

L'épidémie du VIH au grand Maghreb : Ampleur, Tendance et Management

HIV epidemic in the Maghreb. Magnitude, trend and management

M. Chakroun¹, F. Razik², M. Karkouri³, Z. Fall Malick⁴, H. Benothman⁵, J. George Hermez⁶

1- Pr Mohamed Chakroun. Chef de service des Maladies Infectieuses, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, Monastir. Président de l'Instance Nationale de Coordination pour le projet du Fonds mondial -Tunisie.

2- Pr Fatiha Razik. Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales. EHS El Kettar, Alger. Vice-Présidente de l'Association de Protection Contre le Sida (APCS), Algérie.

3- Pr Mehdi Karkouri. Président de l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS), Casablanca - Maroc.

4- Dr Zahra Fall Malick. Virologue. Virologie et personne ressource VIH/Hépatites. Directrice Adjointe de l'Institut National d'Hépatite- Virologie, Nouakchott-Mauritanie.

5- Dr Hussein Benothman. Directeur adjoint. Programme National de Lutte contre le SIDA. Centre National de Contrôle des maladies, Ministère de la Santé. Tripoli-Libye.

6- Melle Joumana George Hermez. Coordinatrice régionale. Unité VIH/SIDA, Hépatites virales et IST. Bureau Régional OMS, Le Caire - Egypte.

RÉSUMÉ

Les progrès réalisés au cours des deux dernières décennies ont permis de transformer le profil évolutif de l'infection à VIH et d'améliorer la survie et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. En plus de leurs bénéfices individuels, les antirétroviraux permettent par le biais de la suppression virale de prévenir la transmission du VIH. Le double intérêt, tant curatif que préventif, des antirétroviraux a placé le dépistage au centre de la stratégie mondiale d'accélération de la riposte au VIH en tant que principale porte d'entrée aux soins et à la prévention. Dans les pays du Maghreb, ces progrès sont entravés par plusieurs obstacles qui limitent l'accès des PVVIH, en particulier des populations clés et vulnérables, à des services de soins et de prévention appropriés. Dans le but d'atteindre les objectifs mondiaux d'accélération de la riposte au VIH, les décideurs doivent mettre en place des interventions à haut impact permettant de faciliter l'accès au dépistage, d'améliorer l'orientation vers les soins, de renforcer l'observance et la rétention aux soins. Ceci est possible par la diversification de l'offre du dépistage avantageant le dépistage mobile et communautaire pour mieux cibler les populations clés, et par le recours à des approches innovantes comme la notification des partenaires et l'autotest VIH. La mise en place de liens robustes vers les centres de soins permet d'initier rapidement les antirétroviraux dans le but d'atteindre une suppression virale. Toutefois, ces objectifs ne peuvent être atteints que par la levée des obstacles d'accès au dépistage et aux soins est importante. Celle-ci repose sur des interventions spécifiques basées sur le respect des droits humains, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la révision des textes législatifs limitant l'âge légal d'accès au test volontaire et des lois punitives à l'encontre de certains comportements des populations clés.

Mots-clés

Epidémie - Infection à VIH - Dépistage volontaire - Antirétroviraux – Suppression virale – Afrique du Nord.

SUMMARY

Over the last two decades, many progress has transformed the profile of HIV infection and improved the survival and quality of life of people living with HIV (PLHIV). In addition to individual benefits, antiretrovirals allow through viral suppression to prevent HIV transmission. The dual benefit, curative and preventive, of antiretrovirals has propel HIV testing at the forefront of the global Fast Track strategy as principle access to care and prevention. In the Maghreb countries, these achievements are impeded by a number of barriers that limit access for PLHIV, especially key populations and vulnerable populations, to appropriate care and prevention services. In order to achieve the global goals of Fast Track strategy, policy makers need to implement high-impact interventions to facilitate access to HIV testing, improve referral to care, strengthen adherence and retention to care. This can be achieved through mobile and community-based testing to target key populations, and innovative approaches such as partner notification and HIV self-testing. The establishment of robust links to care centers ensures rapid initiation of antiretrovirals in order to achieve viral suppression. Moreover, these goals can be achieved by removing barriers to access to HIV testing and care. This is include specific interventions based on the respect of human rights, the fight against stigma and discrimination, the review of legislation limiting the legal age for access to voluntary testing and the removal of punitive laws against key populations.

