



**IMPACT DE LA
CRISE SANITAIRE DU
COVID-19
SUR L'ACCÈS AUX
SERVICES VIH**

EN EGYPTE, MAROC, MAURITANIE ET EN TUNISIE.

MOTS DE REMERCIEMENT

ITPC-MENA tient à exprimer sa profonde gratitude à toute les équipes pays du programme FORSS pour leur travail acharné, leur dévouement et leur professionnalisme dans la réalisation de ce rapport d'étude.

Votre expertise, votre créativité et votre engagement ont été essentiels pour mener à bien ce projet avec succès.

Votre contribution a été inestimable pour garantir la qualité de ce rapport.

Nous tenons à remercier nos collègues consultants, Dr. Heba Ali & Dr/ Alaa Hassan pour leur expertise et leur soutien tout au long du projet. Nous n'aurions pas pu y arriver sans vous.

Nous souhaitons remercier tous les intervenants qui ont généreusement pris le temps de répondre à nos questions et de partager leurs connaissances. Nous avons appris énormément grâce à vous.

Enfin, nous voulons remercier l'équipe de direction et de coordination de cette étude Mme. Anais MIT de Solidarité Sida et Mr. Zakaria BAHTOUT d'ITPC-MENA pour leur soutien et leur orientation tout au long du projet. Leur vision et leur leadership ont été essentiels pour guider le processus de cette étude.

ITPC-MENA est très fier de ce que nous avons accompli ensemble. Merci infiniment pour votre collaboration et votre soutien tout au long de ce projet.

Impact de la crise sanitaire du COVID19 sur l'accès aux services VIH en Égypte, au Maroc, en Mauritanie et en Tunisie.

Étude réalisée en partenariat avec



et avec l'appui de



L'INITIATIVE
sida, tuberculose, paludisme

TABLE DE MATIERE

TABLE DES MATIÈRES	3
Liste des acronymes	5
Résumé	13
Contexte	22
Buts et objectifs de l'étude	31
Le But	31
Objectifs spécifiques	31
Méthodologie	31
Volet qualitative	31
Volet quantitatif	32
Considérations éthiques	36
Limites	37
Résultats et principales constatations.	38
L'Égypte	38
Services pour les populations clés	40
Services pour les PVVIH	43
MAROC	56
Services pour les populations clés	57
Services de Test	57
Services pour les PVVIH	61
TUNISIE	71
Services pour les populations clés	73
Services pour les PVVIH	74
MAURITANIE	84
Services pour les populations clés.	85
Services pour les PVVIH	88
Discussion des résultats	91
Difficultés d'accès aux services pour les PVVIH	91
Difficultés d'accès aux services pour les PC	96
Difficultés d'accès aux services psychosociaux	99
Conclusion	100
Recommandations	102
Annexes	105

LISTE DES ACRONYMES

Acronyme	
AFE	Fédération Arabe pour les Libertés et l'Egalité
ANC	Soins Prénatals
ATP	Association Tunisienne de Prévention Positive
CDV	Conseil et dépistage volontaires
CNLS	Le Comité National de Lutte contre le Sida
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
EMRO	Eastern Mediterranean Regional Office
FORSS	FORmer, Suivre, Soutenir : Mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH dans la région MENA
HSH	Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
ITPC	Coalition internationale pour la préparation au traitement
MENA	Moyen-Orient et Afrique du Nord
MOHP	Ministère de la Santé et de la Population
MoSS	Ministère de la Solidarité Sociale
NAP	National AIDS Programme
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Nations Unies

ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	Organisations de la Société Civile
PC	Populations Clé
PCR	Polymerase chain reaction
PLHIV	People Living with HIV/AIDS
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PS	Professionnel(le) du sexe
RD	(Réduction des risques auprès des usagers de drogues)
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TAR	Thérapie antirétrovirale
TV	transmission verticale
UDI	Utilisateurs de drogues injectables
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
PVVIH	Vivant avec le VIH

Liste des tableaux

Tableau 1 Répartition de l'échantillon de l'étude par pays et statut **33**

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon des PC selon le pays et les comportements à risque **33**

Tableau 3: Répartition de l'échantillon de l'étude par pays et par sexe **34**

Tableau 4: Répartition des HSH et des PS ayant déclaré avoir été testés pour les IST au cours de l'année de la pandémie **41**

Tableau 5 Fréquence des HSH et des PS qui ont pu accéder aux préservatifs et aux lubrifiants avant et pendant la pandémie **42**

Tableau 6 Répartition des répondants (PVVIH) ayant eu des difficultés à accéder au TAR avant et pendant la pandémie **44**

Tableau 7 Répartition des répondants PVVIH selon la difficulté d'accès au traitement des infections antiopportunistes avant et pendant la pandémie **46**

Tableau 8 Suffisance des revenus des répondants avant la pandémie **50**

Tableau 9 Répartition des répondants ayant déclaré que leurs revenus ont été réduits ou arrêtés pendant la pandémie et le statut VIH **50**

Tableau 10 Répartition des répondants par statut VIH et s'ils ont reçu un soutien gouvernemental pendant la pandémie **52**

Tableau 11 Répartition des répondants selon l'incidence sur le revenu de la pandémie de COVID-19 **67**

Tableau 12 Perception de l'évolution de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé parmi les participants ayant signalé une stigmatisation avant la pandémie **68**

Tableau 13 Répondants qui ont signalé une augmentation de la violence de la part des forces de l'ordre et d'autres autorités gouvernementales pendant la pandémie **70**

Tableau 14 le besoin de soutien psychosocial pendant la pandémie **77**

Tableau 15 Répondants déclarant avoir des difficultés à accéder aux services de soutien psychosocial pendant la pandémie par statut VIH **77**

Tabley 16 Répartition des participants selon la façon dont leur revenu a été affecté pendant la pandémie **79**

Tableau 17 soutien des ONG et statut VIH **80**

Tableau 18 répondants qui ont déclaré qu'ils été victimes de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé **82**

Tableau 19 Répartition des Répondants selon leur perception du changement du niveau de violence auquel ils sont exposés pendant la pandémie **82**

LISTE DE FIGURES

Figure 1: Répartition des PC interrogés qui ont reçu un test de dépistage rapide du VIH au cours de l'année de la pandémie

41

Figure 2 Raisons des difficultés d'accès au TAR pendant la pandémie

44

Figure 3 Proportion de répondants PVVIH qui ont déclaré avoir dû arrêter le TAR pendant la pandémie

45

Figure 4 Proportion de répondants PLHIV qui avaient besoin et n'avaient pas accès aux CD4 et/ou à la charge virale pendant la pandémie

46

Figure 5 Proportion de répondants PLHIV qui ont déclaré avoir besoin de services médicaux non liés au VIH et ceux qui avaient des difficultés à y accéder

47

Figure 6 Pourcentage de répondants qui ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de soutien psychosocial pendant la pandémie par statut VIH

48

Figure 7 : Répartition des PC qui ont déclaré que leurs revenus avaient été considérablement réduits ou arrêtés complètement par type de comportement à risque

51

Figure 8 Proportion de populations clés et de PVVIH interrogées qui ont déclaré avoir reçu un soutien d'ONG pendant la pandémie

52

Figure 9 Répartition des types de soutien reçus par les participants des ONG et statut VIH

53

Figure 10 Proportion de PC et de PVVIH interrogés qui ont signalé une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé pendant la pandémie

54

Figure 11 Proportion de PVVIH et de PC interrogés qui ont signalé une exposition accrue à la violence en général en dehors des soins de santé pendant la pandémie

54

Figure 12 Répartition des répondants selon la source de violence

55

Figure 13 PVVIH accru de violence de la part de la police et d'autres autorités

55

Figure 14 Pourcentage de répondants ayant déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage pendant la pandémie .

58

Figure 15 UDI qui ont déclaré avoir accès à la thérapie de remplacement avant la pandémie	59	Figure 16 UDI qui ont signalé avoir eu des difficultés à accéder à la thérapie de remplacement pendant la pandémie	59
Figure 17 Accès aux seringues à usage unique avant la pandémie de COVID-19	60	Figure 18 Accès aux seringues à usage unique pendant la pandémie de COVID-19	60
Figure 19 : Accès aux préservatifs et aux lubrifiants chez les HSH et les FSW avant et pendant la pandémie de COVID-19	60	Figure 20 Raisons données pour l'inaccessibilité aux préservatifs et aux lubrifiants	61
Figure 21 Pourcentage de PVVIH déclarant avoir des difficultés à accéder au TAR avant et pendant la pandémie	62	Figure 22 Proportion de répondants qui avaient besoin de faire un test de CD4 et/ou de charge virale et ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder au test	63
Figure 23 Obstacles à l'accès aux services médicaux pendant la pandémie	63	Figure 24 Répondants ayant signalé un besoin accru de services de soutien psychologique pendant la pandémie	65
Figure 25 Difficultés d'accès aux services de soutien psychologique pendant la pandémie	66	Figure 26 Répartition des répondants selon la suffisance du revenu avant la pandémie	66
Figure 27 Victime de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé avant la pandémie	68	Figure 28 Exposition à la violence avant la pandémie	69
Figure 29 Source de violence	70	Figure 30 Nombre de répondants du PC qui avaient accès aux services de dépistage avant et pendant la pandémie	73

Figure 31 Pourcentage d'UDI ayant déclaré ne pas avoir accès aux mesures de réduction des méfaits avant et pendant la pandémie.

74

Figure 32 Pourcentage de répondants PVVIH qui ont déclaré ne pas avoir accès au TAR avant et pendant la pandémie

75

Figure 33 Raisons d'inaccessibilité au TAR pendant la pandémie signalées par les répondants vivant avec le VIH

75

Figure 34 Raisons d'inaccessibilité aux services de soutien psychosocial pendant la pandémie

78

Figure 35 Pourcentage de répondants déclarant avoir un emploi régulier avant la pandémie

78

Figure 36 Répartition des répondants selon que leurs revenus étaient suffisants pour subvenir aux besoins de leur famille avant la pandémie

78

Figure 37 Genre de soutien reçu par l'échantillon

80

Figure 38 Formes de soutien socio-économique gouvernemental signalées reçues par les PVVIH et les PC

81

Figure 39 auteurs signalés de violences sexuelles, verbales ou physiques par les PC et les PVVIH .

83

Figure 40 Fréquence déclarée du dépistage du VIH avant l'épidémie

86

Figure 41 Défis signalés pour se faire dépister pour le VIH pendant la pandémie

86

Figure 42 Obstacles signalés à l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants pendant la pandémie .

87

Figure 43 PVVIH qui ont identifié qu'ils avaient des difficultés à accéder aux ART avant et pendant la pandémie

88

Figure 44 Fréquence des difficultés signalées pour accéder au TAR pendant la pandémie

88

Figure 45 Pourcentage de répondants qui avaient un emploi régulier avant la pandémie

90

Résumé

Le VIH/SIDA continue d'être l'une des pandémies les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, entraînant de graves répercussions sur la santé dans de nombreuses régions du monde. Le 31 décembre 2019, un groupe d'individus infectés par une pneumonie d'origine inconnue a été signalé dans la ville de Wuhan, en République populaire de Chine. Le Comité d'urgence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a officiellement déclaré la maladie connue sous le nom de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) une pandémie. Partout dans le monde, des confinements et autres mesures de confinement ont été adoptés pour freiner la propagation du virus. Ces mesures ont limité les moyens de subsistance ainsi que l'accès à une gamme de services sociaux, éducatifs et de santé. Le COVID-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé du monde entier, y compris ceux des pays de la région MENA, en particulier ceux qui étaient déjà faibles et surpeuplés. La première vague de la pandémie a eu un impact important sur les hôpitaux publics et leur personnel. L'OMS a mené une enquête dans huit pays de la Région de la Méditerranée orientale en avril 2020 et malgré le fait que la pandémie en soit encore à ses débuts, tous les pays ont signalé une interruption de divers services de lutte contre le VIH, notamment la prévention, le dépistage, le traitement et les tests de charge virale. En outre, le nombre de personnes sous TAR semble se stabiliser et les patients nouvellement initiés ont diminué dans de nombreux pays.

L'Égypte

Les statistiques officielles en Égypte font état d'un taux d'infection à VIH inférieur à 1 % dans la population générale, ce qui en fait toujours un pays à faible prévalence. Cependant, entre 2006 et 2011, les taux de prévalence ont presque décuplé. L'Égypte a également enregistré certains des nombres les plus élevés de cas de COVID-19 sur le continent africain depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Pendant les premiers mois de la pandémie de COVID-19, les tests de

dépistage du VIH dans les laboratoires gouvernementaux ont été gravement perturbés en raison de l'accent mis sur le COVID. Après une brève période de fermeture et une activité limitée, la plupart des ONG ont repris la prestation de services, y compris le dépistage dans les centres communautaires de CDV. Cela a assuré la disponibilité de sites de VCT ouverts pendant les pics de la pandémie et a contribué à détourner les gens des services de santé surchargés et surpeuplés. Il a également permis aux ONG de soutenir le suivi à long terme des patients séropositifs. Seuls 38 % des HSH et des professionnels (le)s du sexe ont déclaré avoir subi des examens de santé sexuelle et reproductive et les interventions essentielles de réduction des risques ont été profondément affectées en raison des confinements, des couvre-feux et des mesures de distanciation sociale. Cela a encouragé le PAN à s'appuyer davantage sur les ONG pour intensifier les programmes de sensibilisation communautaire et la distribution de préservatifs et de seringues à usage unique aux PC et aux PVVIH. Treize autres sites de traitement ont été ouverts au cours de cette période, portant le total à 27 sites à l'échelle nationale, limitant la nécessité pour les patients de parcourir de longues distances et soulageant les installations centrales. Le NAP a également introduit des options de distribution sur plusieurs mois qui, bien qu'utiles pour les patients, entraînaient un risque de rupture de stock, en particulier avec des conditions d'expédition et d'importation irrégulières. Les patients qui ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder au TAR sont passés de 57,1 % avant la pandémie à 71,4 % pendant la pandémie. La majorité (80 %) des patients ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder aux services médicaux requis. Les patients qui ont eu des difficultés à accéder au traitement des infections opportunistes sont passés de 62,9 % avant la pandémie à 68,6 % pendant la pandémie et les tests de CD4 et de charge virale ont été considérablement retardés, en particulier pendant les premiers stades de la pandémie.

Le NAP a accéléré son programme de prévention de la TV pour l'inclure dans son ensemble essentiel de services prénatals. Malgré cela, seulement

27,3% (3) des femmes des PC qui étaient enceintes pendant la pandémie ont eu accès aux soins prénatals et seulement 2 d'entre elles ont été testées pour le VIH.

Près de 50% des répondants ont signalé un besoin accru de services de soutien psychosocial. Cela a été signalé par les PVVIH plus que les PC (60% contre 48,2%), cependant, les deux groupes ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder à ce service pendant la pandémie (77,1% des PVVIH et 44,5% des PC). La pandémie a également eu des impacts économiques importants sur les PVVIH et les populations clés, 84,7 % de l'échantillon de l'enquête déclarant que leurs revenus avaient soit complètement cessé, soit considérablement diminué. Certaines ONG ont fourni des paniers alimentaires, des bons et des repas en plus d'un soutien financier aux personnes qui avaient été/allaient être expulsées de leur logement en raison d'un défaut de paiement de leur loyer. Il a été observé que près de la moitié des PVVIH ont déclaré avoir perçu un sentiment accru de stigmatisation et/ou de discrimination dans les établissements de santé pendant la pandémie, contre seulement 18 % des PC.

Les raisons les plus courantes de l'accès limité à la plupart des services comprenaient la peur de se rendre sur les sites de service en raison de la probabilité d'attraper un coronavirus sur place ou en cours de route, ainsi que des difficultés économiques qui limitaient leur capacité à payer les frais de transport pour atteindre le dispensaire/ lieux de traitement.

Le Maroc

Le Maroc a été identifié comme l'un des meilleurs pays de la région MENA pour faire face à l'épidémie de VIH sur la base de ses capacités de recherche, de ses systèmes de surveillance, de ses réponses fondées sur des preuves et éclairées. Il a réussi à maintenir la prévalence du VIH à un faible niveau dans la population générale et à augmenter la couverture nationale du TAR de 16 % en 2010 à plus de 75 % en 2020. La prévalence du VIH reste cependant élevée parmi les PC, en particulier les UDI (7,9 %), les FSW (1,3 %) et les migrants (3 %).

Les PC qui ont participé à l'enquête quantitative ont indiqué qu'ils avaient eu des difficultés à accéder aux services de dépistage pendant la pandémie. Cela était en partie dû à une rupture de stock importante de kits de test qui a duré près d'un an et a entraîné un énorme retard dans les services de test. Cependant, des efforts bien coordonnés entre le ministère de la Santé et les ONG locales comprenaient la distribution de stocks de trois mois de seringues à usage unique et de remplacement de la méthadone aux clients dans les zones difficiles d'accès. De plus, des stocks de médicaments de 3 mois ont été livrés aux PVVIH à domicile, soit par coursier, soit par l'intermédiaire d'ONG. D'autre part, les résultats de l'enquête quantitative auprès des PVVIH ont révélé que le pourcentage de PVVIH qui a déclaré avoir eu des difficultés à accéder au TAR avant la pandémie a doublé pendant la pandémie. Comme pour les PVVIH en Égypte, un grand pourcentage de répondants a également signalé des difficultés à faire tester leur CD4 et leur charge virale. Près de 91 % des PVVIH qui avaient besoin de services médicaux pendant la pandémie n'ont pas pu y accéder par crainte de contracter le coronavirus, et près de 53 % ont déclaré que les établissements étaient fermés ou n'avaient pas fourni les services dont ils avaient besoin pendant cette période.

Des sessions psychosociales de groupe ont été proposées via différentes plateformes en ligne comme zoom ainsi que des sessions individuelles par téléphone avec un certain nombre d'ONG. Cela a été adopté par les bénéficiaires cibles au Maroc et contrairement à leurs contemporains en Égypte, ils ont trouvé qu'il s'agissait d'une méthode de communication et de soutien facile, accessible et sûre. Cela a été particulièrement utile car un nombre important de répondants (28 %) n'ont pas pu accéder à certains services parce qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour le transport.

Les informateurs clés des ONG ont indiqué que la société civile au Maroc a joué un rôle important dans la réponse aux impacts socio-économiques de la pandémie sur la population cible en procédant à une évaluation rapide des

besoins qui a révélé un fort besoin de soutien économique pendant la pandémie. Une fois identifiées, les ONG ont travaillé sur la fourniture d'une assistance en espèces et en nature à la population cible. La proportion de PVVIH ayant déclaré avoir reçu ce soutien était nettement supérieure à celle des PC (61,1 % contre 43,2 %).

Depuis le début de la pandémie, 43,5 % des personnes ayant subi la stigmatisation pendant la période pré-pandémique ont signalé une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé. Cela s'est avéré plus fréquent chez les PVVIH que chez les PC (58,3 % contre 40,9 %).

La Tunisie

Comme dans d'autres pays de la région, l'épidémie reste concentrée parmi les populations clés. Le nombre de répondants parmi les PC qui ont déclaré avoir accès à des services de dépistage a été considérablement réduit, passant de 64,9 % avant la pandémie à 43,6 % après celle-ci. Le nombre d'UDI qui ont déclaré ne pas pouvoir accéder à un traitement de substitution est passé de 60,7 % avant la pandémie à 71,4 % pendant la pandémie et l'incapacité d'accéder à des seringues à usage unique a considérablement augmenté, passant de 17,8 % avant la pandémie à 60,7 % pendant la pandémie. Les principales raisons invoquées étaient la peur de contracter une infection et la rareté des fournitures.

Malgré le fait que des fournitures de TAR pour 3 mois ont été distribuées aux PVVIH, une grande partie des retours d'information a également mis en évidence des pénuries de médicaments en raison de l'épuisement des stocks. Le pourcentage de PVVIH qui a déclaré avoir eu des difficultés à accéder au TAR est passé de 37,8 % avant la pandémie à 51,4 % pendant la pandémie. La prévention de la TV a atteint 100 % des répondants à l'enquête ayant accès aux services prénatals, recevant régulièrement leurs fournitures de TAR, des soins prophylactiques avant et pendant le travail.

La pandémie a évidemment ajouté à la vulnérabilité économique des PVVIH et des PC puisque 71 % des répondants ont déclaré que leurs revenus avaient été considérablement réduits ou complètement arrêtés pendant la pandémie. En outre, 24,5 % des PC et 32,4 % des PVVIH ont indiqué que leur besoin de services de soutien psychosocial avait augmenté pendant la pandémie. Dans cette optique, le soutien apporté aux PVVIH était considérablement supérieur à celui fourni aux PC. Alors que 51,4 % des répondants LHIV ont déclaré avoir reçu un soutien d'organisations non gouvernementales, seuls 12,8 % des PC ont déclaré avoir reçu un tel soutien. D'autre part, 59,6 % des PC et 27 % des PVVIH ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé avant la pandémie. Seuls 10,7 % des répondants ont indiqué que la stigmatisation et la discrimination avaient augmenté pendant la pandémie.

Mauritanie

L'épidémie de VIH en Mauritanie est concentrée dans les villes et parmi les PC. La prévalence du VIH chez les adultes est d'environ 0,3 %, mais elle est stupéfiante de 9 % chez les professionnels (le)s du sexe et de 23 % chez les homosexuels et autres HSH.

Près de 89 % des PC ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage du VIH pendant la pandémie. La majorité d'entre eux, comme leurs homologues des autres pays, craignaient d'être infectés par le COVID (71 %) ou n'avaient pas assez d'argent pour le transport (6 %). Près d'un quart de ces répondants (23 %) ont également déclaré que les sites n'offraient pas de services de dépistage du VIH pendant cette période.

Seuls 45,5% des HSH et FSW ont déclaré avoir accès à des préservatifs et des lubrifiants avant la pandémie, et 73,6% ont déclaré avoir eu des difficultés à y accéder pendant la pandémie. À l'instar des chiffres et des circonstances observés dans les autres pays, 55 % des répondants ont identifié qu'ils avaient des difficultés à accéder aux ART avant la pandémie. Ce nombre est monté à

74 % pendant la pandémie. Plus de 8% des participants ont également affirmé qu'ils ne recevaient pas les mêmes quantités d'ARV qu'ils recevaient auparavant. Presque tous les répondants à l'enquête ont déclaré avoir eu besoin d'effectuer un test de CD4, de charge virale ou les deux pendant la pandémie, cependant, 85,5 % des répondants ont déclaré ne pas avoir accès à ce service, 55 % en raison des sites ne fournissant pas le service. Par conséquent, 86,5 % n'ont pas non plus été en mesure d'accéder aux services de soutien psychosocial.

Conclusion

- La pandémie a eu de graves impacts économiques sur les populations clés et les PVVIH dans les quatre pays de l'étude en raison de la perte d'emplois et de la réduction des revenus, entraînant un impact indirect sur l'accessibilité aux services liés au VIH
- Bien que différentes approches pour garantir l'accès au TAR, telles que la distribution sur plusieurs mois, aient été adoptées, l'accès à l'ART a été nettement altéré pendant la pandémie.
- L'accès aux CD4, aux tests de charge virale et aux services médicaux non liés au VIH a été fortement impacté en raison de la réticence des PVVIH à s'exposer au risque d'infection ou à l'arrêt des services.
- Le CDV pour le PC a été généralement affecté par la pandémie ainsi que l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants, aux seringues à usage unique et au remplacement de la méthadone (le cas échéant).
- Le besoin de services de soutien psychosocial a augmenté pendant la pandémie à la fois chez les PC et les PVVIH, mais l'accessibilité au service a été nettement altérée dans les quatre pays de l'étude.

