer Link BMC Public Health volume 21, Article number: 163 (2021), Janvier 2021.
26. **Ministère de la Santé.** *Lignes Directrices et Protocoles pour la délégation des tâches de soins et de traitement de l'infection VIH au Maroc.* 2021.
27. **Ministère de la Santé, Programme National de Lutte contre le sida, APMG.** *Implantation d'un Système de Code Unique d'identification (CUI) pour le suivi des programmes de sensibilisation et de prévention pour les populations clés plus exposées aux risques d'infection au Maroc. Evaluation de la situation et Rapport d'analyse.* Pha. août, 2013.
28. **World Health Organization.** *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report.* April, 2021.
29. **Ministère de la santé, DELM, Avenir Health.** *Rapport : Modélisation des scénarios et des cibles de dépistage du VIH pour la période 2021-2025 au Maroc.* Rabat : Ministère de la santé, Janvier, 2021.
30. **Ministère de la Santé, DELM, ONUSIDA, Avenir Health.** *Modélisation des scénarii et des cibles de dépistage du VIH entre 2021-2025 pour les 12 régions du Maroc.* Rabat : s.n., 2021.

31. **UNAIDS.** *When and how to use assays for recent infection to estimate HIV incidence at a population level.* 2011.
32. **UNAIDS, WHO.** *Global HIV Strategic Information Working Group : Recent infection testing algorithm technical update. Application for HIV surveillance and programme monitoring.* 2018. UNAIDS/JC2918E.
33. **World Health Organization.** *Global strategy on digital health 2020-2025.* 2020.
34. **Organisation Mondiale de la Santé.** *Note d'orientation: Solutions pour susciter une demande pour les services de dépistage du VIH.* 2019.
35. **Organisation mondiale de la santé.** *Note d'orientation: L'OMS recommande qu'une aide à la notification du partenaire soit apportée aux personnes vivant avec le VIH.* Déc. 2016.
36. **World Health Organization.** *Web Annex L. Symptom and risk-based screening to optimize HIV testing services: a scoping review.* In: *Consolidated guidelines on HIV testing services, 2019.* WHO. 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO..
37. **Family Health International 360.** *Validation of HIV Risk Screening Tool to Identify Infected Adults and Adolescents > 14 years at Community Level.* 2021. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-209246/v1>.
38. **World Health Organization.** *Policy brief: Improving Men's uptake of HIV Testing and Linkage to Services.* February, 2021.
39. **Organisation Mondiale de la Santé.** *VIH sida Actualité: Le dépistage précoce du VIH sauve des vies - l'heure est au changement.* 2019.
40. **IAS.** *L'initiation précoce du traitement et des taux de CD4 élevés sont associés à des réservoirs de VIH plus petits.* 2021.
41. **UNAIDS.** *Indicator Registry Recent testing.* HTS_Recent.
42. **Organisation mondiale de la santé-Bureau Régionale de l'Afrique.** *Note d'orientation : Les doubles tests de diagnostic rapide VIH/Syphilis peuvent servir de premier test de dépistage dans le cadre des soins prénatales.* Nov. 2019.
43. **Organization, World Health.** *Improving Men's uptake of HIV testing and Linkage to Services.* Feb., 2021.
44. **Ministère de la santé-DELM.** *Référentiel d'assurance qualité du conseil et dépistage du VIH dans les établissements de soins de santé.* Déc, 2020.
45. **World Health Organization.** *Guidelines: Consolidated Strategic Information Guidelines. Driving Impact Through Programme Monitoring and Management.* 2020.



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵏⵔⴰⵏⵜ
Ministère de la Santé et de la Protection sociale



www.sante.gov.ma