Key-words

Epidemic - HIV infection – Voluntary testing - Antiretrovirals – Viral suppression – North Africa

وباء فيروس نقص المناعة البشرية في المغرب الكبير الحجم والاتجاه والإدارة

م شقرون، ف رازق، م كركوري، ز فال مالك، ح بنعمان، ج جورج هرمز

أدى التقدم المحرز على مدى العقدين الماضيين إلى تغيير النمط التطوري للتعفن بفيروس فقدان المناعة البشري وتحسين مؤمل الحياة ونوعية حياة المتعاشين بالفيروس. بالإضافة إلى فوائده على صحة الفرد، يسمح العلاج الثلاثي من خلال الحد من تكاثر الفيروس بمنع انتقال الفيروس. وقد وضع الاهتمام المزدوج للمضادات القهقرية، سواء العلاجي أو الوقائي، التقصي في مركز متقدم من الإستراتيجية العالمية لتسريع الاستجابة من أجل وضع حدّ للوباء باعتباره البوابة الرئيسية للعلاج والوقاية. في بلدان المغرب العربي، يحد هذا التقدم عدد من العوائق التي تحول دون وصول المتعاشين بالفيروس وخاصة الفئات المفاتيح والفئات الهشة إلى خدمات العلاج والوقاية المناسبة. من أجل تحقيق الأهداف العالمية لتسريع الاستجابة، يحتاج صانعو القرار إلى تنفيذ تدخلات عالية التأثير لتسهيل الوصول إلى التقصي من الفيروس، وتحسين الإحالة إلى العلاج وتعزيز الالتزام والمواظبة على العلاج ويمكن تحقيق ذلك من خلال تنويع طرق التقصي باستخدام التقصي المتنقل و المجتمعي لاستهداف المجموعات الأكثر عرضة بشكل أفضل، وباستخدام أساليب مبتكرة مثل إخطار الشركاء و التقصي الذاتي للفيروس. إن إنشاء روابط قوية بين مراكز التقصي ومراكز العلاج يجعل من الممكن بدء العلاج الثلاثي بصفة مبكرة وسريعة من أجل الحد من التكاثر الفيروسي. هنا يجب الإشارة إلى أنه لا يمكن تحقيق هذه الأهداف إلا من خلال إزالة العوائق التي تحول دون الوصول إلى التقصي والعلاج. ويرتكز هذا على تدخلات تستند إلى احترام حقوق الإنسان، ومكافحة الوصم والتمييز، ومراجعة التشريعات التي تحد من السن القانونية للوصول إلى التقصي الطوعي وتحوير القوانين العقابية ضد بعض السلوكيات.

الكلمات المفتاحية: الأوبئة - فيروس فقدان المناعة البشرية - التقصي - العلاج الثلاثي - الاستجابة - شمال إفريقيا.

Auteur correspondant

Pr Mohamed Chakroun.

Service des Maladies Infectieuses.

Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, Monastir-Tunisie.

Email : chakrounme@gmail.com

Conflicts d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

INTRODUCTION

Près de quatre décennies après la description des premiers cas aux Etats-Unis, l'infection à VIH continue sa progression et pose encore de sérieux problèmes de santé publique dans plusieurs régions du monde. Les progrès réalisés dans les différents domaines biologiques et thérapeutiques ont conduit à un diagnostic plus précoce, un suivi immuno-virologique plus adapté et un traitement plus efficace ce qui a nettement amélioré la survie et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et a transformé le profil évolutif de la maladie, d'une infection initialement grave et mortelle en infection chronique et de meilleur pronostic.