Recommandations

Préparation aux catastrophes

- Les programmes nationaux et les OSC travaillant dans la prestation de services aux PVVIH et aux populations clés doivent élaborer un plan de préparation aux catastrophes.
- Les plans d'urgence des OSC doivent assurer la continuité des activités de sensibilisation pendant les situations de crise.

Coordination avec les programmes nationaux

- Les OSC doivent avoir des protocoles d'accord avec les programmes nationaux pour garantir la capacité de fournir des médicaments et du matériel de réduction des risques aux populations cibles.
- Les OSC doivent assurer la coopération gouvernementale pour s'assurer qu'elles peuvent avoir la liberté de mobilité en temps de crise pour pouvoir mener des activités de sensibilisation.

Etablissement de réseaux

- Les organisations de la société civile doivent développer des réseaux nationaux pour étendre leur portée géographique et être en mesure d'atteindre les populations difficiles à atteindre et de fournir un continuum de services dans des conditions non urgentes et d'urgence.
- La mise en place d'un réseau d'orientation solide et efficace entre les organisations de la société civile et les organisations gouvernementales pourrait assurer la continuité des services aux PVVIH et aux PC grâce à une orientation rapide vers des sites qui fournissent encore des services sur la base des mises à jour de la base de données du réseau, même en cas de crise ou de catastrophe. .

Utilisation des médias sociaux et des plateformes en ligne

- Les OSC doivent utiliser des plateformes en ligne ou développer leurs propres plateformes pour fournir des services de soutien psychosocial en ligne efficaces et efficaces aux PVVIH et aux PC.
- Les OSC doivent utiliser les plateformes de médias sociaux pour communiquer avec les bénéficiaires, en particulier pendant les situations de crise et d'urgence.

Plaidoyer

- Les efforts de plaidoyer doivent être dirigés pour s'assurer que les sites de prestation de services gouvernementaux disposent d'un personnel dédié à plein temps pour assurer la continuité du service même pendant les situations de crise et d'urgence.

Autonomisation économique Des PVVIH et PC

- composantes d'autonomisation économique devraient être incluses dans le contexte de tous les programmes s'adressant aux PVVIH et aux PC compte tenu de la vulnérabilité économique de cette population.

Contexte

Le VIH/SIDA continue d'être l'une des pandémies les plus répandues et les plus meurtrières dans le monde, entraînant de graves conséquences pour la santé dans de nombreuses régions du monde. Elle touche les personnes dans la fleur de l'âge et continue de se propager des populations à risque aux couches plus larges de la société. Plus de 47 millions d'adultes et d'enfants ont été infectés depuis le début de l'épidémie et plus de 18,8 millions de personnes sont décédées. Plus de 95% du total mondial de tous les cas de SIDA se trouvent dans le monde en développement, avec une écrasante majorité de toutes les infections contractées lors de rapports sexuels non protégés, dont au moins 70% résultant de rapports hétérosexuels. Un grand nombre de cas de SIDA sont également signalés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), mais les minorités raciales et ethniques, les femmes et les jeunes sont également infectés dans des proportions croissantes. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, on estime que 240 000 personnes sont infectées, dont 92 000 avaient accès au TAR. Les nouvelles infections à VIH ont augmenté de 7 % entre 2010 et 2020. Bien qu'il s'agisse d'un nombre apparemment faible par rapport aux chiffres du monde entier, la région MENA n'est encore que l'une des deux régions où les nouvelles infections à VIH augmentent.

Le 31 décembre 2019, un groupe d'individus infectés par une pneumonie d'origine inconnue a été signalé dans la ville de Wuhan, en République populaire de Chine. Le Comité d'urgence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a officiellement déclaré la maladie connue sous le nom de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) une pandémie. Au 18e février 2022, plus de 418 millions de cas et près de six millions de décès ont été signalés dans le monde. Le COVID-19 a été détecté dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) au début de la pandémie. Les premiers cas ont été enregistrés en Iran en février 2020. Cela a été rapidement suivi par la propagation des cas dans les pays voisins du Golfe via des contacts commerciaux et le tourisme

religieux et peu de temps après, tous les pays de la région MENA avaient signalé des cas. Début août 2021, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale (EMRO), regroupant la majorité des États de la région MENA, avait signalé 12,6 millions de cas et 236 000 décès, avec un taux de vaccination global inférieur à 6,0 %. Tout au long de la période de la pandémie, les données de la région MENA sont restées rares et incohérentes. On ne sait pas s'il s'agissait vraiment d'une estimation précise de l'ampleur de la pandémie dans la région. Il existe cependant une hypothèse selon laquelle des facteurs tels qu'une répartition inégale des richesses, l'instabilité sociopolitique aggravée par un nombre élevé de cas non détectés et sous-déclarés dans de nombreux pays de la région ont contribué de manière significative à l'incidence étendue des cas liés à la COVID-19 morbidité et mortalité. Le 31 décembre 2019, un groupe d'individus infectés par une pneumonie d'origine inconnue a été signalé dans la ville de Wuhan, en République populaire de Chine. Le Comité d'urgence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a officiellement déclaré la maladie connue sous le nom de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) une pandémie. Au 18e février 2022, plus de 418 millions de cas et près de six millions de décès ont été signalés dans le. Le COVID-19 a été détecté dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) au début de la pandémie. Les premiers cas ont été enregistrés en Iran en février 2020. Cela a été rapidement suivi par la propagation des cas dans les pays voisins du Golfe via des contacts commerciaux et le tourisme religieux et peu de temps après, tous les pays de la région MENA avaient signalé des cas. Début août 2021, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale (EMRO), regroupant la majorité des États de la région MENA, avait signalé 12,6 millions de cas et 236 000 décès, avec un taux de vaccination global inférieur à 6,0 %. Tout au long de la période de la pandémie, les données de la région MENA sont restées rares et incohérentes. On ne sait pas s'il s'agissait vraiment d'une estimation précise de l'ampleur de la pandémie dans la région. Il existe cependant une hypothèse selon laquelle des facteurs tels qu'une répartition inégale des richesses, l'instabilité socio-

politique aggravée par un nombre élevé de cas non détectés et sous-déclarés dans de nombreux pays de la région ont contribué de manière significative à l'incidence étendue des cas liés à la COVID-19 morbidité et mortalité.

Partout dans le monde, des confinements et autres mesures ont été adoptés pour freiner la propagation du virus. Ces mesures ont limité les moyens de subsistance ainsi que l'accès à une gamme de services sociaux, éducatifs et de santé. Les pays de la région MENA ont fait des efforts considérables pour faire face à la crise du COVID-19 dès le début. La capacité limitée des systèmes de santé à gérer une épidémie à grande échelle a poussé les gouvernements à tenter d'adopter des mesures de confinement strictes. Immédiatement après l'annonce de l'épidémie, la plupart des pays ont déclaré un «état d'urgence nationale», comprenant des mesures de confinement strictes, des restrictions de voyage, l'auto-isolément obligatoire et des couvre-feux. En Tunisie, des caméras thermiques pour le dépistage de la fièvre ont été installées dans les aéroports et aux postes frontières avec les pays voisins avant même que les premiers cas ne soient confirmés. Des règles de précaution strictes telles que les masques faciaux ont été rendues obligatoires dans tous les lieux publics de la plupart des pays de la région MENA, des pays comme le Maroc imposant de lourdes peines pouvant aller jusqu'à trois mois de prison en cas de violation. Cependant, alors que ces mesures ont contribué initialement à limiter le nombre d'infections et de décès par COVID-19 au cours des premiers mois de la pandémie, le dé-confinement progressif a entraîné une augmentation rapide des cas qui ont mis à rude épreuve l'économie et les systèmes de santé des pays MENA. On pense qu'une grande partie de cela a été causée par des rassemblements religieux réguliers coutumiers, des célébrations de mariage et d'autres événements sociaux où des mesures de contrôle adéquates n'ont pas été suffisamment adoptées.

Le COVID-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé du monde entier, y compris ceux des pays de la région MENA, en particulier ceux qui étaient déjà

faibles et surpeuplés. Les économies en développement de la région MENA continuent de lutter contre les faibles dépenses de santé (les dépenses par habitant sont nettement inférieures aux moyennes des pays de catégories de revenus similaires) aggravées par la pénurie de personnel de santé qualifié. Le nombre enregistré de médecins pour 1 000 habitants est bien inférieur au seuil recommandé par l'OMS de 4,45 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1 000 habitants, et aussi bas que 0,72 et 0,79 au Maroc et en Égypte respectivement.

La première vague de la pandémie a eu un impact important sur les hôpitaux publics et leur personnel. Les structures de santé au Liban, au Maroc et en Tunisie ont non seulement été gravement épuisées, mais ont également subi le contrecoup de la confiance du public dans la crédibilité du système gouvernemental et sa capacité à gérer la crise (Figure 1).

D'un autre côté cependant, plusieurs pays comme la Jordanie et les Émirats arabes unis n'ont pas tardé à adopter des mesures décisives et innovantes assez rapidement pour contenir le virus. Ces défis ont entraîné la perturbation des services de santé de plusieurs façons. Les efforts pour limiter la transmission de la COVID-19 ont conduit à empêcher l'accès aux interventions et services préventifs. Les perturbations des services pour de nombreuses maladies telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les situations des pays à revenu faible et intermédiaire ont entraîné des pertes de vie supplémentaires. Pour le VIH, l'impact le plus important a été une interruption notable du dépistage, des services de prévention et de l'initiation du traitement. Au fur et à mesure que la pandémie évoluait, de nouvelles données ont identifié l'impact clairement perturbateur de la COVID-19 sur la riposte au VIH dans les pays du monde, en particulier sur les mesures de dépistage et de traitement.

L'OMS a mené une enquête dans huit pays de la région de la Méditerranée orientale en avril 2020 et malgré le fait que la pandémie en soit encore à ses

débuts, tous les pays ont signalé une interruption de divers services de lutte contre le VIH, notamment la prévention, le dépistage, le traitement et les tests de charge virale (Voir Fig. 2).

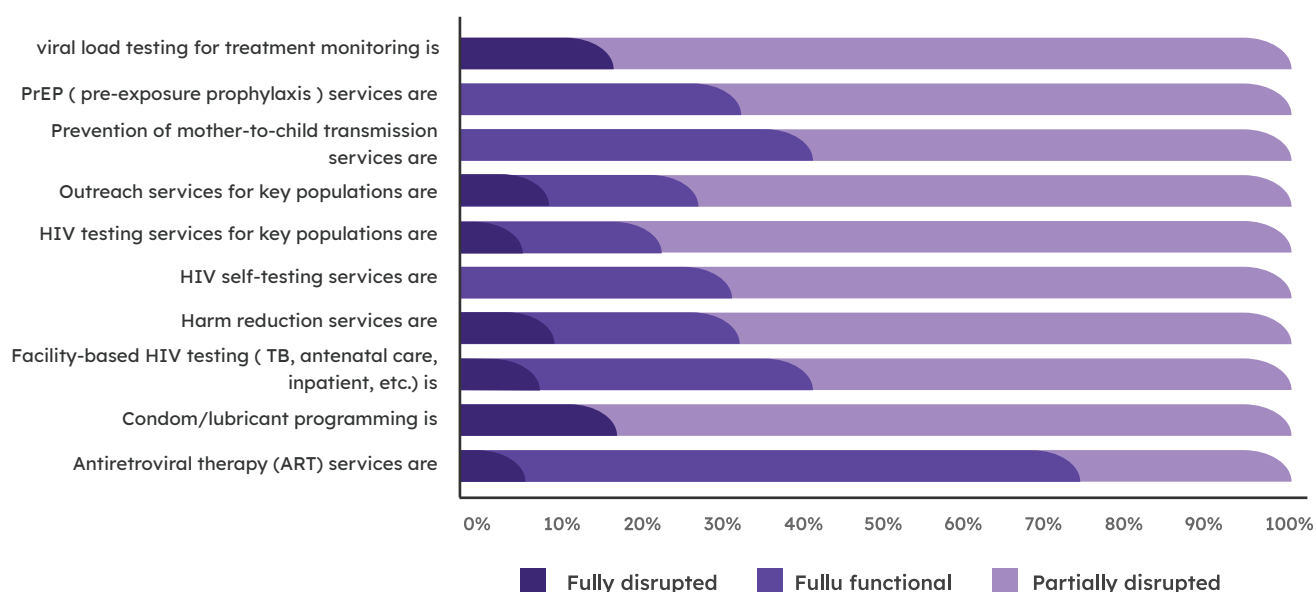


Figure : Perturbation des services liés au VIH pendant la COVID-19

Les participants ont indiqué que cela était principalement dû aux limitations de mouvement dues à diverses restrictions et mesures de distanciation sociale ainsi qu'à la réorientation des installations et des ressources pour répondre à la COVID-19. En outre, quatre pays ont également signalé une rupture de stock complète ou des stocks faibles de médicaments antirétroviraux (ART). La baisse des taux de tests et la propagation des variantes Delta et Omicron à mesure que la pandémie progresse suggèrent que les infections dépassaient de loin le nombre de cas confirmés. En outre, le nombre de personnes sous TAR semble se stabiliser et les patients nouvellement initiés ont diminué dans de nombreux pays. Notamment, une étude réalisée par un groupe de modélisation convoqué par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) en mai 2020 au début de l'épidémie qui a prédit que « si des efforts ne sont pas faits pour atténuer et surmonter les interruptions des services et des fournitures de santé pendant la pandémie de COVID-19, une interruption de 6 mois du TAR pourrait entraîner plus de 500 000 décès supplémentaires dus à des maladies

liées au sida, y compris à la tuberculose (TB) en Afrique subsaharienne en 2020 -21».

Dans les deux épidémies, il est clair que les pauvres, les marginalisés et les criminalisés qui sont les plus exposés à l'infection et à la mort sont les moins capables d'en faire face. Les populations clés, y compris les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les consommateurs de drogues injectables (UDI) ainsi que les migrants, les réfugiés et les populations en situation de crise humanitaire, entre autres, sont confrontés à des risques plus élevés de COVID-19 et à une gamme d'effets indésirables qui augmentent leur vulnérabilité et le risque de contracter le VIH. Les données actuelles suggèrent également que les hommes connaissent des taux plus élevés de décès liés au COVID-19. Cependant, en raison des disparités sociales et économiques profondément enracinées fondées sur le sexe, du rôle des femmes dans l'économie informelle, associés aux soins non rémunérés et aux charges de travail domestiques, les femmes et les filles sont celles qui supportent le fardeau disproportionné des effets de la pandémie. En fait, les efforts visant à minimiser la transmission de la COVID-19, tels que les restrictions de mobilité, les confinements et les couvre-feux ainsi que le stress lié à la pandémie, ont entraîné une forte augmentation des violences signalées à l'égard des femmes et des filles.

Dans certains contextes, les efforts visant à contrôler la propagation du COVID-19 pénalisent des personnes déjà en marge de la société. En outre, la stigmatisation et la discrimination, les lois et pratiques punitives, le manque de services appropriés et l'accès limité à l'information sont quelques-uns des éléments qui limitent également l'accès à leurs besoins fondamentaux et rendent ces populations à risque plus difficiles à atteindre via les établissements de santé officiels.

Sur une note positive, la pandémie a poussé plusieurs économies de la

région MENA à investir dans les dépenses de santé. Certains pays ont réussi à mettre à niveau leurs systèmes de santé suffisamment rapidement pour pouvoir réagir efficacement à l'épidémie, ce qui a entraîné des taux assez faibles de morbidité et de mortalité liées à la COVID-19 au cours des premiers mois de la pandémie.

Le Projet

Solidarité Sida, en partenariat avec ITPC-MENA et cinq ONG a développé le programme FORSS (« FORMer, Suivre, Soutenir : Mobilisation communautaire pour lutter contre le VIH en région MENA ») en 2018 pour établir un système de suivi communautaire pour mesurer services de prévention, de dépistage et de traitement. Le programme est géré par cinq ONG partenaires en Égypte (AL SHEHAB), au Liban (M-COALITION / AFE-MENA), au Maroc (RDR-MAROC), en Mauritanie (AGD) et en Tunisie (ATP+). Il travaille également sur la conduite d'activités de plaidoyer dans le but d'influencer le dialogue national et international ainsi que d'améliorer l'offre et la qualité des services de prévention, de soins et de traitement dans la région MENA pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les populations clés (KP).

Les ONG partenaires ont établi des sites de collecte de données dans les 5 pays dans le but de cibler les populations à risque pour collecter des données détaillant les défis/obstacles rencontrés par les PVVIH et les populations clés ainsi que l'identification de la stigmatisation ou de la discrimination rencontrées. Ils soutiendront également l'identification et la documentation de la disponibilité, de l'accès et de la qualité des services de prévention, de dépistage et de soins afin de mieux pouvoir affiner les stratégies de lutte contre le VIH/ SIDA dans la région MENA. Cet objectif sera atteint à travers cinq objectifs ;

Objectif -1 Améliorer les connaissances et les pratiques des acteurs communautaires dans les services de prévention, de soins et de traitement pour les PVVIH et les populations clés.

Objectif -2 Générer des données nationales et régionales sur la qualité et l'accessibilité des services de prévention, de traitement et de soutien pour les PVVIH et les populations clés.

Objectif -3 Influencer les stratégies de prévention et de prise en charge du VIH aux niveaux national, régional et international et leur mise en œuvre.

Objectif -4 Renforcer durablement le positionnement d'ITPC-MENA en tant

qu'un acteur fort de la zone Moyen-Orient et Afrique du Nord (MENA), à travers l'accompagnement de son développement stratégique et organisationnel.

Objectif -5 Dans le contexte de la crise sanitaire mondiale liée à la pandémie de COVID19-, maintenir le continuum des services communautaires de prévention, de dépistage et de soins pour les PVVIH et les populations clés dans les 5 pays d'intervention, dans des conditions garantissant la sécurité des équipes et des bénéficiaires des ONG partenaires.

Buts et objectifs de l'étude

Le But

Conformément au programme FORSS mis en œuvre dans cinq pays de la région MENA, à savoir l'Égypte, la Tunisie, le Maroc, la Mauritanie et le Liban, cette étude visait à évaluer les impacts du COVID-19 sur l'accès aux services VIH pour les PVVIH et les populations clés dans les cinq pays d'intervention du programme FORSS.

Objectifs spécifiques

- Identifier le bilan de l'impact du COVID-19 sur les systèmes de santé et les mesures mises en place par les gouvernements.
- Mesurer l'impact du COVID-19, et notamment des politiques de confinement, de restriction des déplacements, de fermeture de nombreuses structures associatives et étatiques (etc.) sur :
 - o La disponibilité et l'accessibilité des services (prévention, dépistage, dispensation des ARV, soins, suivi biologique, suivi psychosocial)
 - o Santé mentale ; Situation socio-économique ;
 - o Stigmatisation et discrimination pour les PVVIH et les populations clés
- Mettre en évidence la position adoptée par les organisations communautaires dans la continuité des services VIH.

Méthodologie

L'étude actuelle a été menée dans 4 pays, l'Égypte, le Maroc, la Tunisie et la Mauritanie et était basée sur un mélange de méthodes quantitatives et qualitatives pour permettre la triangulation dans l'atteinte des objectifs de l'étude. Une approche descriptive a été adoptée dans les deux méthodes.

Volet qualitatif

Examen de la littérature

L'examen de la littérature comprenait l'examen des plans et rapports stratégiques nationaux sur le VIH, les rapports publiés des agences des Nations Unies, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), ainsi que les rapports publiés évalués par les pairs. des articles.

Informateurs clés

Des entretiens ont été menés avec des représentants des prestataires de services gouvernementaux, l'ONUSIDA, ainsi que les principales organisations de la société civile (OSC) concernées par la fourniture de services aux PVVIH et aux populations clés (Annexe 3). Un guide d'entretien spécialement conçu a été élaboré aux fins de collecte de données en langues arabe et française et validé lors d'une réunion avec les parties prenantes de l'étude dans les 4 pays (Annexe 2).

Les entretiens ont été menés à l'aide d'applications VoIP, notamment Zoom et Google Meet, afin de pouvoir respecter les délais de l'étude et de mener des entretiens avec les parties prenantes dans les 4 pays. Des notes ont été prises pendant les entrevues et les scénarios d'entrevue ont été analysés par thème.

Volet quantitatif

Une enquête quantitative a été menée auprès d'un échantillon de PVVIH et de Populations Clés dans chaque localité cible (Annexe 4).

Considérations d'échantillonnage

Sur la base des dernières données publiées par l'OMS sur l'interruption des services fournis aux PVVIH, 1 à 40 % des PVVIH ont connu une interruption des services pendant la pandémie de COVID-19. Par conséquent, la taille de l'échantillon précédemment calculée, qui était basée sur l'hypothèse d'une incertitude maximale, peut maintenant être ajustée à la lumière des données directrices actuellement disponibles.

En supposant le même niveau de confiance et de précision (95% et 5%) et en estimant la prévalence des sujets ayant subi une interruption de service à 20% (sur la base des résultats publiés par l'OMS), la taille d'échantillon estimée par pays sera de 243 à arrondir jusqu'à 250.

Une taille d'échantillon minimale de 243 dans chaque pays était suffisante pour détecter au moins 20 % des sujets ayant subi une interruption de service (estimation de l'OMS) à 95 % de confiance avec 5 % de précision. Sur la base d'une collecte de données pilote dans les 4 pays, il a été constaté qu'il existe un chevauchement marqué entre les catégories de PC (c. qui pourraient également être des UDI) par conséquent, un échantillon de quota stratifié par catégorie de PC n'était pas nécessaire.

Tableau 1 Répartition de l'échantillon de l'étude par pays et statut

VIH	Tunisie		Maroc		Mauritanie		Egypte	
	Non	%	Non	%	Non	%	Non	%
PK	94	71.8	213	85.5	114	46.5	220	86.3
PVVIH	37	28.2	36	14.5	131	53.5	35	13.7
Total	131	100	249	100	245	100	255	100

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon des PC selon le pays et les comportements à risque

	HSH		IDUS		PS	
	No	%	No	%	No	%
Tunisie	50	38.2	29	22.1	28	21.4
Maroc	117	47	68	27.3	37	14.9
Mauritanie	65	26.5	113	46.1	13	5.3
Égypte	29	11.4	128	50.2	114	44.7

Tableau 3: Répartition de l'échantillon de l'étude par pays et par sexe

	Mauritanie		Tunisie		Egypte		Maroc	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Autre	16	6.5	22	16.8	1	0.4	17	6.8
Femme	157	64.1	43	32.8	163	63.9	85	34.1
Homme	72	29.4	66	50.4	91	35.7	147	59
Total	245	100	131	100	255	100	249	100

Outils de collecte de données

Un questionnaire spécialement conçu a été élaboré pour la collecte de données en trois langues (arabe, anglais et français). Le questionnaire a saisi les caractéristiques de base des répondants, y compris l'âge, le sexe et l'état matrimonial. Le questionnaire a également capturé l'engagement des répondants dans divers comportements à risque, y compris la pratique du commerce du sexe, les activités sexuelles masculines avec des hommes et l'utilisation de drogues intraveineuses. Le questionnaire tentait également de vérifier si le participant était une personne vivant avec le VIH sur la base d'un résultat de test positif. La dernière partie du questionnaire a recueilli des données pour évaluer les changements dans les besoins des répondants et leur accès à divers services liés au VIH, à la réduction des méfaits et à d'autres services de santé et sociaux connexes pendant la pandémie de COVID-19. Le questionnaire visait principalement à saisir l'expérience des répondants au cours des 12 mois précédant l'enquête qui a débuté en octobre 2020. Toute référence dans le rapport sur la pandémie fera référence à cette période précise. Le questionnaire a fait l'objet d'un essai pilote auprès d'un groupe de parties prenantes de chaque pays afin de garantir sa validité et son adéquation au contexte culturel local et aux préférences linguistiques de chaque pays. Le questionnaire a été retraduit entre les 3 langues pour assurer la validation des traductions.