Au cours des dernières années, l'arsenal thérapeutique a connu l'introduction de molécules antirétrovirales plus efficaces et mieux tolérées, dont certaines sont utilisées à visée préventive chez les populations les plus exposées au risque. Ces progrès sont contre balancés par la fréquence des obstacles qui limitent l'accès des PVVIH, en particulier des populations clés et vulnérables, à des services de santé appropriés. Ainsi, des efforts restent à déployer afin de renforcer l'accès au dépistage, l'orientation vers les soins, l'amélioration de l'observance et la rétention aux soins, en encourageant la création d'un environnement propice à une prise en charge globale dans les structures de santé. Cette approche préconise la mise en œuvre d'une stratégie intégrant la prévention primaire (changement de comportement et utilisation régulière du préservatif), le dépistage volontaire, la réduction des risques pour les usagers de drogues et la prévention basée sur les antirétroviraux (prophylaxie pré et post-exposition, prévention de la transmission mère-enfant du VIH)

Au Maghreb, les premiers cas d'infection à VIH étaient diagnostiqués vers la fin de l'année 1985 et si la prévalence du VIH en population générale reste faible, elle est entrain d'augmenter rapidement au sein des populations clés avec un faible accès au dépistage et un taux de couverture du traitement antirétroviral parmi les plus faibles au monde. Tout ceci dans un contexte où la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH, et plus particulièrement les populations clés, restent très marquées, entravant fortement les efforts de prévention et d'accès aux soins.

CONTEXTE MONDIAL

Actuellement, le nombre des PVVIH dans le monde est estimé à 36,7 millions incluant 34,6 millions d'adultes et 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans. Parmi les adultes, 17,8 millions de PVVIH sont des femmes (51,4%) [1]. Avec 25,6 millions de PVVIH (70%), l'Afrique sub-

saharienne supporte la plus lourde charge de l'épidémie suivie par l'Asie et le Pacifique avec 5,1 millions (14%) [1]. Le nombre des décès liés au SIDA, étroitement lié au retard du dépistage et de l'initiation du traitement, a atteint un pic en 2005 avec 1,9 millions de personnes. Depuis, il a diminué pour atteindre 1,5 million de personnes en 2010. La tuberculose reste une co-infection fréquente avec une prévalence d'environ 11% en 2015 [1].

L'année 2014 représente un tournant important dans la lutte contre le VIH avec le lancement lors de la 20^{ème} Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes à Melbourne de la stratégie d'accélération de la riposte pour mettre fin à l'épidémie à l'horizon de 2030 [2]. Cette stratégie repose sur des cibles englobant :

- Une meilleure connaissance du statut sérologique par la promotion du test VIH.
- Une réduction du nombre de nouvelles infections grâce à un meilleur accès au traitement antirétroviral et une suppression virale durable.
- Une levée des obstacles d'accès aux soins et à la prévention à travers une approche fondée sur les droits humains permettant de lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination et visant à créer un environnement favorable à la prestation des services.

Les cibles à court terme à atteindre en 2020, connues sous le terme de « 90-90-90 », signifient que 90% des PVVIH doivent connaître leur statut sérologique, 90% des personnes testées positives doivent recevoir un traitement antirétroviral et 90% des personnes traitées doivent atteindre une charge virale indétectable (figure n°1).

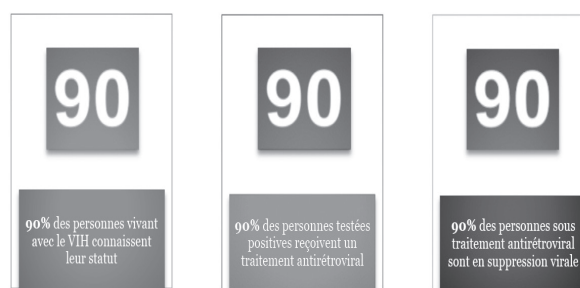


Figure 1 : Les cibles de l'accélération de la riposte du VIH à l'horizon 2020.