Le questionnaire a ensuite été transformé en formulaire électronique à l'aide de l'application Kobo toolbox permettant à l'utilisateur de choisir une langue pour l'administration du questionnaire parmi les 3 langues. (Voir annexe 1).

Méthode de collecte des données

Le lien vers le questionnaire électronique a été partagé avec le comité de pilotage local de l'étude dans chaque pays. Les équipes de collecte de données dans chaque pays ont reçu une brève orientation sur le questionnaire afin de minimiser les biais inter-observateurs. Le questionnaire a été rempli par les équipes de collecte de données lors d'un entretien avec les participants. Le processus de collecte des données a commencé en octobre 2020.

Contrôle de la qualité

Des données Un responsable de la collecte des données a supervisé le référentiel de collecte des données pour garantir une qualité satisfaisante des données, et un contrôle aléatoire de la qualité a été effectué sur 5 % des questionnaires après la collecte, ce qui est le montant standard utilisé pour la vérification des données. . Les données collectées ont été vérifiées pour les valeurs aberrantes avant de procéder à l'analyse des données.

Analyse des données

Une analyse descriptive a été effectuée pour toutes les variables recueillies afin d'estimer la prévalence. Le pourcentage a été calculé pour les données discrètes, les moyennes et les écarts-types ont été calculés pour les données continues. Les données collectées ont été désagrégées par âge, sexe, nationalité et répartition géographique.

Gestion et protection des données

Les consultants ont utilisé la boîte à outils Kobo pour la gestion des données. Ce système a permis de collecter des données dans des conditions de connectivité défavorables. Les questionnaires sont automatiquement soumis

au serveur attribué à l'entreprise, sauf en cas de mauvaise connectivité Internet, où les données sont sauvegardées jusqu'à ce que la connectivité soit rétablie où les données pourraient être soumises au serveur. Le système garantissait la confidentialité et l'intégrité des données : une fois qu'un questionnaire était soumis, le collecteur de données ne pouvait pas récupérer ou modifier les données soumises.

Seul l'investigateur principal avait accès à la base de données sur le serveur et vérifiait l'évolution quotidienne et la qualité des données dans les fichiers du référentiel. Une fois la collecte de données terminée, la base de données a été convertie en un fichier tableur pour un contrôle de qualité plus poussé. Toutes les informations d'identification des participants ont été supprimées pour le maintien de la confidentialité et de l'anonymat et la base de données a ensuite été convertie en un fichier de données SPSS pour l'analyse statistique en gardant toutes les questions comme étiquettes pour les variables et les réponses comme étiquettes pour les différents niveaux de la variable.

La base de données d'origine est conservée sur le stockage cloud pendant 6 mois après la fin de la mission, les fichiers Excel et les fichiers de données SPSS sont conservés sur le stockage cloud de l'entreprise pendant la même durée.

Considérations éthiques

Les enquêteurs ont pris toutes les mesures possibles pour s'assurer que les processus de collecte de données étaient :

- Équitables et inclusifs :

En sollicitant les points de vue de diverses parties prenantes et en traitant les conflits d'intérêts potentiels et les relations de pouvoir inégales. Des efforts particuliers ont été déployés pour rendre le processus de recherche sensible au genre et inclusif.

- Basé sur les droits et l'éthique :

Les enquêteurs se sont assurés du respect des droits et de la dignité des

participants ainsi que du respect des normes éthiques pertinentes. La recherche a assuré une participation appropriée, sûre et non discriminatoire, un processus de consentement et de retrait libres et non contraints, ainsi que la confidentialité et l'anonymat des participants. Le consentement éclairé de chaque personne participant à la collecte de données a été recueilli verbalement, après une explication de l'objectif du questionnaire. Ils ont également été guidés pour répondre à une question particulière uniquement s'ils en avaient envie, et qu'ils pouvaient arrêter l'entretien à tout moment sans conséquences.

- **Conflit d'intérêts :**

Les enquêteurs n'avaient aucun conflit d'intérêt déclarable ou parti pris potentiel, y compris un parti pris envers l'une des parties prenantes, les groupes cibles, les types de méthodologies ou d'approches de recherche et les préjugés sociaux, politiques ou religieux.

Limites

En raison des restrictions liées au COVID-19, la phase de collecte de données de l'enquête quantitative a pris plus de temps que prévu. Rencontrer un plus petit nombre de répondants pour éviter de les exposer au risque d'infection. En raison de contraintes de temps, la phase de collecte de données a dû être interrompue alors que la taille d'échantillon minimale requise pour l'enquête n'a pas été atteinte en Tunisie. Cependant, à des fins de transparence, les données recueillies auprès du pays ont été analysées et présentées dans la section des résultats.

La collecte des données n'a pas couvert tous les territoires des pays concernés par l'étude, ce qui peut représenter une limite dans les conclusions tirées.

Il y avait un plan initial pour mener des discussions de groupe virtuelles avec les PVVIH et les PC de chaque pays en les rassemblant dans l'une des ONG locales pour s'assurer qu'ils avaient accès à Internet, cependant, en raison des restrictions COVID-19, les ONG ont déconseillé de rassembler des groupes des PVVIH et des PC, cette partie de la recherche qualitative a donc

dû être exclue.

Bien qu'il ait été initialement prévu d'inclure le Liban dans l'étude, en raison des troubles politiques qui ont prévalu dans le pays à la suite de l'explosion accidentelle dans la capitale Beyrouth, il n'a pas été possible de procéder à la collecte de données prévue. Il a donc été décidé d'exclure le Liban de l'étude.

Résultats et principales constatations

Les résultats de l'étude sont présentés dans un contexte spécifique au pays et comprennent une compilation de données quantitatives et qualitatives pour synthétiser des résultats valides. Les résultats pour chaque pays donneront un aperçu de la réponse générale du pays à la pandémie de COVID-19, la réponse spécifique pertinente pour les PVVIH et les services de PC, l'implication des réponses du pays sur la disponibilité et l'accessibilité des services, le rôle des ONG dans le maintien la continuité des services et l'impact de la pandémie et des réponses du pays sur les besoins (économiques, psycho-sociaux) des PVVIH et des PC ainsi que sur la stigmatisation et la discrimination à leur encontre.

L'Égypte

Les statistiques officielles en Égypte font état d'un taux d'infection à VIH inférieur à 1 % dans la population générale, ce qui en fait toujours un pays à faible prévalence. Cependant, entre 2006 et 2011, les taux de prévalence ont presque décuplé. Selon l'ONUSIDA, en 2020, il y avait environ 23 600 cas de VIH estimés. Parmi les cas officiellement signalés, la transmission hétérosexuelle reste le principal mode de transmission du VIH. Cependant, les comportements dangereux, en particulier parmi les populations les plus à risque ou les populations clés (KP) et la réduction limitée des risques exposent l'Égypte à un risque beaucoup plus élevé d'une épidémie.

La dernière enquête de surveillance biologique et comportementale menée par le ministère de la Santé et de la Population (MOHP) en 2010 a identifié un taux d'infection de 6,9 % et 7,7 % respectivement chez les HSH et les consom-

mateurs de drogues par voie intraveineuse, ce qui suggère qu'il existe une épidémie concentrée parmi les populations clés. La stigmatisation sociale profondément enracinée et le manque de données de prévalence fiables et à jour ont également contribué à cela, ainsi qu'une réticence générale du gouvernement à aborder les problèmes liés aux PC tels que les HSH, les FSW et les UDI. la société stigmatise davantage les populations clés, ce qui rend les études de surveillance du VIH plus difficiles à mener.

L'Égypte a enregistré certains des nombres les plus élevés de cas de COVID-19 sur le continent africain et au 11 janvier 2021, 995 décès ont été reconnus par le ministère de la Santé et de la Population. Pour limiter la propagation de l'infection, l'Égypte avait imposé diverses mesures depuis le début de la pandémie dont des restrictions temporaires de voyage (test Covid-19 obligatoire pour les passagers entrants et quarantaine obligatoire pour les patients positifs), un confinement partiel (couvre-feu nocturne) ainsi comme l'exploitation de certains espaces publics à 50 % de leur capacité et des heures d'ouverture restreintes. De plus, des mesures de distanciation sociale ont été imposées et les masques ont été rendus obligatoires dans tous les lieux publics ainsi que dans les transports publics et privés. Près de deux ans après le début de la pandémie, des pays du monde entier, dont l'Égypte, continuent d'être touchés par les effets médicaux et socio-économiques importants de celle-ci. Il a révélé l'insuffisance des systèmes et des programmes de santé et mis en évidence les profondes inégalités sociales et économiques au sein de sa société qui frappent le plus les communautés vulnérables et marginalisées. Le Programme national de lutte contre le sida, avec le soutien de partenaires internationaux tels que l'ONUSIDA, le Fonds mondial via le PNUD, l'OMS et l'OIM, entre autres, n'a pas tardé à réagir peu après le début de la pandémie et la mise en œuvre des mesures de confinement et de couvre-feu. Ils ont travaillé avec diligence pour soutenir la pérennité des services liés au VIH et s'assurer qu'ils étaient fournis de manière sûre et efficace. Malgré les ressources surchargées des services de santé gouvernementaux, le NAP s'est efforcé de

mobiliser les ressources nationales pour développer et intensifier les services essentiels de lutte contre le VIH et de réduction des risques. De plus, l'engagement communautaire continue d'être l'un des éléments essentiels d'une riposte au VIH plus efficace et équitable en Égypte, en particulier parmi les populations clés et les groupes marginalisés et vulnérables.

Services pour les populations clés

Services de Dépistage

Au cours des premiers mois de la pandémie de COVID-19, les tests de dépistage du VIH par les laboratoires du gouvernement central ont été gravement perturbés en raison des laboratoires qui se concentraient sur les tests de dépistage de la COVID. Après une brève période de fermeture et une activité limitée, la plupart des ONG et des organisations communautaires ont repris la prestation de services, y compris la fourniture de tests dans les sites communautaires de conseil et de test volontaires (CDV). Actuellement, ils ne peuvent effectuer que des tests rapides pour les clients et les résultats positifs sont ensuite transmis au laboratoire central du ministère de la Santé pour confirmation par un test ELISA et un traitement ultérieur. Assurer la disponibilité de sites de VCT ouverts, en particulier pendant les pics de la pandémie, a aidé à détourner les gens des services de santé surchargés vers des sites où ils ont pu maintenir des mesures de distanciation sociale et de protection appropriées. Il a également permis aux ONG de soutenir le suivi à long terme des patients testés positifs pour le VIH.

Près de la moitié des PC interrogés ont déclaré qu'ils n'avaient pas été testés pour le VIH pendant la période pandémique, 37 % ont déclaré n'avoir été testés qu'une seule fois et 14 % ont déclaré avoir été testés plus d'une fois pendant cette période. Pendant les périodes de pointe de la pandémie de COVID-19, les centres de test dans les établissements gouvernementaux étaient limités aux seuls tests de dépistage du coronavirus. Cela a rendu les services de test fournis par les ONG particulièrement précieux pour ceux qui ont besoin d'un test urgent.

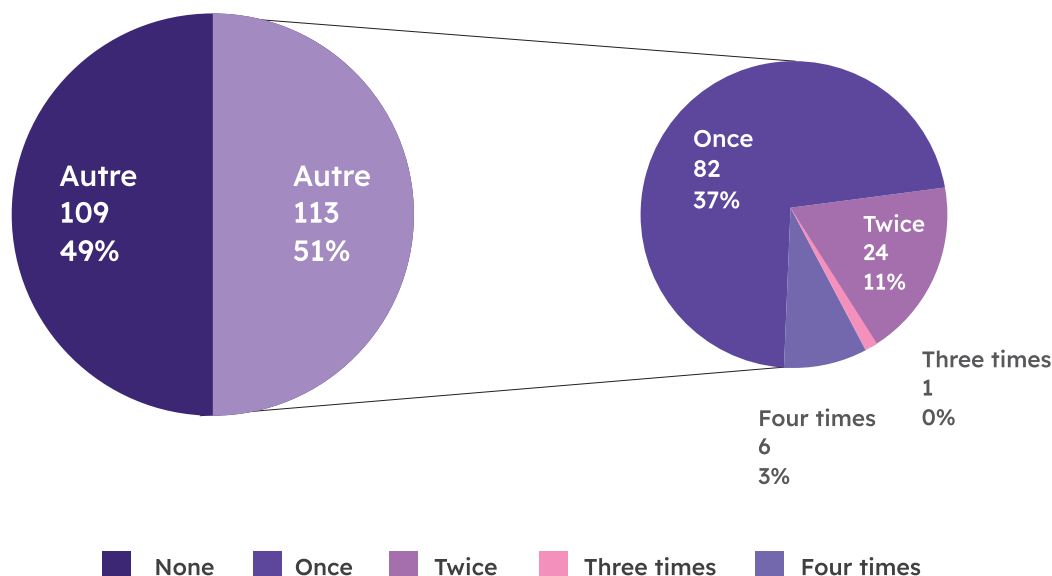


Figure 1: Répartition des PC interrogés qui ont reçu un test de dépistage rapide du VIH au cours de l'année de la pandémie

Dépistage de la santé sexuelle et reproductive (SSR) et des infections sexuellement transmissibles (IST)

Seuls 38 % des HSH et des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir subi un examen de santé sexuelle et reproductive et ont été testés pour les IST courantes pendant la période de la pandémie de COVID-19. Sans chiffres à comparer, car aucun système de surveillance de routine pour le suivi des IST n'existe en Égypte, il est impossible de déterminer comment la pandémie de COVID-19 a affecté cela.

Tableau 4: Répartition des HSH et des PS ayant déclaré avoir été testés pour les IST au cours de l'année de la pandémie

	Fréquence	Pourcentage
No	97	61.8
Yes	60	38.2
Total	157	100

Réduction des risques

Les interventions essentielles de réduction des risques ont été profondément affectées en raison des mesures de confinement, de couvre-feu et de

distanciation sociale. Cela a encouragé le PAN à s'appuyer davantage sur les ONG pour intensifier la distribution de préservatifs et de seringues aux populations clés et aux PVVIH.

Préservatifs et lubrifiants

Il a été observé que la proportion de PS et de HSH qui ont pu accéder aux préservatifs et aux lubrifiants n'a pas été remarquablement réduite pendant la pandémie. Alors que 60,5 % de cette population ont déclaré avoir accès aux préservatifs et aux lubrifiants avant la pandémie, seuls 53,5 % ont déclaré avoir eu accès aux préservatifs et aux lubrifiants pendant la pandémie.

Seringues à usage unique

Seuls 7,5 % des UDI ont déclaré qu'ils recevaient des seringues à usage unique avant l'épidémie. 42,9% de ceux-ci ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux seringues à usage unique pendant la pandémie. Les raisons rapportées de cette difficulté étaient leur réticence/incapacité à se rendre aux ONG par crainte d'attraper l'infection ainsi que le manque d'argent pour le transport.

Les discussions avec les ONG et les OSC ont cependant indiqué que depuis le début de la pandémie, le NAP a tenu à accroître les activités de réduction des risques grâce à des programmes de sensibilisation communautaires fournis par ces organisations. Cela comprend la distribution de seringues à usage unique et de préservatifs parmi les PC et les groupes à haut risque.

Tableau 5 Fréquence des HSH et des PS qui ont pu accéder aux préservatifs et aux lubrifiants avant et pendant la pandémie

	Avant		Pendant	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Non	62	39.4	73	46.5
Oui	95	60.5	84	53.5
Total	157	100	157	100.0

Services pour les PVVIH

TAR

Patients diagnostiqués avec le VIH précédemment devaient se faire délivrer leurs médicaments chaque mois dans l'un des 14 établissements gouvernementaux alloués qui fonctionnaient avant le début de la pandémie. Ceux-ci n'étaient pas disponibles dans chaque ville ou gouvernorat, ce qui obligeait les individus à parcourir parfois de longues distances pour obtenir leur traitement antirétroviral et à se faire prélever du sang pour l'envoyer aux laboratoires centraux pour les tests. Depuis le début de la pandémie, le NAP a mis en place 13 autres sites de traitement, portant le total à 27 sites à l'échelle nationale. Cela a été extrêmement bénéfique pour les patients recevant un traitement, mais encore plus pendant la pandémie, car cela a également limité la nécessité pour les patients de parcourir de longues distances. De plus, il a soulagé les installations centrales et évité le surpeuplement des patients, deux mesures cruciales pour limiter la propagation du COVID19. Sur la base des directives de l'OMS, le NAP a également introduit des options de distribution sur plusieurs mois permettant aux patients de recevoir des fournitures de deux ou trois mois à la fois pendant les périodes de pointe de la pandémie. Bien qu'il soit également extrêmement bénéfique pour les patients, ce système n'était pas organisé de manière efficace au départ et les critères utilisés pour sélectionner si les patients recevaient des fournitures pour un, deux ou trois mois ne sont pas clairs. Cela a également entraîné un risque de rupture de stock, en particulier avec des conditions d'expédition et d'importation irrégulières. Conformément à la dépendance accrue au financement gouvernemental et aux ressources locales, les ARV de lignes 1 et 2 sont désormais fabriqués par des sociétés pharmaceutiques locales.

Tableau 6 Répartition des répondants (PVVIH) ayant eu des difficultés à accéder au TAR avant et pendant la pandémie

	Avant la pandémie		Pendant la pandémie	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Non	15	42.9	10	28.6
Oui	20	57.1	25	71.4
Total	35	100	35	100

Lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient difficultés d'accès à leurs médicaments antirétroviraux, le pourcentage de PVVIH ayant répondu oui est passé de 57,1 % avant la pandémie à 71,4 % pendant la pandémie.

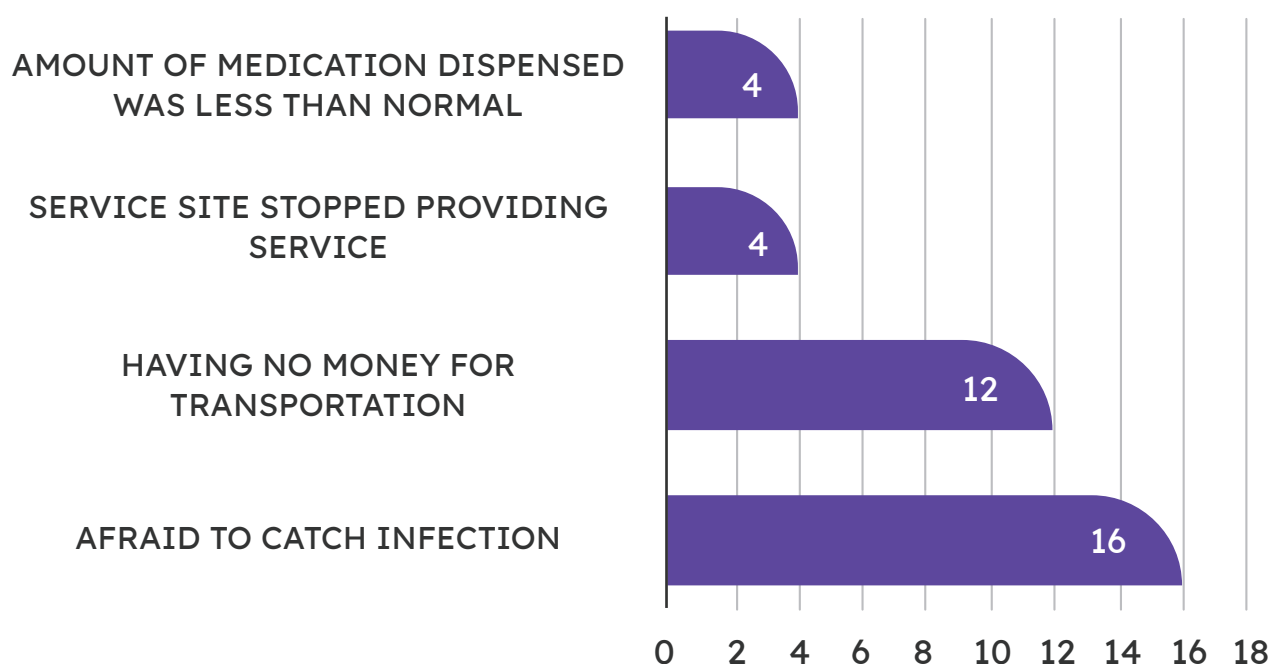


Figure 2 Raisons des difficultés d'accès au TAR pendant la pandémie

Alors que les sites de distribution avaient considérablement augmenté et que les individus se voyaient proposer des solutions de distribution sur plusieurs mois, un grand nombre de personnes ne recevaient toujours pas leurs médicaments de manière simple et cohérente. La raison la plus courante donnée par les participants à l'étude pour leurs difficultés à accéder au TAR était leur peur de se rendre sur les sites de service en raison de la probabilité d'attraper un coronavirus sur place ou en cours de route. La deuxième raison

la plus souvent invoquée était les difficultés économiques imposées par la pandémie qui limitaient leur capacité à payer les frais de transport pour se rendre aux sites de dispensation.

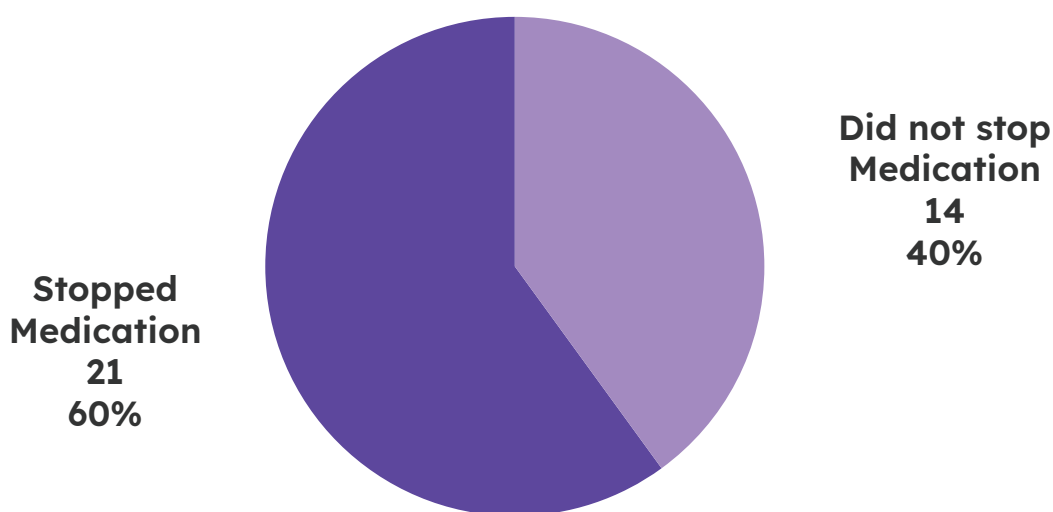


Figure 3 Proportion de répondants PVVIH qui ont déclaré avoir dû arrêter le TAR pendant la pandémie

60 % des participants à l'enquête ont déclaré qu'en raison de difficultés associées à l'accès au TAR, ils ont dû arrêter le médicament pendant diverses périodes pendant la pandémie. Pour tenter d'en limiter les effets, une initiative de soutien par les pairs pour soutenir l'observance du traitement a été adoptée par plusieurs ONG avec le soutien de l'ONUSIDA par téléphone et en face à face avec le suivi des patients pour s'assurer que les patients prenaient leurs médicaments régulièrement et correctement.

Médicaments pour les infections opportunistes

Comme pour le TAR, la proportion de participants signalant des difficultés à accéder au traitement des infections opportunistes est passée de 62,9 % avant la pandémie à 68,6 % pendant la pandémie.

Tableau 7 Répartition des répondants PVVIH selon la difficulté d'accès au traitement des infections anti-opportunistes avant et pendant la pandémie

	Avant la pandémie		Pendant la Pandémie	
	Fréquence	Pourcent	Fréquence	Pourcentage
	1	2.9	1	2.9
Non	12	34.3	10	28.6
Oui	22	62.9	24	68.6
Total	35	100	35	100

CD4 et charge virale

Les ONG interrogées ont identifié que les tests de CD4 et de charge virale étaient l'une des interventions qui ont été retardées, en particulier pendant les premiers stades de la pandémie, lorsque le ministère de la Santé avait du mal à faire face aux sites de test surpeuplés et aux tests COVID. En outre, comme pour les procédures de test initiales, de nombreuses personnes vivant avec le VIH avaient peur de se rendre sur les sites de test en raison du risque d'attraper le COVID, en particulier dans leur état immunodéprimé.

66% des répondants ont déclaré qu'ils devaient effectuer à la fois la charge CD4 et virale pendant la pandémie. 14% ont déclaré qu'ils avaient besoin d'effectuer un test de CD4 et 16% ou les répondants ont déclaré qu'ils avaient besoin d'effectuer une charge virale pendant la pandémie.

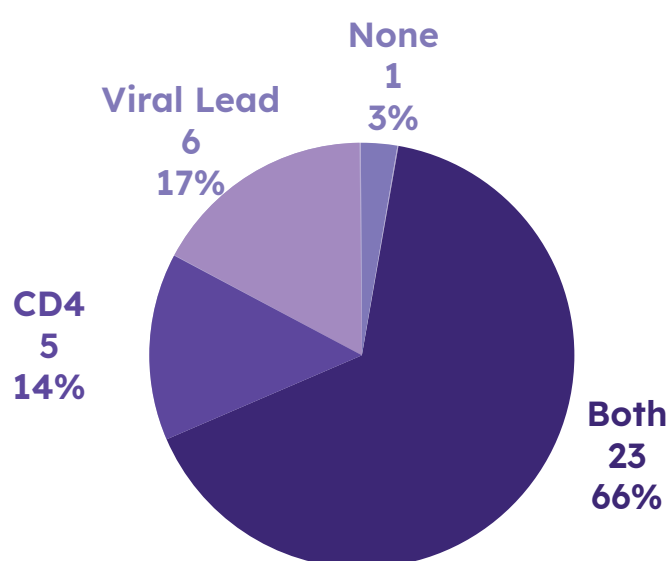


Figure 4 Proportion de répondants PLHIV qui avaient besoin et n'avaient pas accès aux CD4 et/ou à la charge virale pendant la pandémie

Services médicaux

Alors que 83 % des participants ont déclaré avoir eu besoin d'une forme de service médical sans rapport avec le VIH pendant la pandémie, la majorité (80 % des répondants) ont déclaré éprouver des difficultés à accéder aux services médicaux requis.

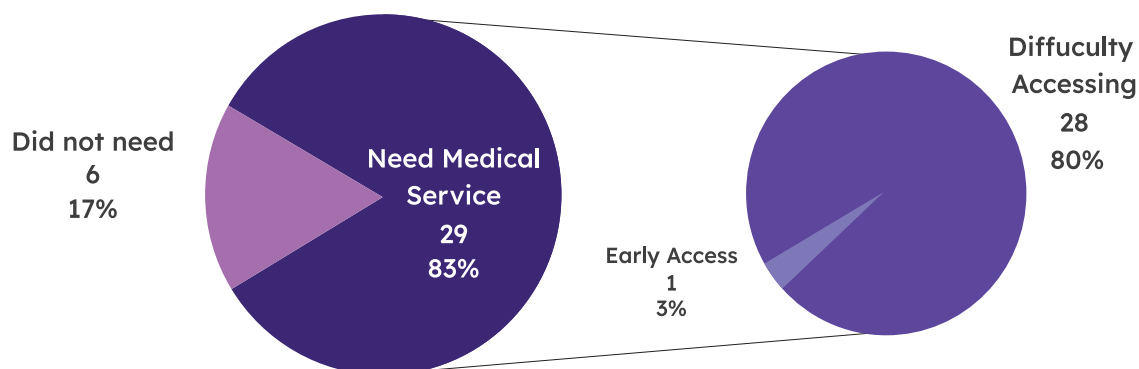


Figure 5 Proportion de répondants PLHIV qui ont déclaré avoir besoin de services médicaux non liés au VIH et ceux qui avaient des difficultés à y accéder

ONG travaillant avec les PVVIH et les PC ont identifié que la majorité des patients n'étaient pas au courant des services actuels fournis, un retard important des patients dans l'accès aux soins de santé ou aux services médicaux ou un engorgement considérable de certains sites cliniques. Ils ont également signalé que de nombreuses personnes vivant avec le VIH avaient des difficultés à accéder aux services médicaux, en particulier dans les situations non urgentes. Lorsqu'ils recevaient leurs ARV des sites de dispensation, ils recevaient leurs ordonnances et étaient renvoyés chez eux sans information ni soutien.

Prévention de la transmission verticale (infection de la mère à l'enfant)

Pendant la période de la pandémie, le NAP a accéléré son programme de prévention de la VT pour l'inclure dans son ensemble essentiel de services prénatals. Malgré cela, l'enquête quantitative a identifié que 11 des femmes du groupe PC qui ont répondu étaient enceintes ou étaient tombées enceintes au cours de l'année pandémique. Aucun n'avait été testé positif au VIH. Parmi

eux, seuls 3 (27,3%) se sont rendus dans une structure de prestation de services de soins de santé prénatals et seuls 2 (18,2%) ont été testés pour le VIH lors des soins prénatals.

Services de soutien psychosocial

Au total, 49,8 % des répondants ont déclaré que leur besoin de services de soutien psychosocial avait augmenté pendant la pandémie. Cela a été attribué au stress et l'anxiété causée par la peur d'être infecté par le coronavirus ainsi qu'au fardeau supplémentaire de la détérioration de leurs conditions économiques, en particulier pendant les périodes de confinement et de couvre-feux nocturnes. Le besoin accru de soutien psychosocial a été signalé par un pourcentage plus élevé de PVVIH que de PC (60 % contre 48,2 %), cependant, les deux groupes ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder à ce service pendant la pandémie (77,1 % de PVVIH et 44,5 % de PC)

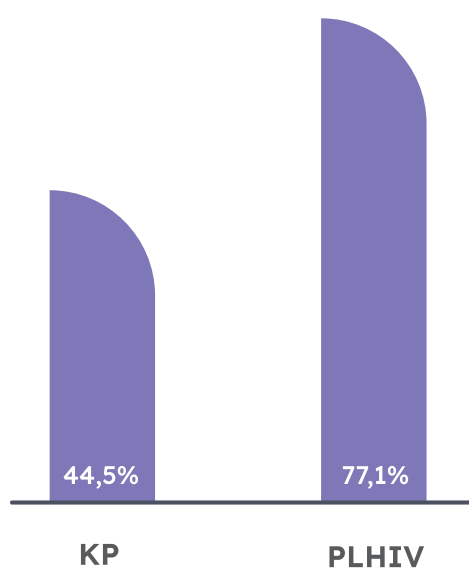


Figure 6 Pourcentage de répondants qui ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de soutien psychosocial pendant la pandémie par statut VIH

Bien qu'il soit évident que le besoin de services de soutien psychosocial avait augmenté pendant la pandémie, le pourcentage de répondants déclarant avoir eu des difficultés à accéder à ces services était remarquablement élevé. Le pourcentage de PVVIH signalant des difficultés à accéder aux services de soutien psychosocial était remarquablement plus élevé que celui

des PC (77,1 % contre 44,5 %). Les raisons les plus courantes de la difficulté d'accès au service rapportées par les répondants étaient leur peur d'être infecté lors de la visite du site de prestation de services (32,5%) et l'incapacité de payer le coût du transport pour s'y rendre (32,2%).

Les informateurs clés des ONG fournissant des services de soutien psychosocial aux populations clés et aux PVVIH ont confirmé le fait que les clients étaient réticents à se rendre sur le site de prestation de services pour accéder au service, en particulier les groupes de soutien, car ils avaient peur d'attraper l'infection.

Nous avons essayé de fournir un soutien psychosocial à distance, soit par zoom, soit par téléphone, mais nous avons été confrontés à de nombreux défis, notamment une mauvaise connectivité et le fait que certains clients n'ont pas accès à Internet.

Membre du personnel de l'ONG

Le même informateur a expliqué qu'ils ont modifié le mode de prestation de services en organisant de plus petits groupes de soutien dans des espaces ouverts avec la fourniture d'équipements de protection pour rassurer les clients.

Difficultés économiques

L'évolution rapide des besoins socio-économiques identifiés pendant la période de pandémie peut encore pousser les gens à prendre des mesures drastiques qui peuvent se mettre en danger ou mettre les autres en danger. Sur la base des réponses de l'enquête quantitative, 74,1% de l'échantillon interrogé ont déclaré qu'avant la pandémie de COVID-19, leurs revenus n'étaient pas suffisants pour faire face aux dépenses de leur famille. La situation était pire pour les PVVIH que pour les PC où 94,3 % des PVVIH ont déclaré que leurs revenus n'étaient pas suffisants pour répondre à leurs besoins contre seulement 70,9 % des PC.

Tableau 8 Suffisance des revenus des répondants avant la pandémie

		KP	LHIV	Total
Insuffisant et doit emprunter	Compte	156	33	189
	%	70.90%	94.30%	74.10%
Suffisant	Compte	55	2	57
	%	25.00%	5.70%	22.40%
Suffisant et peut économiser	Compte	9	0	9
	%	4.10%	0.00%	3.50%
Nombre total	Count	220	35	255
		100.00%	100.00%	100.00%

Il était évident que la pandémie de COVID-19 avait des impacts économiques importants sur les PVVIH et les populations clés. Au total, 84,7 % de l'échantillon de l'enquête ont déclaré que leurs revenus avaient complètement cessé ou avaient été nettement réduits en raison de la pandémie. Il était également évident que les impacts économiques étaient plus évidents chez les PVVIH que chez les PC, où 94,3 % des PVVIH ont signalé un arrêt ou une baisse marquée de leurs revenus pendant la pandémie, contre 83,2 % des PC.

Tableau 9 Répartition des répondants ayant déclaré que leurs revenus ont été réduits ou arrêtés pendant la pandémie et le statut VIH

		KP	VVL	Total
Complètement arrêté	Nombre	48	16	64
	%	%21.8	%45.7	%25.1
Notament réduit	Nombre	135	17	152
	%	%61.4	%48.6	%59.6
Total	Nombre	183	33	216
		%83.2	%94.3	%84.7

En comparant les effets économiques de la pandémie sur les différents types de populations clés, il était évident que les HSH souffraient le plus des impacts économiques de la pandémie, où 96,6% ont déclaré que leur revenu avait complètement arrêté ou a été nettement réduit, suivi de près par les professionnel(le)s du sexe, où 94,6 % ont signalé une réduction marquée ou une perte totale de revenus. Les UDI ont le moins souffert avec seulement 77,2 % déclarant une réduction marquée ou une perte complète de revenus en raison de la pandémie.

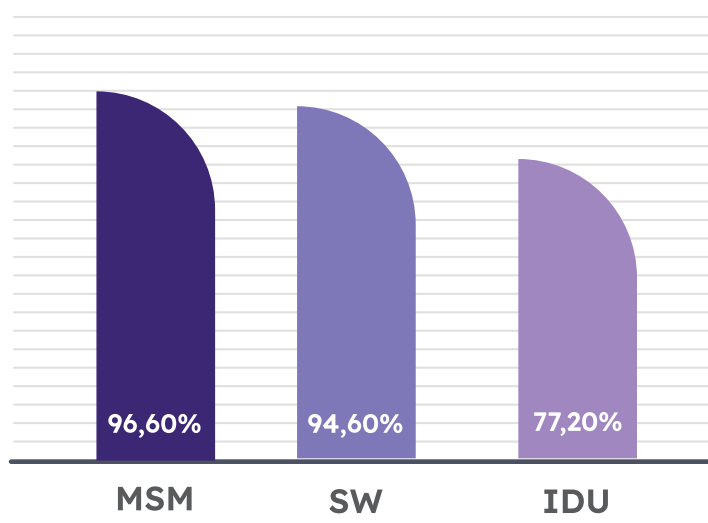


Figure 7 : Répartition des PC qui ont déclaré que leurs revenus avaient été considérablement réduits ou arrêtés complètement par type de comportement à risque

Avec le dur impact économique de la pandémie, le soutien gouvernemental était minime puisque seulement 3,5 % de l'échantillon de l'enquête ont déclaré avoir reçu un formulaire du soutien économique du gouvernement. Plus de PVVIH ont reçu un soutien économique de l'État (à travers le ministère de la Solidarité sociale) que de PC (5,7 % contre 3,2 %). Seuls deux répondants ont indiqué que le soutien gouvernemental avait été reçu sous la forme d'une aide en espèces et sept répondants ont indiqué que l'aide reçue était sous la forme de paniers alimentaires.

Tableau 10 Répartition des répondants par statut VIH et s'ils ont reçu un soutien gouvernemental pendant la pandémie

		KP	LHIV	Total
Non	Nombre	213	33	246
	%	%96.80	%94.30	%96.50
Oui	Nombre	7	2	9
	%	%3.20	%5.70	%3.50
Total	Nombre	220	35	255
	%	%100.00	%100.00	%100.00

Un soutien non médical a été fourni par le biais d'ONG, y compris une assistance pour s'inscrire aux services sociaux et des programmes de soutien financier fournis par le MoSS mentionné ci-dessus. Certaines des ONG ont fourni des paniers alimentaires, des bons et des repas en plus d'un soutien financier aux personnes qui avaient été/allaient être expulsées de leur logement en raison d'un défaut de paiement de leur loyer. Des efforts ont également été faits pour livrer des fournitures à leur domicile s'ils étaient malades ou s'ils avaient du mal à faire le voyage.

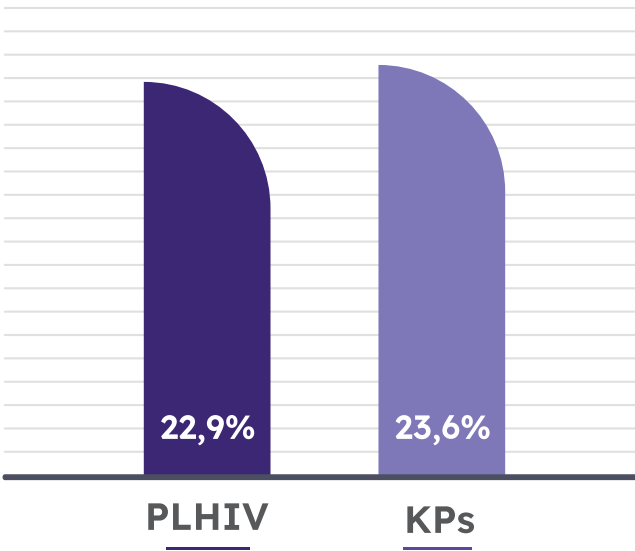


Figure 8 Proportion de populations clés et de PVVIH interrogées qui ont déclaré avoir reçu un soutien d'ONG pendant la pandémie

Près d'un quart de l'échantillon interrogé a déclaré avoir reçu une forme de service d'une ONG. La proportion de populations clés par rapport aux PVVIH déclarant avoir reçu des services de soutien des ONG n'était pas remarquablement différente.

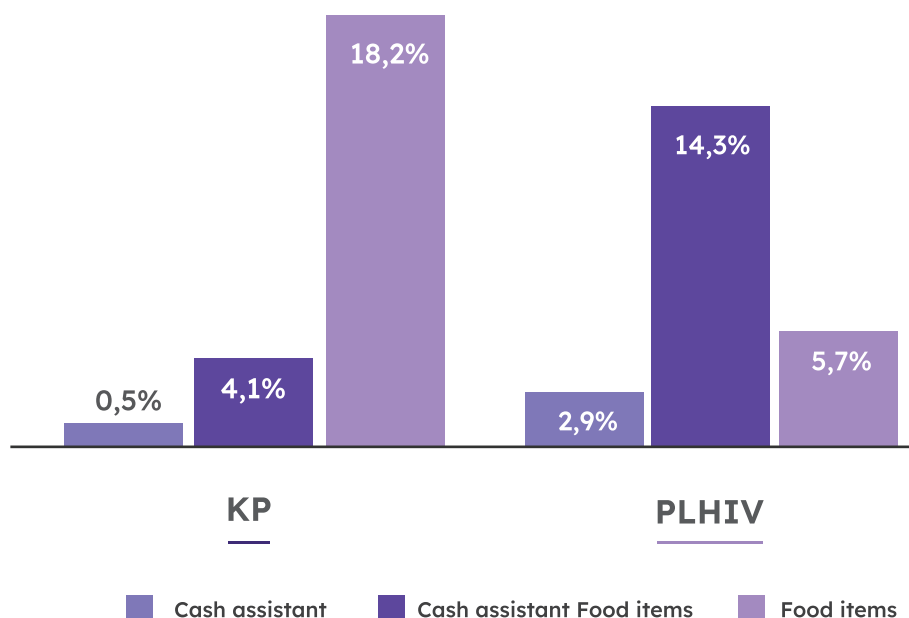


Figure 9 Répartition des types de soutien reçus par les participants des ONG et statut VIH

L'aide en espèces aux PVVIH et aux PC a représenté une forme importante de soutien fourni par les ONG pendant la pandémie. Alors que 17,2 % des PVVIH ont reçu une aide en espèces des ONG, seuls 4,6 % des PC ont reçu une aide similaire. Des boîtes/paniers alimentaires ont été fournis par les ONG à 22,3% des PC et 20% des PVVIH qui ont répondu au questionnaire de cette étude.

Stigmatisation et discrimination

Au total, 22,4 % des participants ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé pendant la pandémie. En stratifiant ce résultat par PVVIH et PC, il a été observé que près de la moitié des PVVIH ont déclaré avoir perçu un sentiment accru de stigmatisation et/ou de discrimination dans les établissements de santé pendant la pandémie, contre seulement 18 % des PC.

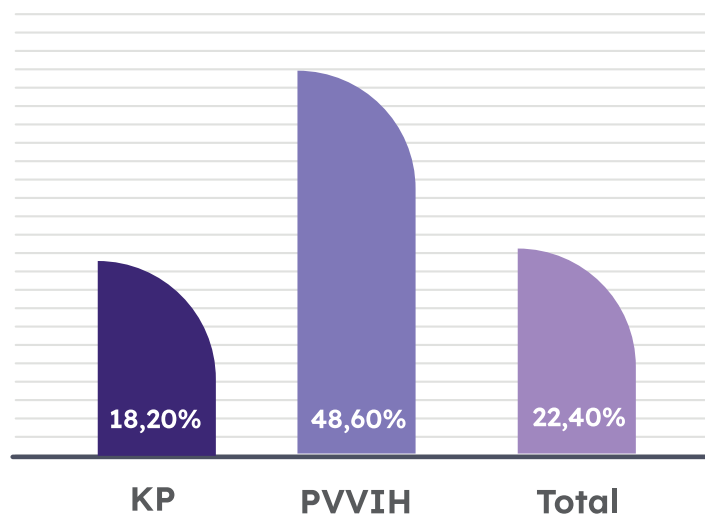


Figure 10 Proportion de PC et de PVVIH interrogés qui ont signalé une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé pendant la pandémie

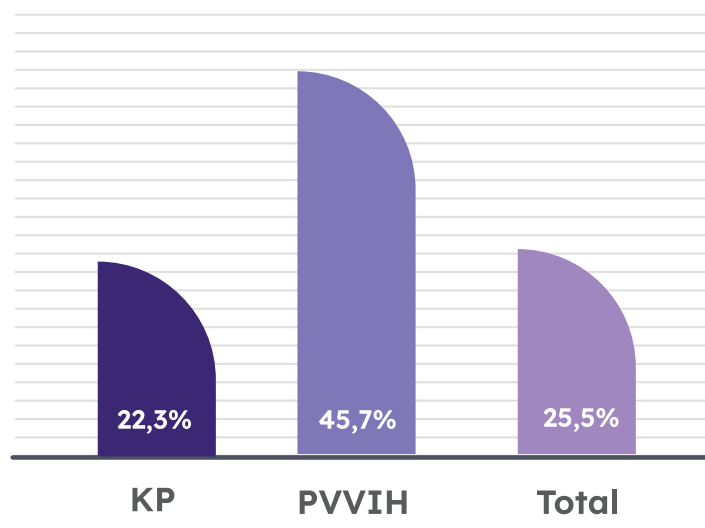


Figure 11 Proportion de PVVIH et de PC interrogés qui ont signalé une exposition accrue à la violence en général en dehors des soins de santé pendant la pandémie

25,5 % de l'échantillon interrogé ont signalé une exposition accrue à la violence pendant la pandémie, la proportion de PVVIH qui ont signalé une exposition accrue à la violence pendant la pandémie était le double de celle des PC (45,7 % contre 22,3 %)

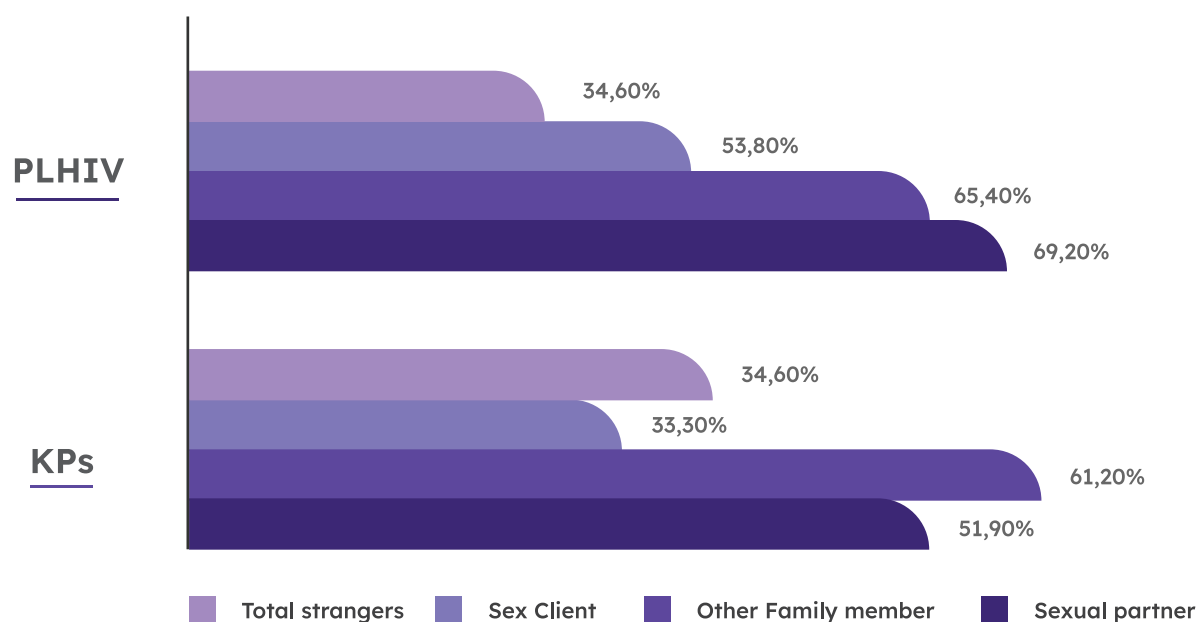


Figure 12 Répartition des répondants selon la source de violence

Environ 24,7 % des répondants ont déclaré avoir subi plus de violence de la part de la police et d'autres autorités pendant la pandémie signalant une augmentation de la violence de la part des autorités était presque le double de celle des PC (42,9 % et 21,8 % respectivement)

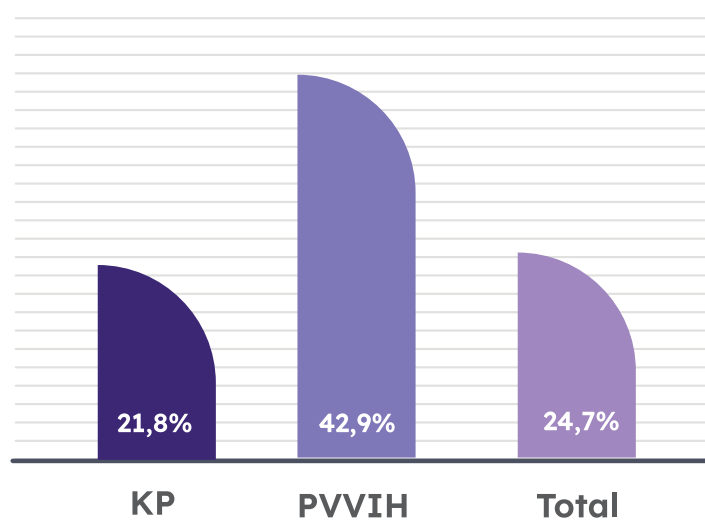


Figure 13 PVVIH accru de violence de la part de la police et d'autres autorités

Maroc

Sur près de 37 millions d'habitants au Maroc, une estimation de 2020 suggérait qu'environ 22 000 personnes vivent actuellement avec le VIH. Le Maroc, comme d'autres pays de la région, a réussi à maintenir la prévalence du VIH à un faible niveau dans la population générale à 0,14 %. Des efforts intensifs s'étendant sur plus de 30 ans depuis le début du programme de lutte contre le VIH ont abouti à une réduction de 42 % des nouvelles infections à VIH. Depuis 2010, ce chiffre est nettement supérieur à la baisse de 4 % qui s'est produite dans les pays de la région MENA. En outre, la couverture nationale du TAR est également passée de 16 % en 2010 à plus de 75 % en 2020. Cependant, il existe des domaines de grave préoccupation, les données continuent de montrer que la prévalence du VIH est élevée parmi les populations clés telles que les professionnelles du sexe (1,3%), les consommateurs de drogues injectables (7,9%) et les migrants (3%). Cela a clairement identifié la nécessité d'étendre les services de lutte contre le VIH parmi les populations clés grâce à des programmes de prévention combinés, à un traitement de substitution pour les personnes qui consomment des drogues et à l'augmentation du dépistage du VIH. Conformément à ces poches d'épidémie concentrée, les relations hétérosexuelles commerciales représentent près de la moitié de l'incidence du VIH au Maroc, un quart survient chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les points chauds géographiques tels que la région Souss-Massa-Drâa, représentent un tiers de toutes les nouvelles infections à VIH au Maroc, soit quatre fois la moyenne nationale. Malgré cela, les connaissances sur le VIH/SIDA semblent être relativement élevées pour la population générale et des baisses importantes de l'incidence du VIH sont réalisables avec l'expansion des programmes d'intervention déjà existants.