Les cibles étant les moteurs du progrès, la modélisation suggère que leurs réalisations d'ici 2020 permettront à la communauté mondiale de mettre fin à l'épidémie du SIDA vers 2030 ce qui va permettre des bénéfices importants en matière de santé et d'économie [3]. A l'échelle mondiale, les estimations à la fin de 2016 montrent que 70% des

PVVIH connaissent leur statut, 53% des personnes connaissant leur statut sont sous traitement antirétroviral et 44% des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable [4]. Ce dernier critère influence fortement la transmission du VIH et la dynamique de l'épidémie puisqu'il est bien établi qu'une charge indétectable réduit de 93% la transmission sexuelle du VIH [5].

Les efforts d'accélération de la riposte au VIH ont contribué à l'échelle mondiale par une baisse de 16% des nouvelles infections par le VIH chez les adultes entre 2010 et 2016 [4]. Par ailleurs, une baisse de 48% des décès liés au SIDA et de 33% des décès liés à la tuberculose a été notée entre 2005 et 2015 [1]. Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont connu la même tendance avec une diminution des nouvelles infections de 47% entre 2010 et 2016, passant de 300000 à 160000 enfants. Ceci est dû à l'amélioration de la couverture en traitement antirétroviral chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, atteignant 76% en 2016, permettant de réduire la transmission mère-enfant [1].

Malgré ces progrès, le diagnostic de l'infection par le VIH demeure tardif. En effet, 29% des personnes avaient un nombre de cellules CD4 inférieur à 200/mm³ au moment du diagnostic. La tuberculose reste la principale cause de décès chez les PVVIH avec environ un décès sur trois liés au sida.

L'ÉPIDÉMIE RÉGIONALE DU VIH : AMPLEUR ET TENDANCE

1- L'épidémie dans la région MENA (Middle East and North Africa): Les pays du Maghreb appartiennent à la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord de l'ONUSIDA, connue sous le nom de la région MENA. Cette région présente une prévalence d'infection à VIH de l'ordre de 0,1%, la plus faible au monde avec celle du pacifique occidental, comparativement aux autres régions dont la prévalence varie de 0,3% à 4,2%. Les données de 2016 estiment à 230 000 le nombre de PVVIH, à environ 18 000 les nouvelles infections et à un peu plus de 11 000 les décès liés au VIH [4]. Le nombre des nouvelles infections chez les enfants de moins de 15 ans est estimé à 1400 au cours de la même année. En 2016, la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes varie de 0 à 0,2% selon les pays. Les données de surveillance de l'infection chez la femme et l'enfant montrent une augmentation du pourcentage des femmes enceintes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant du HIV de 18,6% en 2015 à 48,9% en 2016 ce qui a permis de réduire le pourcentage des enfants nouvellement infectés au cours des 12 derniers mois de 33,9% en 2015 à 7% en

2016 [6]. Similairement, l'accès à un test de diagnostic du VIH chez l'enfant, au cours des deux premiers mois de la naissance, s'est nettement amélioré passant de 9,2% en 2015 à 36,2% en 2016 [6].

Malgré la faible prévalence globale de l'infection, cette région demeure une source de multiples préoccupations en raison d'un faible accès au dépistage et d'un taux de couverture en traitement antirétroviral parmi les plus faibles au monde, estimé à 24% contre 53% à l'échelle mondiale [4]. Par ailleurs, les données disponibles indiquent que le pourcentage des patients qui ont bénéficié d'une surveillance par la charge virale plasmatique ne dépasse pas 35% [4]. La région MENA est l'une des régions au monde, avec celle de l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, à connaître une augmentation des décès liés au sida, de l'ordre de 19% entre 2010 et 2016 et une très faible diminution des nouvelles infections, de l'ordre de 4% sur la même période. Il faut souligner que certains pays avaient réussi à réduire significativement la mortalité liée au VIH grâce à l'amélioration de la couverture en traitement antirétroviral.