Le Plan Stratégique National (PSN) 2017-2021 de Lutte contre le SIDA (prolongé jusqu'en 2023), représente le cadre d'action national en matière de lutte contre le SIDA et l'outil indispensable pour l'harmonisation de la riposte et l'alignement des interventions de tous les partenaires.

Dès les premiers stades de l'épidémie de COVID-19, le Maroc n'a pas tardé à adopter des mesures drastiques pour tenter de contenir l'épidémie. Le 20 mars, avec un total de 77 cas, l'état d'urgence a été officiellement autorisé. Tous les événements publics ont été interdits, les déplacements ont été limités entre les villes et les voyages internationaux ont été suspendus. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a soutenu les partenaires gouvernementaux et clés dans l'élaboration de leurs plans de préparation et a fourni l'assistance nécessaire pour la collecte de données, les directives de test et les protocoles de traitement.

Entre autres raisons, les mesures strictes imposées au début étaient motivées par la capacité limitée du système de santé à gérer une éventuelle vague de contamination importante. Malgré de multiples contraintes sur les ressources limitées du ministère de la Santé, celui-ci a fait preuve d'une formidable résilience en déployant une réponse d'urgence, en élaborant un certain nombre de protocoles médicaux pour les patients atteints de COVID-19 et en équipant les hôpitaux du pays de fournitures médicales et de matériel de protection individuelle. Des systèmes de surveillance active ont été créés sur la base d'un système d'information électronique mis à jour avec des rapports épidémiologiques en temps réel et une prise de décision fondée sur des preuves. Ces mesures ont conduit à de faibles taux de mortalité et à des taux de guérison élevés.

Services pour les populations clés

Services de Test

Bien que les informations des informateurs clés aient affirmé que les systèmes gouvernementaux et non gouvernementaux étaient résilients pour assurer la continuité des services de conseil et de test volontaires pour les populations clés, ceux qui ont répondu à l'enquête quantitative ont indiqué qu'ils avaient des difficultés à accéder aux services de dépistage pendant la pandémie. En plus des défis similaires à ceux rencontrés par les bénéficiaires en Égypte, le Maroc a connu une importante rupture de stock de kits de test qui a duré près d'un an et causé un énorme retard dans les services de test.

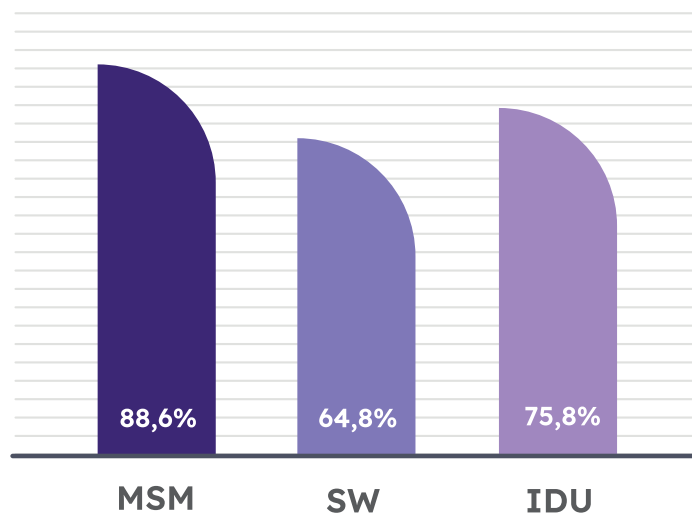


Figure 14 Pourcentage de répondants ayant déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage pendant la pandémie

La Désagrégation des données par type de population clé a révélé que les HSH étaient le groupe le plus touché par la pandémie, où 88,6 % ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage. Ceux-ci étaient suivis par les UDI, tandis que le groupe le moins touché était les professionnel(le)s du sexe où seulement 64,8 % ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux services de conseil et de test volontaires.

Réduction des risques

Selon les commentaires des informateurs clés, des efforts bien coordonnés entre le ministère de la Santé et les organisations non gouvernementales locales travaillant pour soutenir les PVVIH et les PC ont été déployés pour assurer la continuité de l'accès à la réduction des risques parmi les consommateurs de drogues injectables. La coordination comprenait la distribution de seringues à usage unique et de substituts de méthadone par le biais d'ONG qui ont pu accéder même à ceux qui se trouvaient dans des zones difficiles d'accès. De même, il a été décidé de distribuer des stocks de 3 mois de seringues à usage unique et de substitut de méthadone aux bénéficiaires afin de s'assurer qu'ils bénéficient d'une protection adéquate et ne soient pas inutilement exposés au risque d'infection pendant la pandémie.

Nous examinons les risques liés à la distribution de stocks de trois mois de thérapie de remplacement et l'utilisation abusive potentielle par les bénéficiaires et leur commercialisation sur le marché noir, en particulier pendant les périodes de confinement lorsque les drogues illicites n'étaient pas disponibles, mais les avantages de la protection de la population à risque contre le VIH sont loin l'emportaient sur les risques

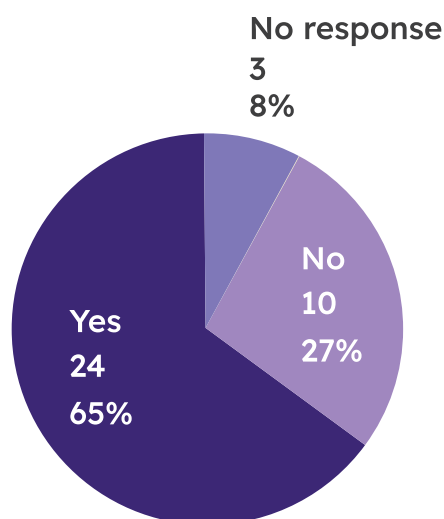


Figure 15 UDI qui ont déclaré avoir accès à la thérapie de remplacement avant la pandémie

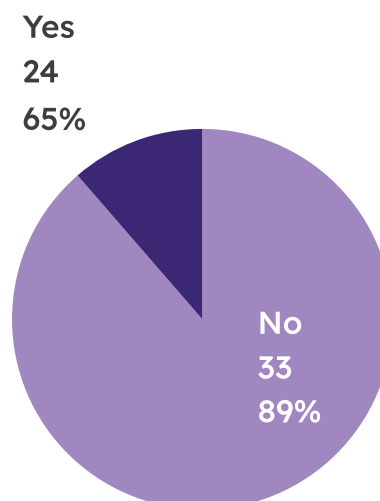


Figure 16 UDI qui ont signalé avoir eu des difficultés à accéder à la thérapie de remplacement pendant la pandémie

Les résultats de l'enquête quantitative auprès des PVVIH et des PC ont confirmé les informations obtenues auprès des informateurs clés. Il était évident que l'accès à la thérapie de remplacement n'a pas été sensiblement affecté par la pandémie de COVID-19. Alors que 65 % des répondants UDI (37) ont déclaré avoir accès à une thérapie de remplacement avant la pandémie, seuls 4 répondants ont déclaré avoir eu de la difficulté à accéder à une thérapie de remplacement pendant la pandémie.

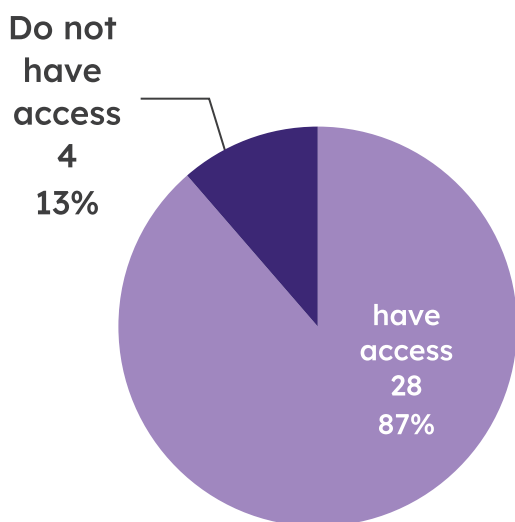


Figure 17 Accès aux seringues à usage unique avant la pandémie de COVID-19

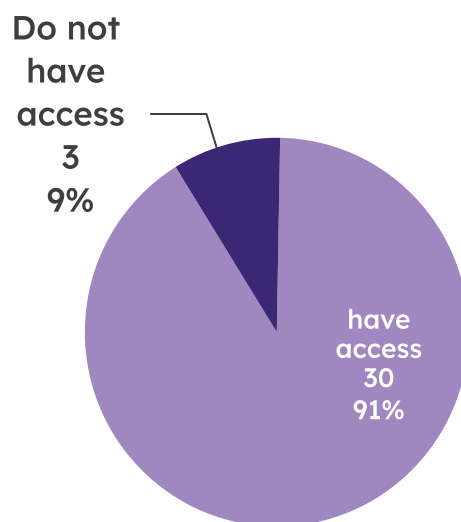


Figure 18 Accès aux seringues à usage unique pendant la pandémie de COVID-19

L'accès aux seringues à usage unique parmi les répondants UDI n'a pas été sensiblement affecté par la pandémie de même, l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants a été considérablement affecté par la pandémie de COVID -19, car le pourcentage de HSH et de PS (n = 185) qui ont déclaré avoir accès à ces articles est passé de 94,6 % avant la pandémie à seulement 35,7 % pendant celle-ci.

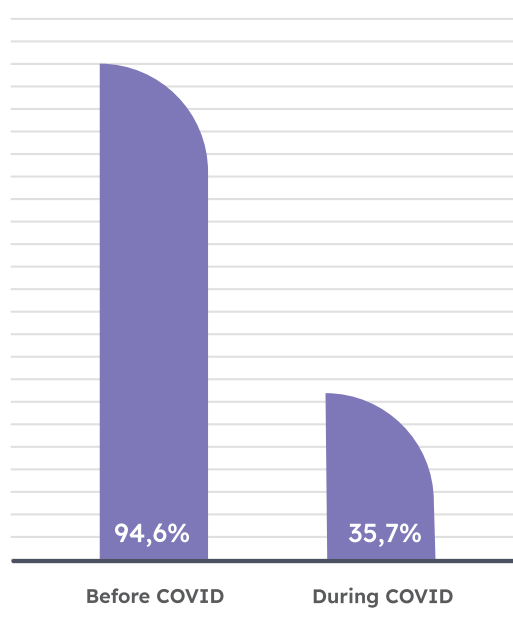


Figure 19 : Accès aux préservatifs et aux lubrifiants chez les HSH et les FSW avant et pendant la pandémie de COVID-19

Alors que la majorité attribue cette baisse au manque d'accès aux sites de distribution en raison de la peur de l'infection, près de 40 % de ceux qui ont répondu ont également déclaré que les sites de distribution ne fournissaient pas le service, en particulier au début de la pandémie. Un pourcentage plus faible (7%) a également déclaré que de plus petites quantités de préservatifs et de lubrifiants étaient disponibles pour la distribution au cours de cette période.

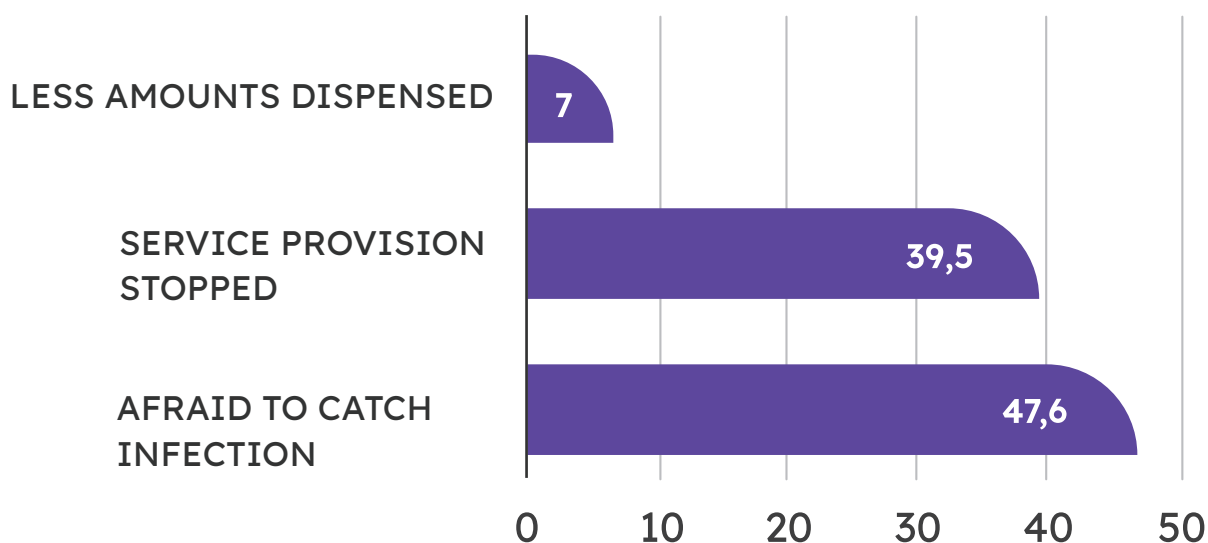


Figure 20 Raisons données pour l'inaccessibilité aux préservatifs et aux lubrifiants

Services pour les PVVIH

TAR

Sur la base des commentaires des informateurs clés, des stocks nationaux adéquats de TAR ont été sécurisés pendant la période pandémique.

Heureusement, l'expédition des stocks de TAR est arrivée aux ports immédiatement avant l'imposition des restrictions pandémiques, nous n'avons donc eu aucun problème avec les stocks et nous avons même partagé une partie du stock avec les pays voisins

Ministère de la Santé

De même, des informateurs clés ont également signalé qu'un bien- une réponse coordonnée a été établie entre les organisations gouvernementales

et les organisations de la société civile pour s'assurer que les PVVIH avaient accès au TARV. Cela comprenait la livraison de stocks de 3 mois aux PVVIH à domicile, soit par un coursier, soit par l'intermédiaire d'ONG. Les municipalités de tous les arrondissements ont même participé au processus de livraison des médicaments directement aux bénéficiaires

Même pendant les périodes de confinement et de couvre-feu, les véhicules des ONG qui travaillaient à la livraison des médicaments étaient autorisés par le gouvernement à circuler dans les rues de la pays pour livrer les médicaments.

Représentant d'une ONG

Les résultats de l'enquête quantitative auprès des PVVIH ont en revanche révélé que le pourcentage de PVVIH qui signalaient des difficultés d'accès au TARV avant la pandémie avait doublé pendant la pandémie. 27,8 % des personnes interrogées vivant avec le VIH ont également déclaré avoir dû interrompre le TAR pendant diverses durées pendant la pandémie.

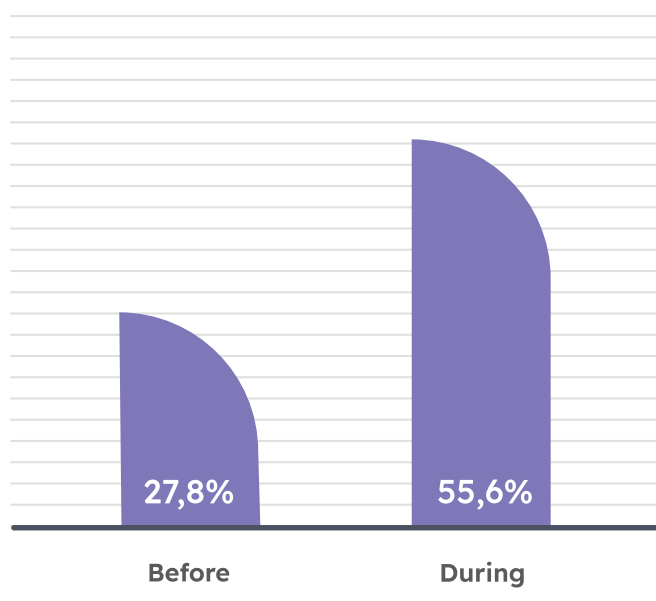


Figure 21 Pourcentage de PVVIH déclarant avoir des difficultés à accéder au TAR avant et pendant la pandémie

CD4 et de charge virale

Comme pour les PVVIH en Égypte, un pourcentage élevé de répondants ont également signalé des difficultés à faire tester leur CD4 et leur charge virale. De l'échantillon enquêté, 31 PVVIH ont déclaré avoir eu besoin de faire des tests de CD4 et/ou de charge virale pendant la pandémie. 65 % d'entre eux

ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage.

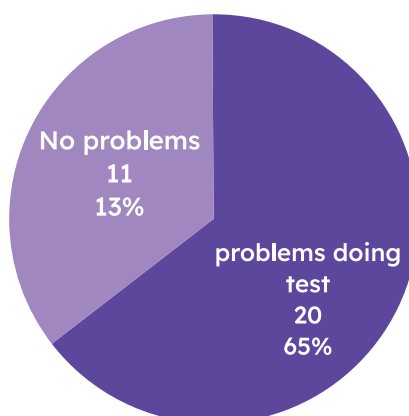


Figure 22 Proportion de répondants qui avaient besoin de faire un test de CD4 et/ou de charge virale et ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder au test

Services médicaux

De même, 32 des répondants vivant avec le VIH ont déclaré avoir eu besoin d'un service médical (non lié au VIH) pendant la COVID-19 pandémie. 29 (90,6%) ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services médicaux. Alors que la majorité des répondants (61 %) ont indiqué que c'était parce qu'ils avaient trop peur d'être infectés par le coronavirus pour accéder aux cliniques/services, un pourcentage important (près de 53 %) a déclaré que les installations étaient fermées ou n'avaient pas été ouvertes. fournir les services dont ils avaient besoin pendant cette période. De plus, près de 28% des répondants n'ont pas pu se déplacer car ils n'avaient pas assez d'argent pour les frais de transport.

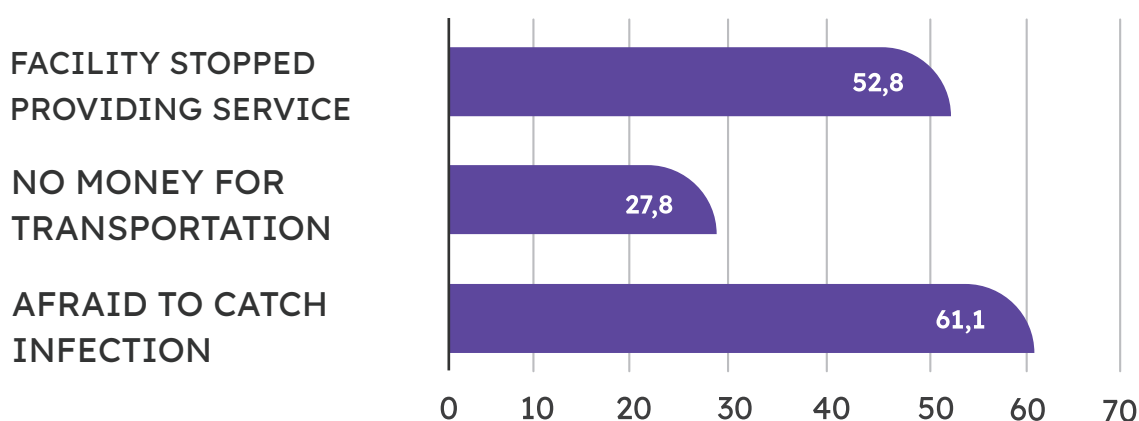


Figure 23 Obstacles à l'accès aux services médicaux pendant la pandémie

Prévention de la transmission verticale (infection de la mère à l'enfant)

Huit des femmes interrogées ont déclaré être tombées enceintes pendant la pandémie de COVID -19, dont deux étaient des PLHIV et six du groupe des populations clés. Sept des huit femmes enceintes ont déclaré avoir reçu des soins prénatals. De plus, quatre des six femmes du groupe PC ont déclaré qu'elles avaient également subi un test de dépistage du VIH lors des soins prénatals de routine qu'elles recevaient. L'une des deux femmes vivant avec le VIH a également déclaré qu'elle avait reçu régulièrement son TAR pendant la grossesse et les deux femmes ont admis qu'elles avaient également reçu les soins prophylactiques requis pour le nouveau-né pendant/après l'accouchement.

Services de soutien psychosocial

Semblables aux expériences de l'Égypte, les informateurs clés du Maroc ont révélé que, surtout au début de la pandémie, les ONG utilisaient la communication en ligne pour fournir des informations aux populations clés et aux PVVIH ainsi que pour leur fournir un soutien psychosocial. Ils ont essayé diverses options, notamment des séances individuelles et des séances de groupe de soutien à l'aide de l'application Zoom, ainsi que des séances individuelles par téléphone. Cela a été adopté par les bénéficiaires cibles au Maroc et contrairement à leurs contemporains en Égypte, ils ont trouvé qu'il s'agissait d'une méthode de communication et de soutien facile, accessible et sûre. Une fois que les mesures de confinement et de distanciation sociale ont été assouplies, les méthodes de communication normales et le soutien en personne ont repris.