2- L'épidémie dans les pays du Maghreb : Dans les 5 pays de la région, la prévalence de l'infection à VIH varie de 0,016% en Tunisie à 0,22% en Mauritanie [7]. En Algérie et au Maroc, la prévalence se situe à un niveau intermédiaire de l'ordre de 0,1% [8]. En l'absence d'estimations récentes du Spectrum, la prévalence du VIH en Libye se situerait entre 0,15% et 0,2%. En 2016, l'incidence de l'infection est estimée entre 0,02‰ et 0,03‰ et le nombre de PVVIH à 54000 [4]. Le nombre de nouvelles infections est relativement stable ou en légère hausse annuelle, le Maroc est le seul pays de la région qui a connu une baisse des infections de 37% entre 2011 et 2016 [9].

Dans cette région, l'épidémie du VIH est peu active et stable au sein de la population générale caractérisée par une transmission hétérosexuelle prédominante et des disparités régionales au sein d'un même pays. Elle se caractérise surtout par sa concentration au sein des populations clés qui sont des groupes hautement exposés au VIH du fait de certains éléments objectifs de vulnérabilité sociale qui font que la prévalence du VIH est nettement supérieure (10 à 100 fois) à celle de la population générale avec un accès plus difficile aux soins. Les populations clés incluent surtout les usagers de drogues par voie injectable (UDI), les Hommes qui ont des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), les professionnels du sexe (PS) et les détenus (tableau 1) [7, 8]. Elles influencent fortement la dynamique de l'épidémie et sont responsables de 24% à 67% des nouvelles infections dans les pays du Maghreb [8]. Quelques

données laissent penser que la prévalence du VIH est également plus élevée chez les populations vulnérables qui incluent les adolescent(e)s et les jeunes de 15 à 24 ans des deux genres, les migrants et les populations mobiles (camionneurs, routiers, ouvrières saisonnières, marins-pêcheurs) [7-12]. Ces populations sont soumises à une pression sociétale ou des circonstances sociales qui les rendent plus exposées à l'infection par le VIH. Il faut ajouter que les pays du Maghreb sont traversés par des axes transafricains facilitant des flux migratoires, exacerbés ces dernières années par la migration clandestine vers l'Europe, expliquant la diversité génétique du VIH-1 dans la région [13]. En plus, certains pays connaissent, en interne, plusieurs flux migratoires exposant les personnes déplacées au risque de transmission du VIH.

Tableau 1 : Prévalence de l'infection à VIH au sein des populations clés (en %) [8, 10, 11].

	Algérie	Libye	Maroc	Mauritanie	Tunisie
UDI	4,3 (2016)	87 (2010)	7,9 (2016)	ND	3,9 (2014)
HSH	4,3 (2016)	3,1 (2010)	5,7 (2016)	ND	9,1 (2014)
PS	5,2 (2016)	15,7 (2010)	1,3 (2016)	4 (2014)	0,94 (2014)
Détenus	ND	ND	0,5 (2016)	2,9 (2014)	ND

ND : Donnée non Disponible.

UDI : Usagers de Drogues par voie Injectable.

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes. PS : Professionnelles du Sexe.

LA RIPOSTE AU VIH DANS LE MAGHREB : AVANCÉES ET LACUNES

Dans les pays du Maghreb, l'épidémie du VIH est inquiétante par son caractère caché. En effet, un nombre encore élevé de personnes ignorent leur séropositivité en raison des faibles taux du dépistage. En 2016, le pourcentage des personnes qui connaissent leur statut sérologique varie de 58% en Tunisie à 76% en Algérie [4, 11]. En Mauritanie, l'enquête MICS 4 réalisée en 2015 a montré que 3,3% des hommes et 5,9% des femmes connaissent leurs statuts, ce pourcentage est de 17,3% chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) consultant en prénatal [12]. Il n'existe pas de données concernant cet indicateur en Libye, mais tout laisse penser que le pourcentage des personnes qui connaissent leur statut sérologique est faible (tableau II). Comme conséquence des insuffisances du dépistage,

la couverture en traitement antirétroviral reste faible et inférieure à 50% en dehors de l'Algérie (tableau 2).