De nos jours, tout le monde a au moins un téléphone intelligent, nous avons pu communiquer avec les bénéficiaires cibles via différentes plateformes et même créé des groupes WhatsApp pour assurer une meilleure communication bidirectionnelle

Représentant d'ONG

L'utilisation de méthodes de communication virtuelles, en particulier dans les premiers jours de la pandémie, était extrêmement cruciale car c'était la seule méthode disponible pour recevoir un soutien psychosocial et accéder à l'information. Dans l'ensemble, environ 64,1 % des répondants ont déclaré avoir reçu des informations sur le VIH au moins une fois pendant la pandémie. Cela s'est avéré plus efficace que la fourniture d'un soutien psychosocial où près de la moitié des répondants ont déclaré que leur besoin de services de soutien psychologique avait augmenté pendant la pandémie, et un total de 177 répondants (71,1%) ont également déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de soutien psychologique. pendant la pandémie, en particulier les PC.

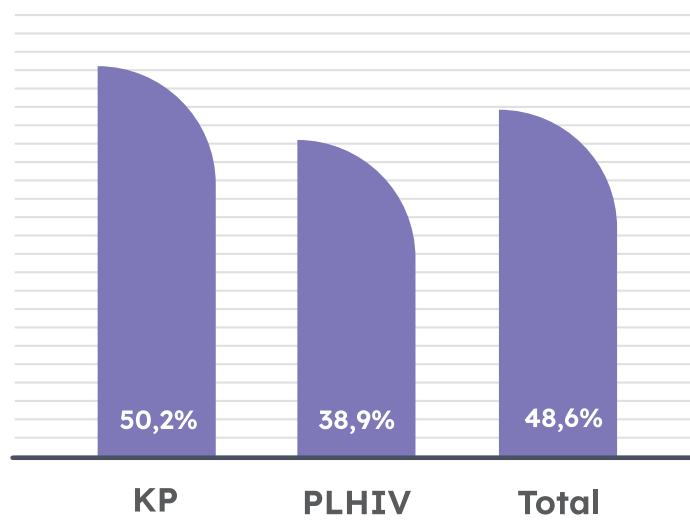


Figure 24 Répondants ayant signalé un besoin accru de services de soutien psychologique pendant la pandémie

Il s'est toutefois avéré que c'était parmi les personnes qui préféraient accéder aux services en personne ou sur place. Les obstacles à l'accès incluaient à nouveau la peur d'être infecté par le coronavirus, leur fournisseur de services habituel n'était pas en mesure de fournir des services et ils n'avaient pas assez d'argent pour s'y rendre.

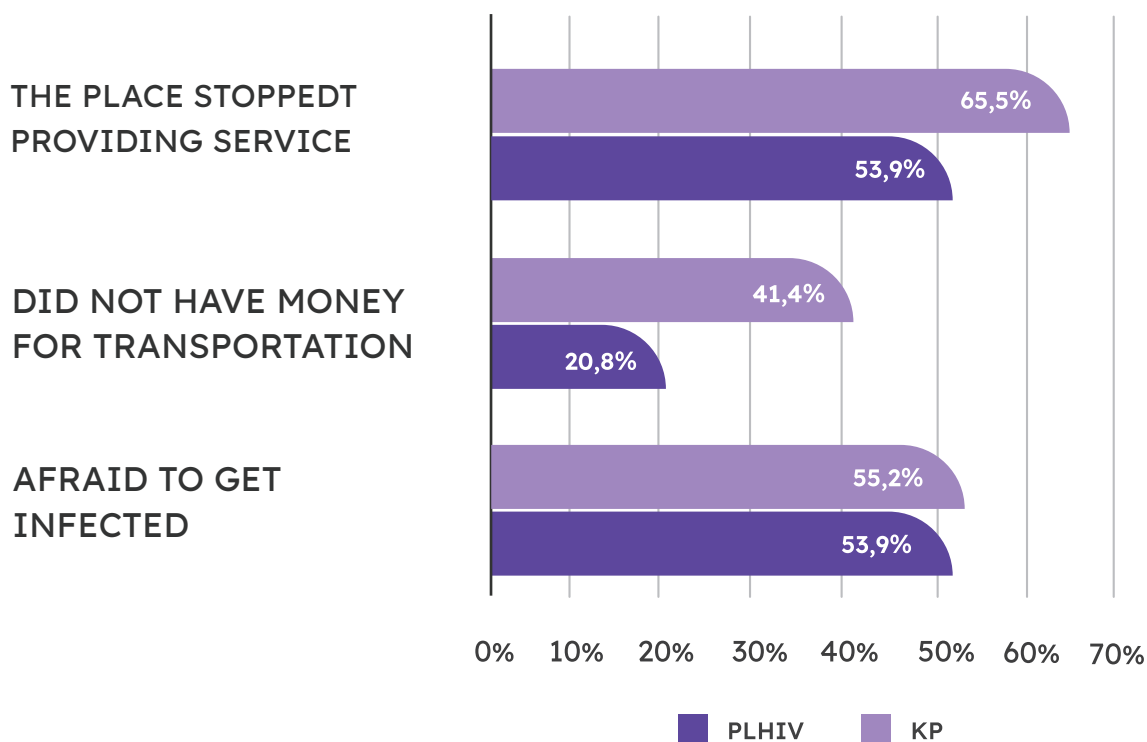


Figure 25 Difficultés d'accès aux services de soutien psychologique pendant la pandémie

Impact et soutien socio-économiques

74 % des répondants ont déclaré que leur revenu n'était pas suffisant pour répondre aux besoins de leur famille avant la pandémie de COVID-19.

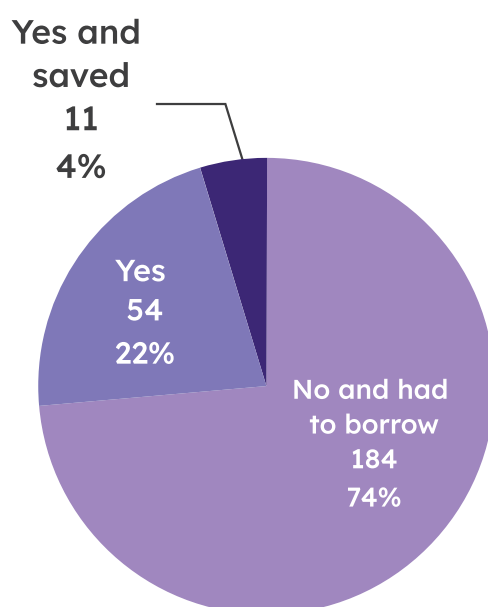


Figure 26 Répartition des répondants selon la suffisance du revenu avant la pandémie

Ce chiffre est passé à près de 90 % pendant la pandémie, les répondants déclarant que leur revenu avait complètement cessé ou avait été considérablement réduit au cours de la période.

Comment le revenu a été affecté	Fréquence	Pourcentage
N'a pas répondu	9	3.6
considérablement augmenté	3	1.2
Complètement arrêté	110	44.2
N'a pas changé	12	4.8
Légèrement augmenté	2	0.8
considérablement réduit	113	45.4
Total	249	100

Tableau 11 Répartition des répondants selon l'incidence sur le revenu de la pandémie de COVID-19

Légende des informateurs d'ONG ont indiqué que la société civile au Maroc a joué un rôle important dans la réponse aux impacts socio-économiques de la pandémie sur la population cible en procédant à une évaluation rapide des besoins qui a révélé un fort besoin de soutien économique pendant la pandémie. Une fois identifiées, les ONG ont travaillé sur la fourniture d'une assistance en espèces et en nature à la population cible.

Une évaluation rapide des besoins a été menée et un soutien en espèces et en nature a été fourni aux populations cibles.

Représentant d'ONG

Les résultats de l'enquête quantitative menée auprès des PVVIH et des PC confirment les informations fournies par les informateurs clés où 45,8 % des répondants ont déclaré avoir reçu un soutien des ONG pendant la pandémie. La majorité du soutien fourni (plus de 90 % pour les PVVIH et les PC) était principalement sous forme de produits alimentaires, certains ont reçu une aide en espèces et une petite partie des formes alternatives d'abri

Stigmatisation et discrimination

Près de 65 % de l'échantillon interrogé ont déclaré avoir subi une forme de stigmatisation et de discrimination dans un établissement de santé avant la pandémie de COVID-19. Il n'y avait pas de différence notable entre les PC et les PVVIH.

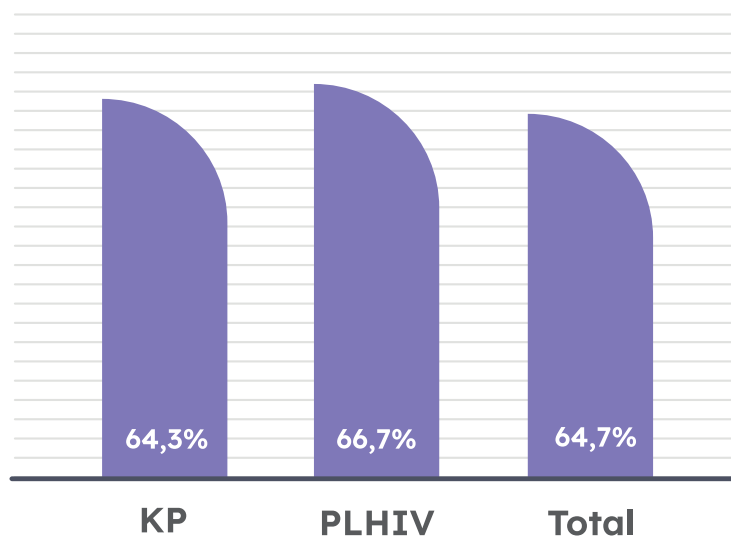


Figure 27 Victime de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé avant la pandémie

Depuis le début de la pandémie, 43,5 % des personnes qui avaient été victimes de stigmatisation pendant la période pré-pandémique ont signalé une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé. Cela s'est avéré plus fréquent chez les PVVIH que chez les PC (58,3 % contre 40,9 %).

Tableau 12 Perception de l'évolution de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé parmi les participants ayant signalé une stigmatisation avant la pandémie

		PC	PVVIH	Total
Ne voulait pas répondre	Nombre	2	0	2
	%	1.50%	0.00%	1.20%
Augmentation	Nombre	56	14	70
	%	40.90%	58.30%	43.50%
Diminution	Nombre	12	4	16
	%	8.80%	16.70%	9.90%
N'a pas changé	Nombre	67	6	73
	%	48.90%	25.00%	45.30%
total	137	161	24	100
		%	100.00%	100.00%

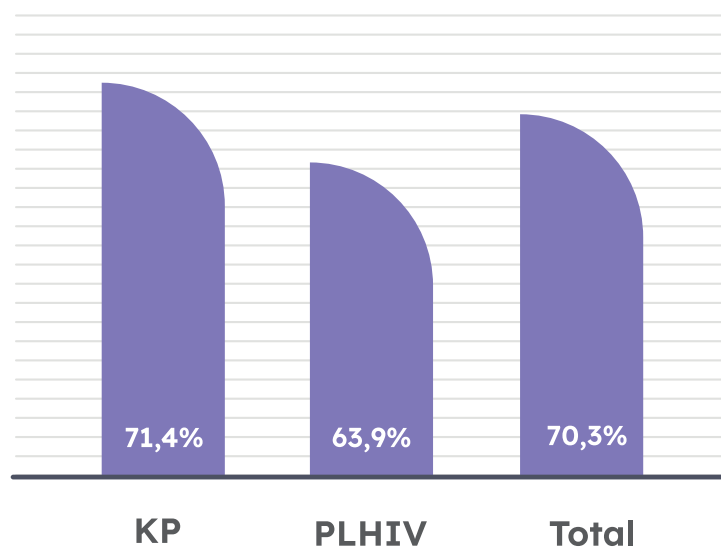


Figure 28 Exposition à la violence avant la pandémie

Au total, 38,3 % des participants ont déclaré avoir subi des violences avant la pandémie de COVID-19 a confirmé que les actes de violence à leur encontre avaient augmenté depuis le début de la pandémie. Cette perception d'une exposition accrue à la violence s'est révélée plus importante chez les PVVIH que chez les PC (respectivement 43,5% et 37,5%)

Tableau Perception du changement de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé parmi les participants qui ont signalé la stigmatisation avant la pandémie

		PC	PVVIH	Total
N'a pas voulu répondre	Nombre	2	0	2
	%	1.30%	0.00%	1.10%
Augmentation	Nombre	57	10	67
	%	37.50%	43.50%	38.30%
Diminution	Nombre	16	5	21
	%	10.50%	21.70%	12.00%
N'a pas changé	Nombre	77	8	85
	%	50.70%	34.80%	48.60%
Total	Nombre	152	23	175
		100.00%	100.00%	100.00%

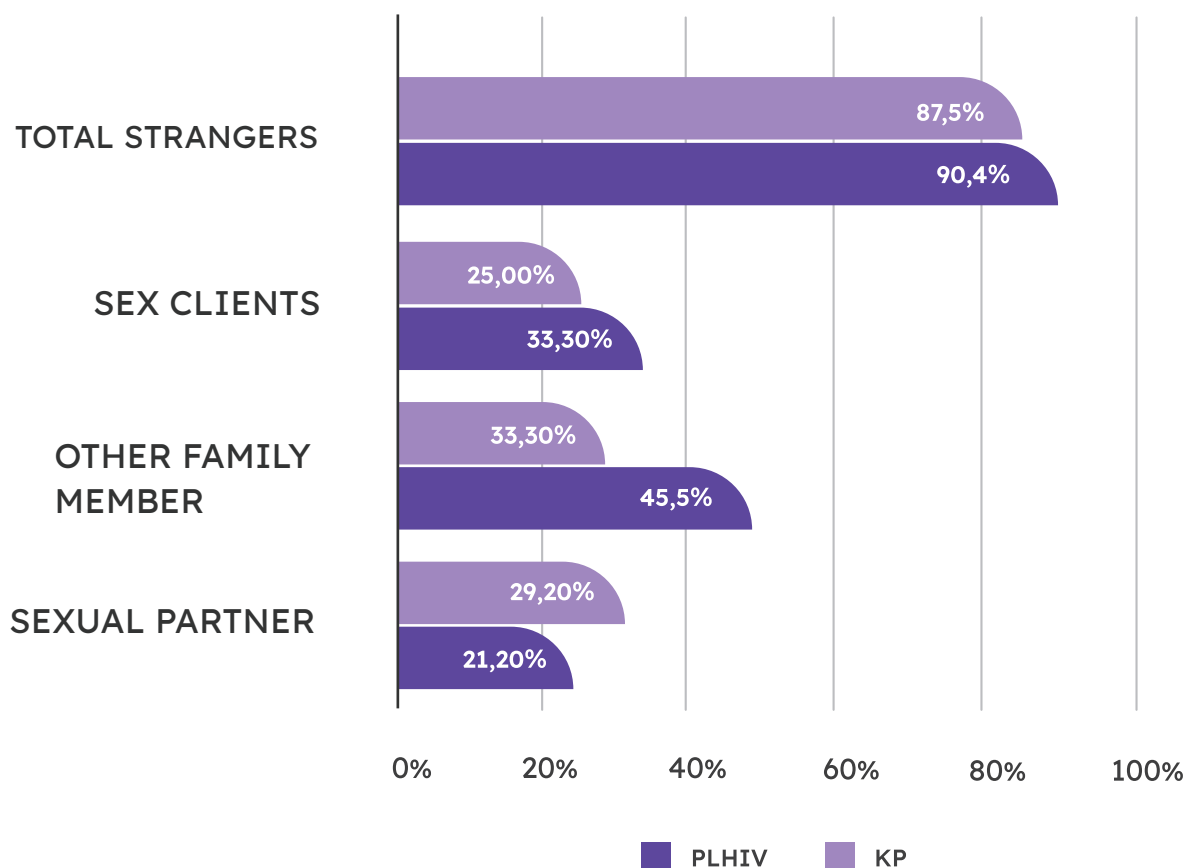


Figure 29 Source de violence

Plus de 45 % de la violence contre les PC et 33 % de la violence contre les PVVIH avaient été commis respectivement par un membre de la famille ou un client sexuel.

Tableau 13 Répondants qui ont signalé une augmentation de la violence de la part des forces de l'ordre et d'autres autorités gouvernementales pendant la pandémie

		KP	PVVIH	Total
N'ont pas voulu répondre	Count	95	14	109
	%	%44.60	%38.90	%43.80
Non	Count	22	11	33
	%	%10.30	%30.60	%13.30
Oui	Count	96	11	107
	%	%45.10	%30.60	%43.00
Nombre total	Count	213	36	249
		%100.00	%100.00	%100.00

Étant donné que de nombreuses PVVIH et PC sont souvent en conflit avec la loi en tant qu'UDI, professionnel(le)s du sexe ou HSH, il est compréhensible que 43 % des répondants aient déclaré avoir subi un niveau accru de violence de la part l'ordre et d'autres autorités gouvernementales pendant la période de pandémie. Les populations clés ont également signalé un niveau de violence nettement plus élevé au cours de cette période que les PVVIH (respectivement 45,1% et 30,6%).

Tunisie

La prévalence du VIH/SIDA dans la population générale (15-49 ans) de la Tunisie est toujours inférieure à 0,1%. En 2020, les derniers chiffres estimés du VIH enregistrés étaient d'environ 4 500 personnes. Comme dans d'autres pays de la région, l'épidémie reste concentrée parmi les populations clés, à savoir les travailleurs du sexe (TS), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes qui s'injectent des drogues (PID). La connaissance approfondie des modes de transmission et de prévention est encore très faible, en particulier chez les adolescents et les jeunes, et les pratiques sexuelles à risque sont observées à des taux relativement inquiétants dans différents groupes de jeunes, y compris les partenaires sexuels multiples combinés à un faible taux d'utilisation du préservatif également. comme travail du sexe chez HSH et PID.

La réponse nationale tunisienne au VIH et aux IST est gérée par le programme national de lutte contre le SIDA et les IST (Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles - PNLS/IST). Celui-ci est géré par le Ministère de la Santé Publique en Tunisie et la Direction des Soins de Santé Primaires. Une stratégie nationale est mise en œuvre pour la prévention du VIH dans les communautés à forte incidence de nouvelles infections, en particulier chez les jeunes filles et les femmes et leurs partenaires masculins. Cela comprend des activités telles que la sensibilisation communautaire, les services de santé adaptés aux jeunes, les campagnes de

prévention du VIH en milieu scolaire et les services de réduction des risques. Les jeunes peuvent accéder aux services de SSR par eux-mêmes sans le consentement parental, mais les moins de 18 ans ont besoin du consentement parental pour se soumettre au dépistage et au traitement du VIH. Les jeunes ont la possibilité de jouer un rôle actif dans l'élaboration de politiques, de lignes directrices et de stratégies pertinentes pour leur santé, y compris le VIH/sida. De plus, les ONG et les OSC ont toujours joué un rôle crucial dans les efforts de prévention combinés offerts aux populations clés et vulnérables.

Le CNLS est un organisme national qui coordonne les efforts des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux dans la riposte au VIH. Des sous-comités émanant de ce Comité National ont été créés dont le sous-comité de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH et le comité IEC. En 2004, le Mécanisme National de Coordination (le CCM-Tunisie) a été créé pour gérer les subventions du Fonds Mondial pour soutenir le Programme National de Lutte contre le SIDA et mettre en œuvre les Plans Stratégiques Nationaux de Réponse au VIH et aux IST, dans lesquels les autorités publiques, la société civile y compris les ONG et le système des Nations Unies sont représentés.

En Tunisie, le premier cas de maladie à coronavirus-19 (COVID-19) a été diagnostiqué le 22 2020 mars. La propagation de l'infection dans le pays a été quelque peu contrôlée par les mesures strictes imposées par le gouvernement. Celles-ci comprenaient un verrouillage complet (mars-mai) suivi ensuite en mai-juin d'un couvre-feu nocturne imposé. De plus, les masques ont été rendus obligatoires dans tous les espaces publics. Des caméras thermiques pour le dépistage de la fièvre dans les aéroports et aux postes-frontières ont été installées et un test Covid-19 obligatoire pour les passagers entrants ainsi que des mesures de quarantaine strictes pour 18 000 Tunisiens rapatriés ont été imposées ainsi qu'une auto-quarantaine obligatoire pour les passagers entrants à risque moyen à élevé.

Bien que ces mesures aient eu un impact significatif sur la réduction initiale du nombre de cas et de décès, une fois les frontières rouvertes, le nombre de cas de COVID-19 et de décès liés a augmenté de façon spectaculaire, provoquant deux vagues de COVID-19 : la première en août-décembre 2020 et le second en janvier-mars 2021, en Septembre 1 040 712 cas confirmés et 28 566 décès ont été signalés à l'OMS.

Services pour les populations clés

Services de dépistage

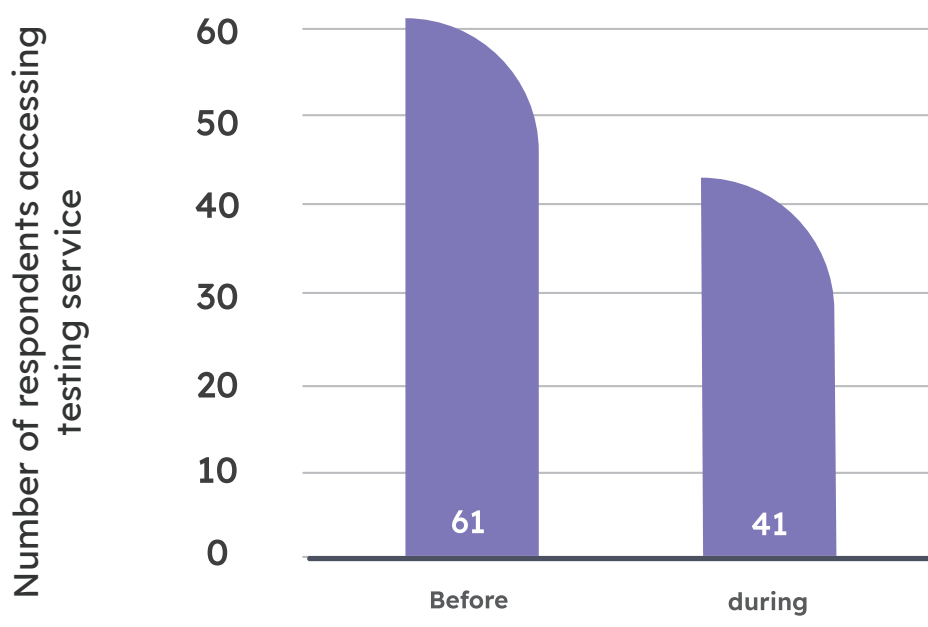


Figure 30 Nombre de répondants du PC qui avaient accès aux services de dépistage avant et pendant la pandémie

Le nombre de répondants parmi les populations clés qui ont déclaré avoir accès aux services de dépistage a été considérablement réduit, passant de 64,9 % avant la pandémie à 43,6 % après ça. Les raisons les plus courantes données par les répondants pour ne pas avoir accès au service de dépistage étaient la peur d'attraper l'infection.

Réduction de risque /Réduction des méfaits

Alors que seulement 17,7 % des HSH et des FSW ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux préservatifs et aux lubrifiants avant la pandémie, ce pourcentage est passé à 45,6 % pendant la pandémie.