Tableau 2 : Principaux éléments de la cascade du traitement (données de 2016) (en %) [4, 11, 12].

	Algérie	Libye	Maroc	Mauritanie	Tunisie
Personnes connaissant leur statut sérologique	76	ND	63	< 20	58
PVVIH adultes recevant un traitement antirétroviral	73	48	49	23	29
PVVIH adultes recevant un traitement antirétroviral et en suppression virale	55	ND	75	18	ND

ND : Donnée non disponible.

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

La disponibilité d'antirétroviraux efficaces dans les pays du Maghreb a créé une demande plus importante pour le dépistage VIH, devenu la principale porte d'entrée aux soins et à la prévention. Ainsi, après trois décennies de riposte basée sur des activités classiques de prévention du VIH, les décideurs des différents pays de la région ont pris conscience depuis 2015 de l'importance de l'accélération de la riposte au VIH comme en témoigne la planification d'activités à haut impact, ciblant les populations clés et visant la levée des obstacles d'accès aux soins, comme axes prioritaires des plans stratégiques nationaux dans le but d'agir efficacement sur la dynamique de la transmission du VIH et d'inverser rapidement la tendance de l'épidémie [11, 14, 15].

Les fondamentaux de l'accélération de la riposte au VIH sont un dépistage efficace, un système de liens aux soins, une initiation rapide de la thérapie antirétrovirale et l'obtention d'une suppression virale. Afin de permettre à 90% des PVVIH de connaître leur statut d'ici à 2020, il est important d'intensifier et de diversifier le dépistage du VIH pour mieux répondre aux objectifs de l'accélération de la riposte. En dehors du dépistage obligatoire visant la sécurisation des produits sanguins et des dons d'organes qui doit être constamment renforcé, le dépistage du VIH demeure insuffisant. En effet, le dépistage à l'initiative du soignant souffre encore de plusieurs opportunités manquées pour atteindre les populations les plus exposées au risque, telle que la proposition du test VIH en

présence d'une infection sexuellement transmissible (IST), d'une hépatite virale B et C, d'une tuberculose et pour les partenaires ou les clients des populations clés [8]. Grâce à l'élaboration de stratégies nationales de prévention de la transmission mère-enfant, l'offre du dépistage VIH en prénatal est de mieux en mieux organisée. Toutefois, les centres de dépistage volontaire institutionnels qui offrent un test VIH anonyme et gratuit restent peu attractifs pour les populations clés et vulnérables en raison de plusieurs obstacles, principalement l'absence d'un environnement favorable (accès difficile, longue attente, stigmatisation et discrimination, etc.). Les centres de dépistage relevant des organisations non gouvernementales (ONGs), de plus en plus fréquents dans les différents pays du Maghreb, attirent plus les populations clés.

CE QU'IL FAUT FAIRE POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE DANS LA MAGHREB

Pour mieux cibler les populations les plus exposées au risque, il est important de rendre le test VIH plus accessible en optant pour un dépistage mobile et communautaire démedicalisé à l'instar des expériences algérienne, marocaine et tunisienne, alors que la Mauritanie est en train de le mettre en place. En plus, dans le but d'optimiser les efforts de dépistage, les décideurs doivent planifier la mise en place d'approches innovantes conduisant à des interventions à haut impact, comme la notification des partenaires et l'autotest VIH fortement qui sont recommandées par l'OMS [16].

La levée des obstacles au dépistage est fondamentale pour favoriser par la suite l'accès aux différents services de santé. Elle nécessite des interventions spécifiques visant à renforcer les droits humains, à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, à réduire la vulnérabilité des adolescent(e)s, à réviser les législations et les politiques liées à l'âge légal d'accès au test volontaire et à supprimer les lois punitives à l'encontre de certains comportements des populations clés.

La mise en place d'une coordination efficace entre les centres de dépistage et les structures de prise en charge permet une initiation rapide du traitement antirétroviral pour les personnes dépistées positives. Toutefois, l'efficacité du traitement est conditionnée par une bonne observance thérapeutique qui ne semble pas avoir atteint un niveau élevé comme le montrent les données tunisiennes et mauritaniennes [17, 18]. La suppression virale qui s'ensuit présente un double avantage, personnel pour l'amélioration de la survie et la qualité de vie, et collectif pour la réduction de la transmission du VIH. C'est le principe du traitement comme prévention (treatment as

prevention ou «TasP») qui est un concept apparu avec l'efficacité des antirétroviraux à contrôler l'infection, le traitement donné à visée curative pour les PVVIH devient, en réalité, une façon de faire de la prévention puisque les personnes traitées qui atteignent la suppression virale ne transmettent pratiquement plus le virus [19].

L'accélération de la riposte au VIH est possible dans les pays du Maghreb grâce à l'expertise des nombreuses Organisations Non Gouvernementales (ONG) thématiques qui sont en mesure de mettre en place plusieurs interventions innovantes et à haut impact ciblant les populations clés et vulnérables par l'intermédiaire de personnels qualifiés (éducateurs pairs, soignants, psychologues, assistants social, assistants juridiques, etc.) dans différents domaines tels que le dépistage, la prévention combinée, l'éducation thérapeutique, l'assistance juridique, etc. De même l'initiation et la surveillance du traitement ne devrait pas poser de sérieux problèmes compte tenu de la disponibilité des antirétroviraux et de la charge virale dans la majorité des centres de soins.

La riposte peut être aussi améliorée par la correction de certaines lacunes programmatiques telles que l'insuffisance de l'information stratégique, la lenteur d'exécution des activités, les insuffisances qualitatives et quantitatives du dépistage et du système d'orientation vers les soins, le diagnostic et le traitement des IST. Par ailleurs, la stigmatisation et discrimination ainsi que la criminalisation des populations clés continuent à représenter un frein très important à la riposte.

Le développement de nouveaux outils de prévention et la démonstration de l'efficacité des antirétroviraux dans la réduction du risque de transmission du VIH ont ouvert la voie au nouveau concept de « prévention combinée » qui repose sur une approche holistique permettant de satisfaire les besoins des populations clés. Cette approche préconise la mise en œuvre d'une stratégie intégrant la prévention primaire (changement de comportement et utilisation régulière du préservatif), le dépistage volontaire, la réduction des risques pour les usagers de drogues et la prévention basée sur les antirétroviraux (prophylaxie pré et post-exposition, prévention de la transmission mère-enfant du VIH) [20].

L'amélioration de l'accès au dépistage du VIH à travers une approche communautaire ciblant les populations clés et le lien efficace aux soins sont importantes pour maintenir l'élan d'initiation précoce des antirétroviraux, améliorer la couverture en traitement et permettre une suppression virale. La mise à la disposition de la communauté des autotests VIH est aussi une nouvelle approche très prometteuse, notamment auprès des populations qui

prennent souvent des risques et ne souhaitent pas se rendre dans les centres de dépistage classiques. Pour cela, il est nécessaire de réformer l'environnement législatif et les textes réglementaires dans les pays du Maghreb où, souvent, seuls les médecins ou les agents de santé formés sont autorisés à réaliser des tests VIH et où la commercialisation des autotests peut se heurter à des barrières réglementaires et socioculturelles.

Le concept de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) s'est avéré efficace dans la prévention de l'infection à VIH chez les personnes fréquemment exposées au risque du VIH, en particulier chez les Hommes qui ont des rapports sexuels avec des Hommes et les partenaires séronégatifs au sein des couples séro-différents avant l'obtention de la suppression virale chez les partenaires traités [21].