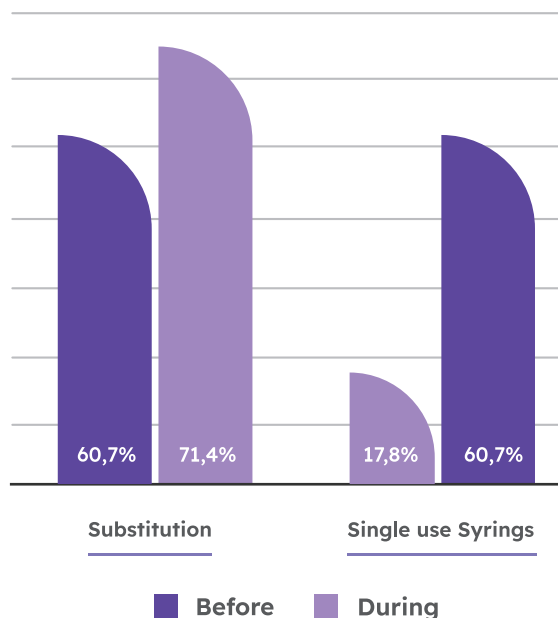


Figure 31 Pourcentage d'UDI ayant déclaré ne pas avoir accès aux mesures de réduction des méfaits avant et pendant la pandémie

D'autre part, le pourcentage de ceux qui ont déclaré ne pas pouvoir accéder aux seringues à usage unique a considérablement augmenté, passant de 17,8 % avant la pandémie à 60,7 % pendant la pandémie. Les principales raisons invoquées étaient la peur de contracter une infection et la rareté des fournitures.

Services pour les PVVIH

ART

Bien que les commentaires des informateurs clés des ONG tunisiennes aient confirmé que la réponse du Programme national de lutte contre le sida et les IST à la pandémie de COVID-19 était de veiller à ce que suffisamment de médicaments soient dispensés aux PVVIH et de fournir 3 mois d'approvisionnement en médicaments, les commentaires ont également souligné les pénuries de TAR en raison de l'épuisement des stocks qui ont conduit à l'inaccessibilité aux médicaments pour certaines PVVIH.

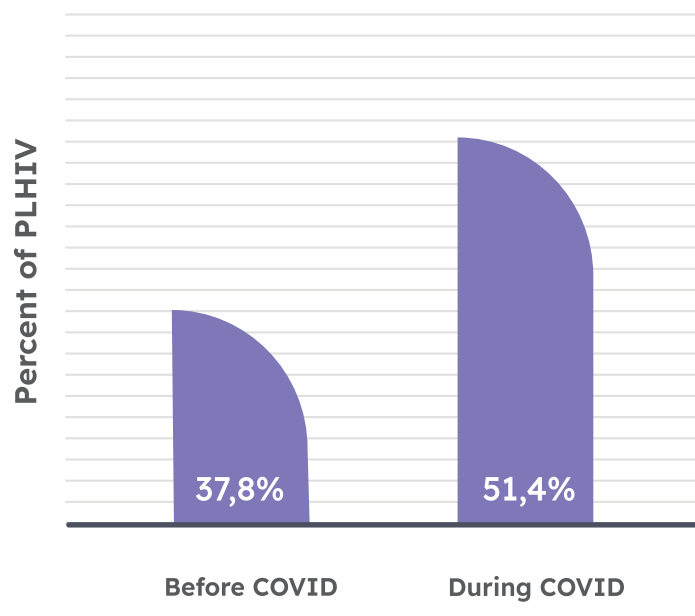


Figure 32 Pourcentage de répondants PVVIH qui ont déclaré ne pas avoir accès au TAR avant et pendant la pandémie

Le pourcentage de PVVIH qui a déclaré avoir eu des difficultés à accéder au TAR est passé de 37,8 % avant la pandémie à 51,4 % pendant la pandémie. Les principales raisons invoquées pour cela étaient similaires à celles signalées à la fois par l'Égypte et le Maroc, notamment leur peur d'attraper le coronavirus et de ne pas pouvoir se permettre le transport pour accéder aux services.

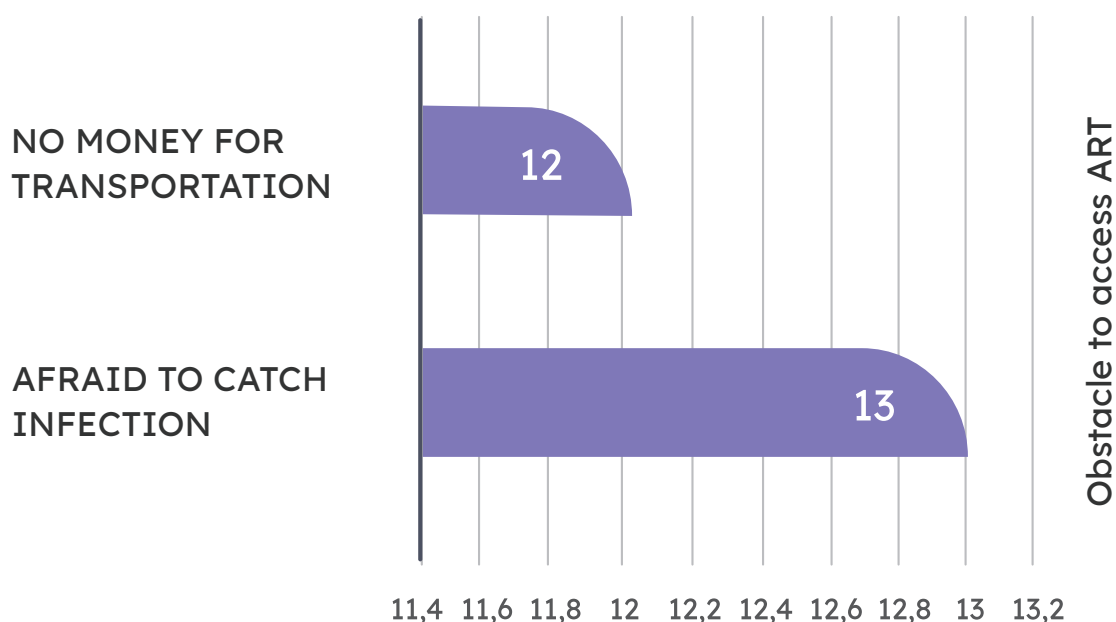


Figure 33 Raisons d'inaccessibilité au TAR pendant la pandémie signalées par les répondants vivant avec le VIH

Médicaments pour les infections opportunistes

Seize répondants vivant avec le VIH ont déclaré avoir besoin de médicaments pour les infections opportunistes. Sur ces 16 répondants, 8 ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux médicaments pendant la pandémie, soit parce qu'ils ne voulaient pas s'exposer à un risque d'infection par la COVID, soit en raison de leur incapacité à payer le transport.

CD4 et charge virale

Huit répondants vivant avec le VIH ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de test de CD4 et de charge virale pendant la pandémie. Deux d'entre eux ont signalé que le site de fourniture de services avait cessé de fournir le service, quatre ont signalé qu'ils avaient peur d'attraper le coronavirus et deux autres ont signalé qu'ils n'avaient pas les moyens de payer le transport pour se rendre au centre de provision de services.

Services médicaux

Au total, 18 répondants vivant avec le VIH ont déclaré avoir eu besoin de services médicaux sans rapport avec le VIH pendant la pandémie, dont 16 ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services.

Prévention de la transmission verticale (infection de la mère à l'enfant)

Seuls trois répondants ont déclaré être tombés enceintes pendant la pandémie. Les trois participantes avaient accès à des services prénatals, recevaient leur TAR régulièrement pendant la grossesse et toutes recevaient des soins prophylactiques pour leurs nouveau-nés pendant l'accouchement.

Services de soutien psychosocial

		PC	PVVIH	Total
pas besoin	Nombre	11	7	18
	%	%11.70	%18.90	%13.70
Besoin accru	Nombre	23	12	35
	%	%24.50	%32.40	%26.70
Diminution	Nombre	23	9	32
	%	%24.50	%24.30	%24.40
N'a pas changé	Nombre	37	9	46
	%	%39.40	%24.30	%35.10
Nombre total	Nombre	94	37	131
		%100.00	%100.00	%100.00

Tableau 14 le besoin de soutien psychosocial pendant la pandémie

Alors que 88,3 % des PC et 81,1 % des PVVIH ont déclaré avoir besoin d'un soutien psychosocial avant l'épidémie, 24,5 % des PC et 32,4 % des PVVIH ont indiqué que leur besoin de services de soutien psychosocial avait augmenté pendant la pandémie.

Difficulty accessing Psycho-social support	PC	PVVIH	Total
Non	43	21	64
	%45.70	%56.70	%48.90
Oui	51	16	67
	%54.30	%43.20	%51.10
Total	94	37	131
		%100.00	%100.00

Tableau 15 Répondants déclarant avoir des difficultés à accéder aux services de soutien psychosocial pendant la pandémie par statut VIH

Alors que le besoin de services de soutien psychosocial était élevé avant la pandémie et a augmenté pendant la pandémie, plus de la moitié des répondants ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de soutien

psychosocial pendant la pandémie. Les raisons les plus fréquemment citées comprenaient les frais de transport, la peur d'être infecté par le coronavirus ou l'interruption du service.

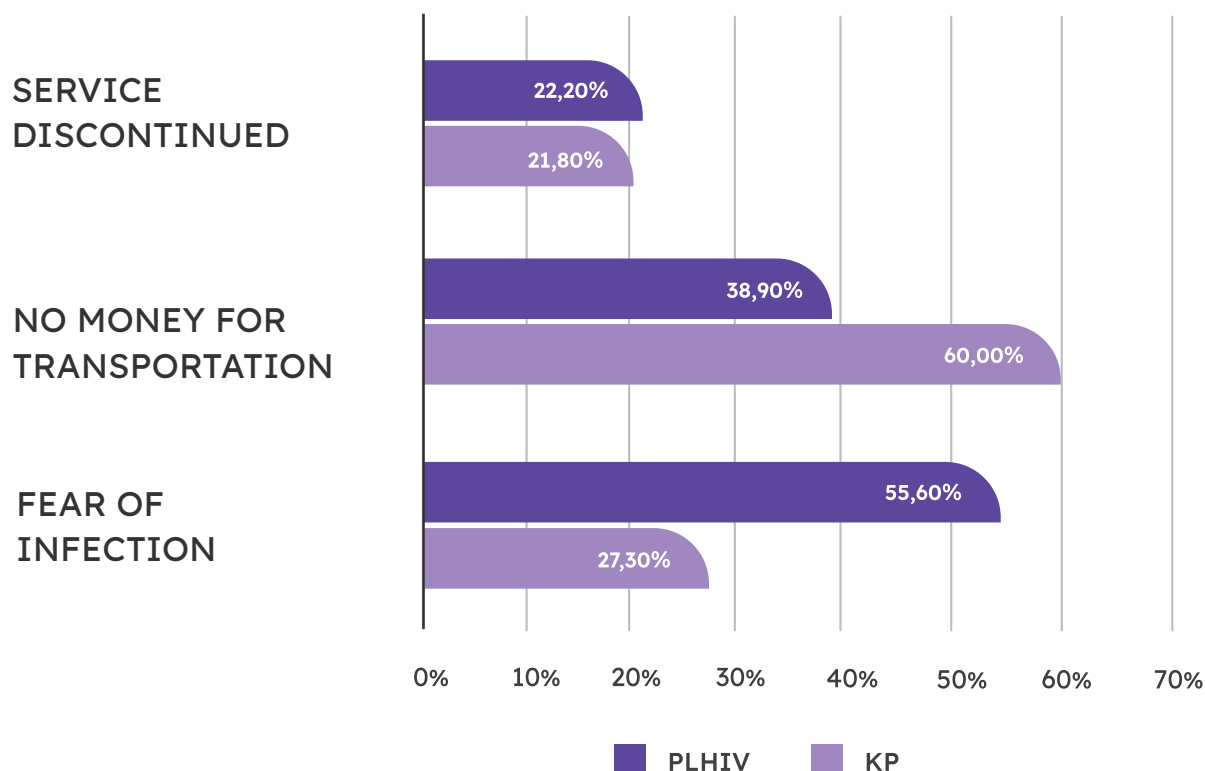


Figure 34 Raisons d'inaccessibilité aux services de soutien psychosocial pendant la pandémie

Impact sur les besoins de la population cible

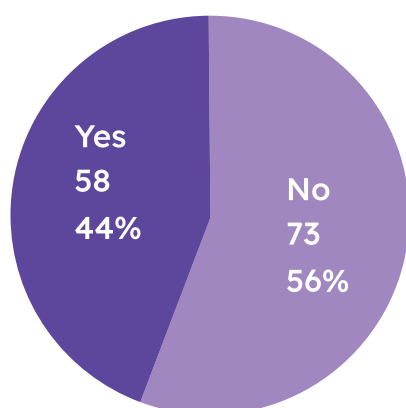


Figure 35 Pourcentage de répondants déclarant avoir un emploi régulier avant la pandémie

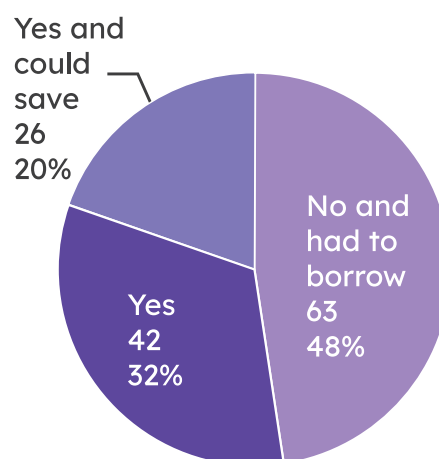


Figure 36 Répartition des répondants selon que leurs revenus étaient suffisants pour subvenir aux besoins de leur famille avant la pandémie

L'enquête quantitative a confirmé les informations recueillies auprès des parties prenantes. 56 % des répondants ont déclaré qu'ils n'avaient pas d'emploi régulier avant la pandémie et 48 % ont déclaré que leurs revenus n'étaient pas suffisants au départ pour subvenir aux besoins de leur famille et qu'ils ont dû emprunter.

Tableau 16 Répartition des participants selon la façon dont leur revenu a été affecté pendant la pandémie

Changement de revenu pendant la pandémie	Fréquence	Pourcentage
Do not want to answer	24	18.3
increased significantly	5	3.8
completely stopped	43	32.8
unchanged	7	5.3
increased	2	1.5
significantly reduced	50	38.2
Total	131	100

La pandémie a évidemment ajouté à la vulnérabilité économique des PVVIH et des PC puisque 71 % des répondants ont déclaré que leurs revenus avaient été considérablement réduits ou complètement arrêtés pendant la pandémie.

Services de soutien socio-économique

Commentaires des informateurs clés ont suggéré que les associations de la société civile avaient plus de résilience que les organisations gouvernementales, en particulier pour répondre aux besoins socio-économiques des populations vulnérables. où une proportion plus élevée a déclaré avoir reçu un soutien socio-économique des ONG plutôt qu'un soutien gouvernemental (23,7 % contre 17,6 %)

Tableau 17 soutien des ONG et statut VIH

Appui reçu des ONG	PC	PVVIH	Total
Non	82	18	100
	%87.30	%48.60	%76.30
Oui	12	19	31
	%12.80	%51.40	%23.70
Total	94	37	131
	%100.00	%100.00	%100.00

Le pourcentage de soutien apporté aux PVVIH était considérablement supérieur à celui fourni aux PC. Alors que 51,4 % des répondants LHIV ont déclaré avoir reçu un soutien d'organisations non gouvernementales, seuls 12,8 % des PC ont déclaré avoir reçu un tel soutien.

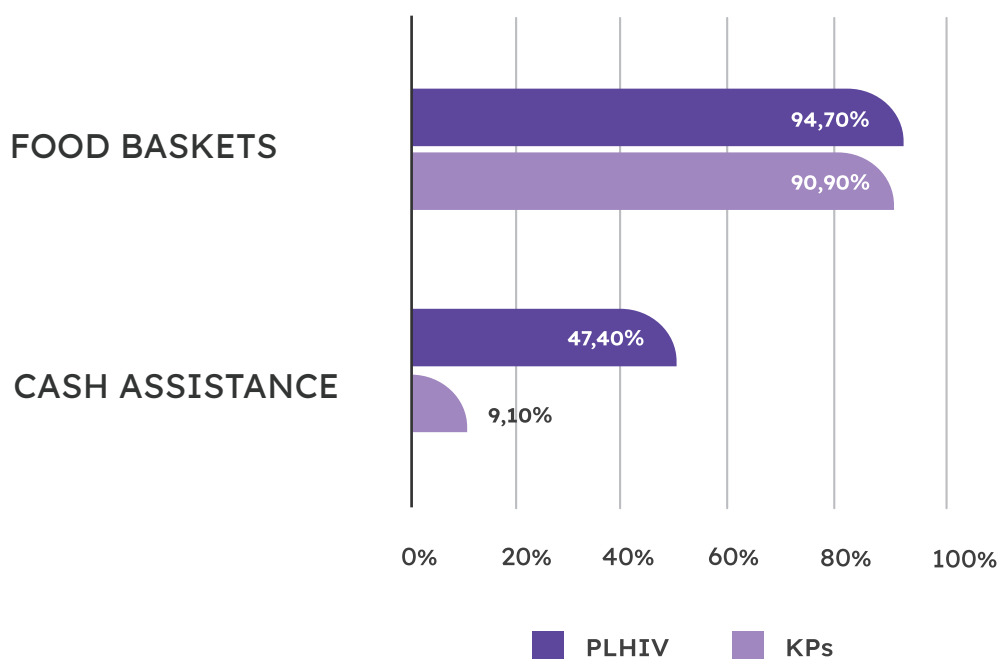


Figure 37 Genre de soutien reçu par l'échantillon

Semblable au soutien des ONG, le soutien gouvernemental a atteint plus de PVVIH que de populations clés. Alors que 35,1 % des PVVIH ont déclaré avoir reçu un soutien gouvernemental, seuls 10,6 % des PC ont déclaré avoir reçu un soutien gouvernemental.

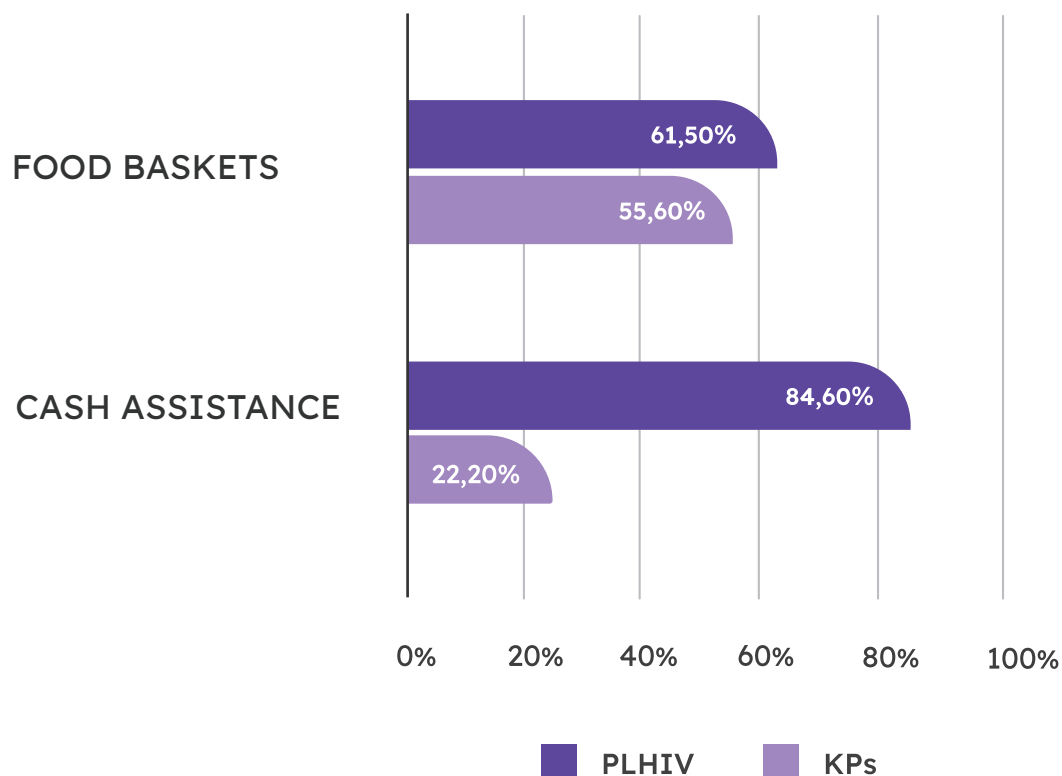


Figure 38 Formes de soutien socio-économique gouvernemental signalées reçues par les PVVIH et les PC

Stigmatisation et discrimination

Commentaires des informateurs clés ont mis en évidence la stigmatisation et la discrimination auxquelles les PC ont été exposés (en particulier les PS et les HSH), y compris la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé. Les commentaires ont révélé que les HSH et les personnes transgenres étaient confrontés au plus haut niveau de stigmatisation et de discrimination.

Lorsqu'une femme transgenre se rend à l'établissement de santé avec une pièce d'identité portant le nom d'un homme, on refuse généralement de délivrer des médicaments ou de fournir des services. Judiciaires sur la base de la pratique de l'homosexualité qui est interdite par la loi en Tunisie

Tableau 18 répondants qui ont déclaré qu'ils été victimes de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé

		PC	PVVIH	Total
Aucune discrimination	Count	38	27	65
	%	%40.40	%73.00	%49.60
Augmentation	Count	12	2	14
	%	%12.80	%5.40	%10.70
Diminution	Count	10	2	12
	%	%10.60	%5.40	%9.20
N'a pas changé	Count	34	6	40
	%	%36.20	%16.20	%30.50
Nombre total	Count	94	37	131
		%100.00	%100.00	%100.00

Un total de 49,6 % des répondants ont déclaré qu'ils n'avaient pas été victimes de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé avant ou pendant la pandémie. D'autre part, 59,6 % des populations clés et 27 % des PVVIH ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de santé avant la pandémie. Seuls 10,7 % des répondants ont indiqué que la stigmatisation et la discrimination avaient augmenté pendant la pandémie.

		KP	LHIV	Total
No Violence	Count	31	26	57
	%	%33.00	%70.30	%43.50
Augmentation	Count	9	1	10
	%	%9.60	%2.70	%7.60
Diminution	Count	15	3	18
	%	%16.00	%8.10	%13.70
N'a pas changé	Count	39	7	46
	%	%41.50	%18.90	%35.10
Nombre total	Count	94	37	131
		%100.00	%100.00	%100.00

Tableau 19 Répartition des Répondants selon leur perception du changement du niveau de violence auquel ils sont exposés pendant la pandémie

Un total de 43,5 % des répondants ont déclaré qu'ils n'ont été exposés à aucune forme de violence avant ou pendant la pandémie. En revanche, 67% des PC contre seulement 29,7% des PVVIH ont déclaré avoir été exposés à une forme de violence verbale, physique ou sexuelle avant la pandémie. Seuls 9,6% des PC et 2,7% des PVVIH ont déclaré avoir subi des violences avant la pandémie et ont perçu que ces violences avaient augmenté pendant la pandémie.