Par ailleurs, il est important de mettre en place des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des populations clés et des PVVIH. En effet, lorsqu'elles se sentent stigmatisées ou lorsqu'elles craignent de subir des mauvais traitements, ces populations ont tendance à ne pas recourir aux services de prévention et de soins [22], ce qui freine considérablement l'efficacité de la riposte au VIH mise en place dans les pays, quels que soient les efforts déployés. Si les populations, qui ont le plus besoin, ne peuvent pas accéder facilement aux services de prévention et de soins dans cette région où l'épidémie est concentrée parmi les populations clés, les objectifs de l'accélération de la riposte 90-90-90 ne pourront pas être atteints pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030.

REFERENCES

1. Global HIV statistics. Fact sheet. UNAIDS, July 2017.
2. Communiqué de presse ONUSIDA. Des dirigeants mondiaux s'engagent à mettre fin à l'épidémie de sida dans les villes d'ici 2030. Melbourne, 20 juillet 2014.
3. « 90-90-90 » Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. ONUSIDA, 2014.
4. En finir avec le sida. Progresser vers les cibles 90-90-90. ONUSIDA.
5. M.S. Cohen, Y.Q. Chen, M. McCauley, T. Gamble, M.C. Hosseinipour. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med* 2016; 375:830-839
6. Prevention gap report. UNAIDS, 2016.
7. Estimation du spectre. ONUSIDA, 2018.
8. Guide de dépistage de l'infection à VIH dans la région du Maghreb. Plateforme MENA, Mars 2017.
9. Plan stratégique national de lutte contre le Sida, 2012-2016. Ministère de la Santé, Royaume du Maroc.
10. Source : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/>
11. Plan Stratégique National de lutte contre le Sida, 2017-2021. Ministère de la Santé, Royaume du Maroc.
12. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2015. Office Nationale de la Statistique –Mauritanie, novembre 2016. http://www.sante.gov.mr/?wpfb_dl=197.
13. El Moussi A, Thomson M. M, Delgado E, Cuevas M.T and al. *AIDS* 2016.
14. Plan Stratégique National de lutte contre le Sida, 2016-2020. Ministère de la Santé, de la population et de la réforme Hospitalière, République Algérienne Démocratique Populaire.
15. Plan Stratégique National de la riposte au VIH/SIDA et aux IST, 2015-2018. Ministère de la Santé, République Tunisienne.
16. Consolidated guidelines on HIV testing services and partner notification. Supplement to guidelines on HIV testing services. WHO, december 2016.
17. Les déterminants d'une mauvaise observance du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH. *Revue Tunisienne d'Infectiologie* 2015, 9 ; 3-4 : 79-83.
18. Fall-Malick FZ, Tchiakpé E, Ould Soufiane S, Diop-Ndiaye H, Mouhamedoune Baye A, Ould Horma Babana A, Touré Kane C, Lo B, Mboup S. Drug resistance mutations and genetic diversity in adults treated for HIV type 1 infection in Mauritania. *J Med Virol* 2014; 86(3):404-
19. Socias ME, Rotryng F, Lapadula P, Medrano M, Paz D, Stern L, Lambierto A, Pryluka D. Treatment as prevention in resource-limited settings: is it feasible to maintain HIV viral load suppression over time? *J Infect Dev Ctries.* 2013 Aug 15;7(8):593-9
20. Accélérer la prévention combinée afin de réduire les nouvelles infections par le vih à moins de 500 000 d'ici à 2020. ONUSIDA, 2015.
21. CF. Careces, KR. O'Reilly, KH. Mayer, R. Baggaley. Implementation: moving from trials to policy and practice. *Journal of the International AIDS Society* 2015, 18(Suppl 3): 20222. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.4.20222>.
22. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med.* 2003 Jul;57(1):13-24.