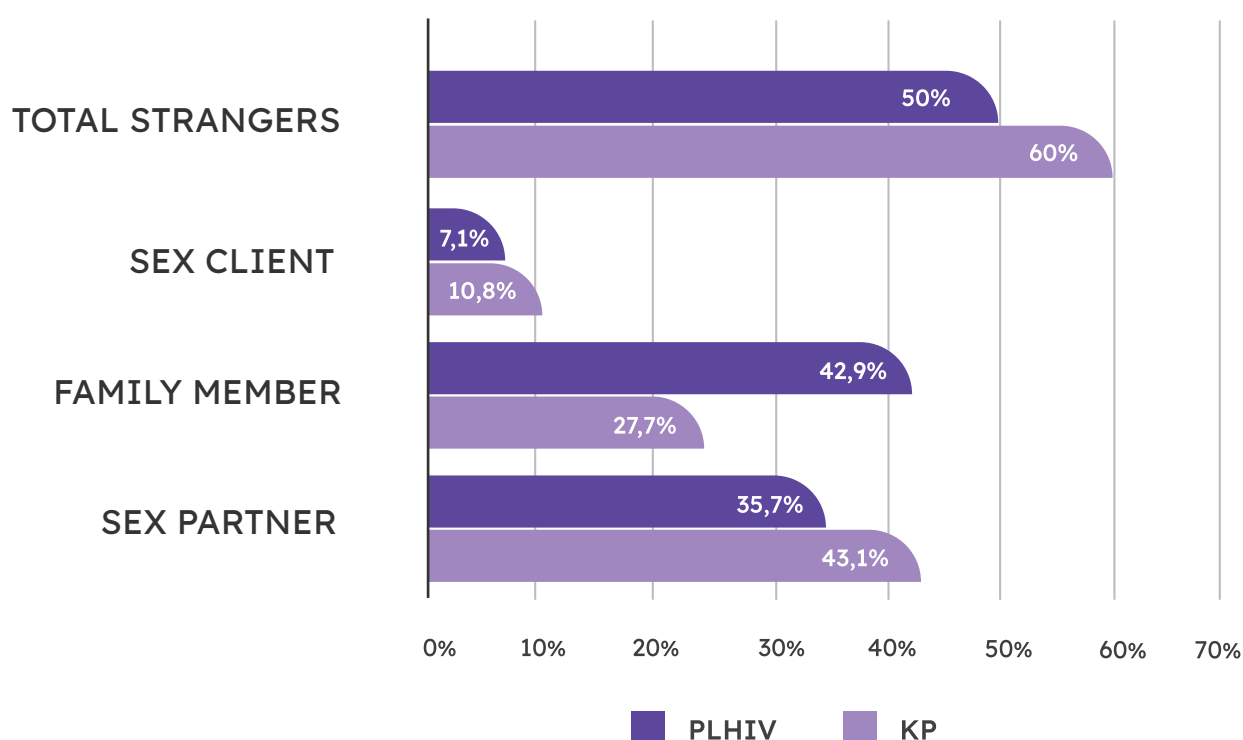


Figure 39 auteurs signalés de violences sexuelles, verbales ou physiques par les PC et les PVVIH

Les informateurs clés ont fourni des informations sur les frictions entre les forces de l'ordre et les PC, en particulier les professionnel(le)s du sexe pendant la pandémie. Comme la situation au Maroc, certains comportements/pratiques des PVVIH et des PC les mettent en danger auprès des forces de l'ordre. Dans les pays où des choses comme l'homosexualité et la consommation de drogues injectables sont considérées comme un crime, les personnes prises en train de commettre ces actes peuvent faire l'objet de poursuites sévères. Un exemple courant est que l'engagement dans le commerce du sexe en dehors des domaines de pratique agréés désignés peut soumettre les femmes à l'interrogatoire et à la détention.

En raison de la crise économique, les femmes autorisées à pratiquer le commerce du sexe ont été touchées par le confinement et la fermeture des maisons de travail autorisées, elles ont dû briser le couvre-feu du travail qui les a mises en confrontation avec les forces de l'ordre. De même, davantage de femmes étaient obligées de pratiquer le commerce du sexe sans avoir de licence, ce qui les exposait également au risque d'être arrêtées et inculpées pour pratique illégale du commerce du sexe.

Représentant d'une ONG tunisienne

Semblable aux schémas observés dans les autres pays Les PC ont déclaré avoir été soumis à la violence des autorités et des agents des forces de l'ordre beaucoup plus que les PVVIH (23,4 % contre 8,1 %)

Mauritanie

L'épidémie de VIH en Mauritanie est concentrée dans les villes et parmi les populations clés. La prévalence du VIH chez les adultes est d'environ 0,3 %, mais elle est stupéfiante de 9 % chez les professionnel(le)s du sexe et de 23 % chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. De plus, les connaissances sur les modes de transmission et les mesures préventives se sont avérées faibles, tant dans la population générale que dans les groupes de population clés. Ces dernières ont montré une baisse marquée des connaissances entre 2007 et 2014. Le niveau d'éducation et le statut socio-économique étaient des facteurs déterminants dans la détermination des connaissances qui ont été mesurées autour de 6 % chez les femmes sans instruction et 16 % chez les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures. La même variation a été observée chez les hommes où la prévalence des connaissances était de 4 % chez les hommes sans instruction et de 15 % chez les femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures.

Le dépistage du VIH a été identifié comme une intervention clé dans la Réponse nationale au VIH et comme un point d'entrée dans le système de soins. Le dépistage cible les populations clés et les femmes enceintes. Le dépistage devait être rendu accessible à la population cible par le biais des centres de santé, ainsi que lors des campagnes nationales à l'occasion de la journée mon-

diale de lutte contre le sida.

En Mauritanie, du 3 janvier 2020 au 9 mai 2022, il y a eu un total de 58 743 cas confirmés de COVID-19 avec 982 décès signalés. Depuis 2021, la Mauritanie a traversé deux vagues majeures de COVID-19, l'une en janvier et la seconde en juin. En septembre 2021, le nombre de cas confirmés s'était stabilisé. Ces vagues intenses et successives ont poussé les autorités à imposer un certain nombre de mesures restrictives tout au long de l'année, notamment des couvre-feux et des fermetures d'écoles jusqu'en octobre 2021. Bien que l'aéroport international de Nouakchott-Oumtounsy soit resté ouvert à des vols à destination de la Mauritanie ont été soumis à des températures élevées. dépistage et tenus de présenter un test PCR négatif à l'arrivée et au départ.

Les restrictions nationales comprenaient des mesures de distanciation sociale obligatoires sur les marchés locaux ainsi que l'utilisation de masques faciaux et l'interdiction des grands rassemblements.

La Mauritanie est l'un des principaux pays d'Afrique à défendre la stratégie de vaccination contre le COVID-19 avec plus de 40 % de la population adulte déjà entièrement vaccinée. Initialement, la priorité était accordée aux personnes à risque et vulnérables, mais cela s'est finalement étendu à l'ensemble de la population adulte.

Services pour les populations clés

Services de dépistage

Un total de 104 répondants (91,2 % de l'échantillon de la population clé interrogé) ont déclaré qu'ils avaient l'habitude de se faire dépister régulièrement pour le VIH avant la pandémie. 92 répondants (80,7 %) ont déclaré avoir été testés au moins tous les six mois avant la pandémie.

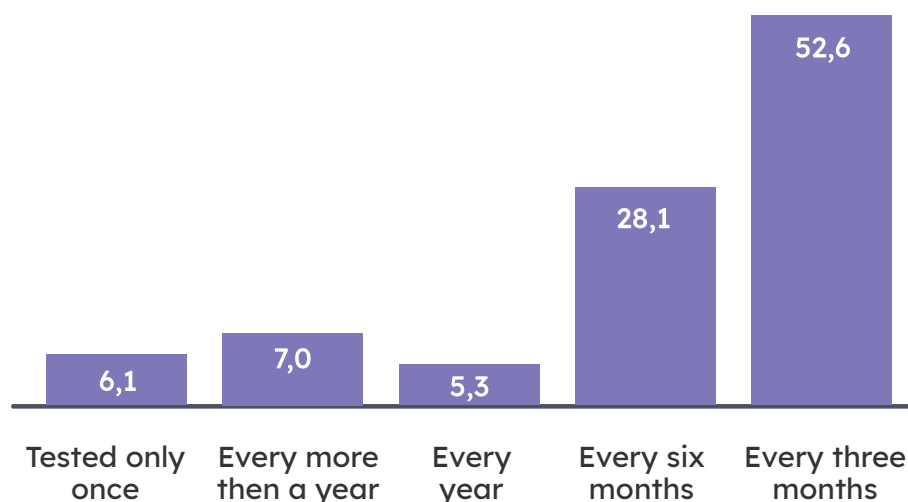


Figure 40 Fréquence déclarée du dépistage du VIH avant l'épidémie

Près de 89 % des PC (101 répondants) ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage du VIH pendant la pandémie. La majorité d'entre eux, comme leurs homologues des autres pays, craignaient d'être infectés par le COVID (71 %) ou n'avaient pas assez d'argent pour se rendre sur les sites de test (6 %). Près d'un quart de ces répondants (23 %) ont également déclaré que les sites n'offraient pas de services de dépistage du VIH pendant cette période.

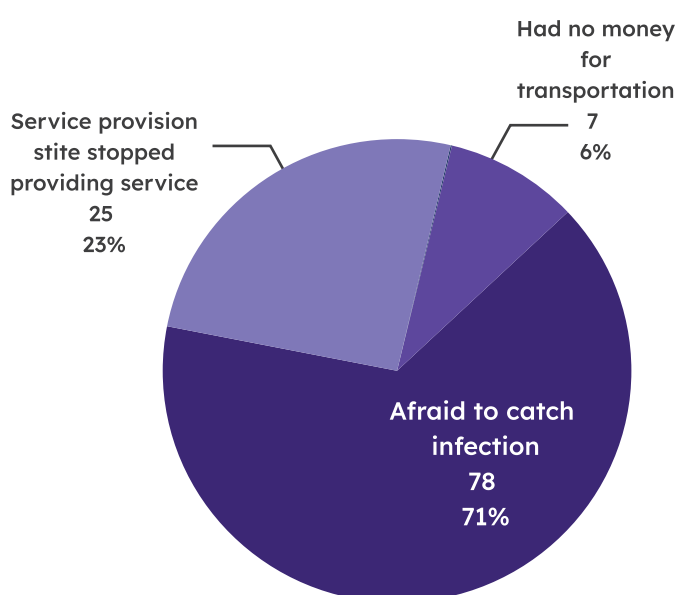


Figure 41 Défis signalés pour se faire dépister pour le VIH pendant la pandémie

Services de dépistage

Seuls 45,5 % des HSH et des professionnelles du sexe qui ont répondu à l'enquête (n = 178) ont déclaré avoir accès à des préservatifs et des lubrifiants avant la pandémie, et 73,6 % ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux préservatifs et aux lubrifiants pendant la pandémie. Les principales raisons citées comprenaient; que les sites ne fournissaient pas de services de routine à ce moment-là (71 %). Près de 15 % avaient peur d'attraper le COVID et environ 14 % ont affirmé qu'ils ne recevaient pas les mêmes quantités de préservatifs et de lubrifiants qu'ils recevaient auparavant.

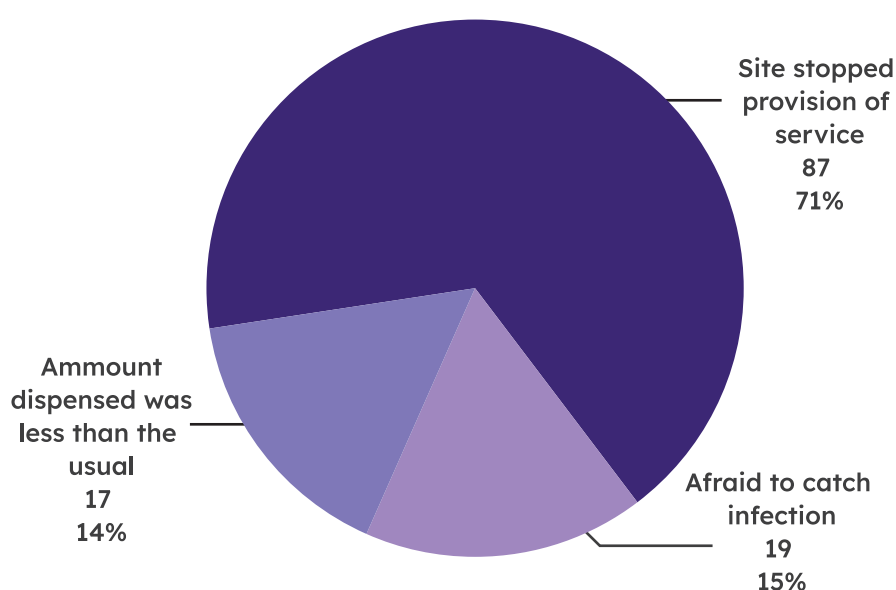


Figure 42 Obstacles signalés à l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants pendant la pandémie

Réduction de risques

Parmi les 13 répondants qui ont confirmé être des UDI, seuls cinq ont déclaré avoir accès à des seringues à usage unique et aucun n'a déclaré avoir eu des difficultés à y accéder pendant la pandémie. Trois répondants ont déclaré qu'ils avaient également accès à une thérapie de remplacement à la méthadone avant la pandémie et aucun n'a déclaré avoir eu de la difficulté à y accéder pendant la pandémie.

Services pour les PVVIH

ART

Semblables aux chiffres et aux circonstances observés dans les pays précédents, 55 % des répondants ont identifié qu'ils avaient des difficultés à accéder aux ART avant la pandémie. Ce nombre est passé à 74 % pendant la pandémie.

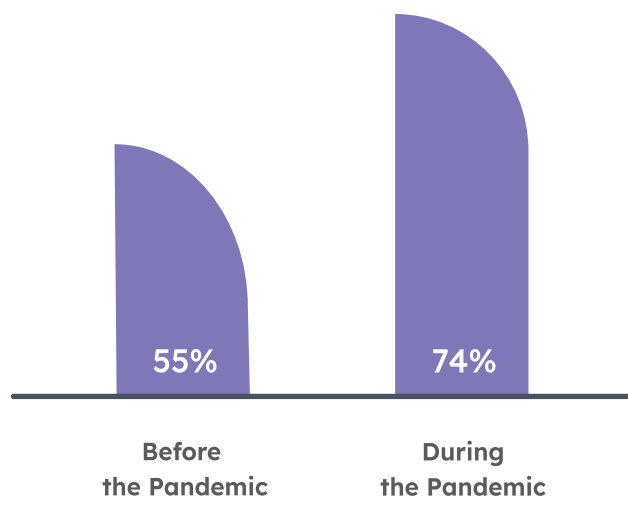


Figure 43 PVVIH qui ont identifié qu'ils avaient des difficultés à accéder aux ART avant et pendant la pandémie

Plus de 15 % ont identifié que les services de routine dont ils avaient besoin n'étaient pas actuellement fournis sur les sites réguliers. De plus, plus de 8% des participants ont également affirmé qu'ils ne recevaient pas les mêmes quantités d'ARV qu'ils recevaient auparavant.

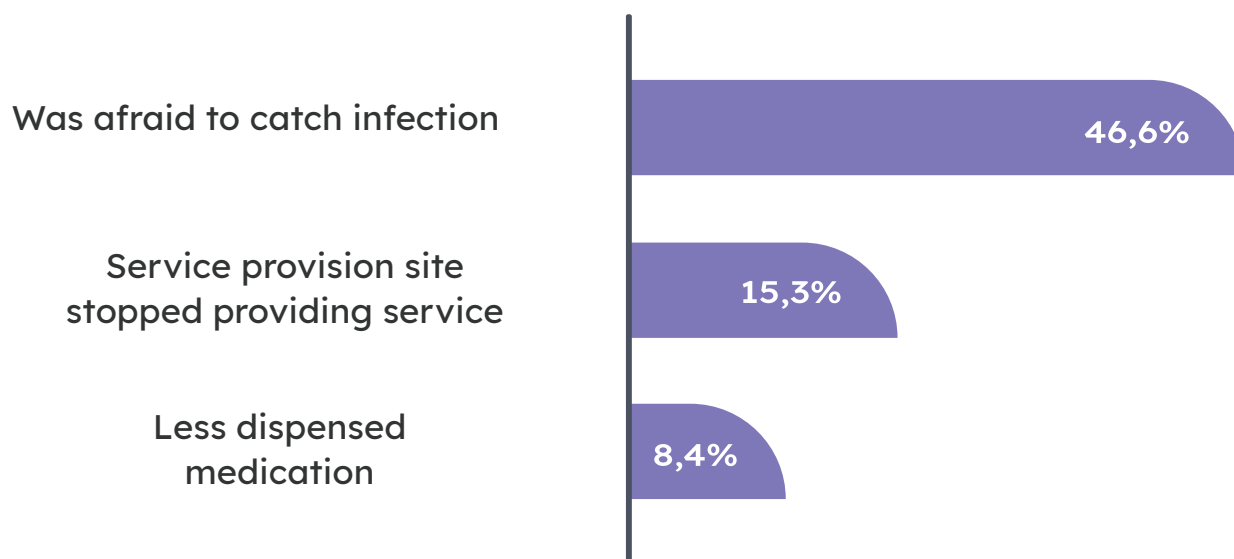


Figure 44 Fréquence des difficultés signalées pour accéder au TAR pendant la pandémie

CD4 et charge virale

Presque tous les répondants à l'enquête ont déclaré qu'ils devaient effectuer un test de CD4, de charge virale ou les deux pendant la pandémie. cependant, 85,5 % des répondants ont déclaré ne pas avoir accès au service. Les raisons fournies comprenaient que le site a cessé de fournir le service (55 % des répondants)

Services médicaux

Au total, 125 répondants LHIV ont déclaré avoir eu besoin d'un type de service médical pendant la pandémie et 91,6 % de tous les répondants LHIV (120) ont affirmé qu'ils eu des difficultés à accéder au service. Les principales raisons invoquées étaient que la plupart des établissements de santé avaient cessé de fournir des services pour des affections non liées au COVID (23,7 %) et la peur de contracter l'infection (24,4 %).

Services de soins maternels et infantiles

Ensemble, 13 femmes qui ont répondu à l'enquête ont déclaré être tombées enceintes au cours des 12 mois précédant l'étude. Parmi ceux-ci, deux faisaient partie du groupe de la population clé et 11 étaient des femmes vivant avec le VIH. Les deux femmes qui appartenaient à la population clé ont déclaré qu'elles avaient toutes deux reçu des services de soins prénatals (CPN) pendant la grossesse et qu'elles avaient toutes deux été testées pendant la grossesse pour le VIH.

Parmi les 11 femmes qui vivaient avec le VIH, seules neuf ont déclaré avoir reçu des soins prénatals, dix ont déclaré avoir reçu leur TAR régulièrement pendant la grossesse et les trois qui ont accouché avant l'enquête ont déclaré avoir toutes reçu des soins prophylactiques pour le bébé pendant le travail et après livraison.

Services de soutien psychosocial

Soixante des répondants (24,5 %) ont déclaré avoir eu besoin de services de soutien psychologique avant la pandémie. de plus, 58 répondants ont déclaré que leur besoin de services de soutien psychologique avait augmenté pendant la pandémie. Cependant, 86,5 % de tous les répondants ont déclaré qu'ils n'avaient pas pu accéder au service pendant la pandémie. La raison la plus souvent invoquée par les répondants était leur peur d'attraper une infection au COVID lors de la prestation de services. Et arrêt du service.

- Impact sur les besoins de la population cible

78,8 % des répondants ont déclaré que leurs revenus avaient été considérablement réduits pendant la pandémie de COVID-19.

La vulnérabilité économique initiale de la population cible a été démontrée par le fait que près d'un tiers des répondants à l'enquête quantitative ont déclaré qu'ils n'avaient pas d'emplois réguliers avant même la pandémie. De même, 79 répondants (32,2 %) ont déclaré que leurs revenus n'étaient pas suffisants au départ pour couvrir les dépenses de leur famille et de leur ménage avant la pandémie.

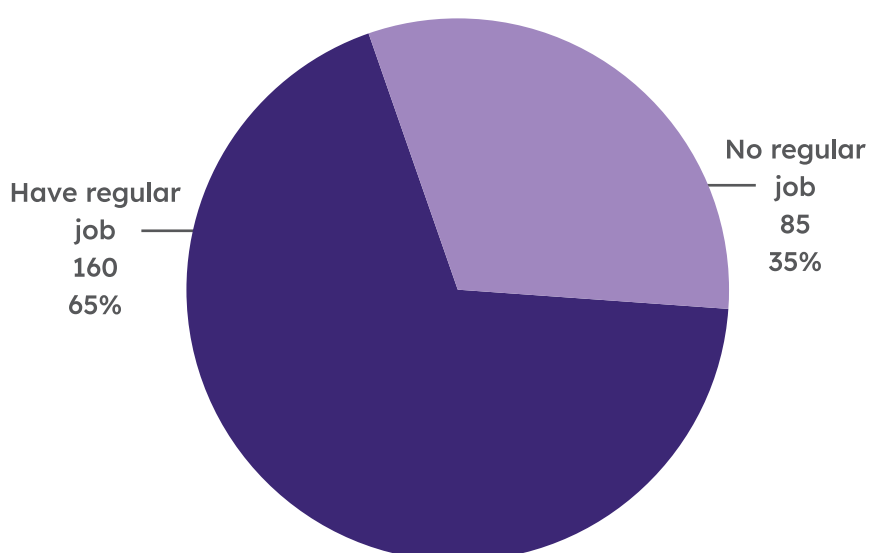


Figure 45 Pourcentage de répondants qui avaient un emploi régulier avant la pandémie

Discussion des résultats

Difficultés d'accès aux services pour les PVVIH

Accès au TAR

Il ressort clairement de l'enquête quantitative menée auprès des PVVIH dans les quatre pays de l'étude que l'accès au TAR a été nettement affecté pendant la pandémie (Pendant les périodes de confinement et d'application des mesures de distanciation sociale)

En Mauritanie, l'accès à l'ART a été considérablement réduit pendant la pandémie, comme en témoignent 74 % des répondants déclarant ne pas y avoir accès pendant la pandémie, contre seulement 55 % avant la pandémie. la principale raison de l'accès réduit au TAR était la peur de contracter une infection en allant recevoir les médicaments des centres de gestion.

En Égypte, le pourcentage de PVVIH qui ont déclaré avoir des difficultés à accéder au TAR est passé de 57,1 % avant la pandémie à 71,4 % pendant la pandémie. les raisons les plus courantes invoquées par les participants étaient la peur d'attraper une infection au COVID lors de la réception des médicaments depuis les sites de distribution situés dans les établissements de santé et l'incapacité de fournir de l'argent pour le transport pour atteindre les sites de distribution.

Au Maroc, bien que les informateurs clés aient fait état d'une coordination élevée entre les sites de prestation de services gouvernementaux et les organisations non gouvernementales pour assurer la livraison des médicaments aux PVVIH à leur domicile, les commentaires de l'enquête menée ont révélé que le pourcentage de PVVIH qui ont signalé des difficultés d'accès L'ART avant la pandémie (27,8 %) a été doublé pendant la pandémie. (55,6%)

En Tunisie, bien que les retours d'informations des informateurs clés des ONG tunisiennes aient confirmé que la réponse du Programme national de lutte contre le sida et les IST à la pandémie de COVID-19 consistait à garantir la distribution de médicaments en quantité suffisante aux PVVIH et à fournir 3 mois de médicaments, les commentaires ont également mis en évidence des pénuries de TAR en raison de l'épuisement des stocks qui ont conduit à l'inaccessibilité aux médicaments pour certaines PVVIH. Le pourcentage de PVVIH qui ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder au TAR est passé de 37,8 % avant la pandémie à 51,4 % pendant la pandémie. Les principales raisons invoquées pour cela étaient similaires à celles signalées à la fois par l'Égypte et le Maroc, notamment leur peur d'attraper le coronavirus et de ne pas avoir d'argent pour le transport pour accéder aux services.

CD4 et charge virale

En Égypte, les tests de CD4 et de charge virale ont été l'une des interventions qui ont été particulièrement affectées au cours des premiers stades de la pandémie, lorsque le ministère de la Santé avait du mal à faire face aux sites de test surpeuplés et aux tests COVID. En outre, comme pour les procédures de test initiales, de nombreuses personnes vivant avec le VIH avaient peur de se rendre sur les sites de test en raison du risque d'attraper le COVID, en particulier dans leur état immunodéprimé. 66 % des répondants ont déclaré qu'ils devaient effectuer à la fois la charge CD4 et virale pendant la pandémie. 14% ont déclaré qu'ils avaient besoin d'effectuer un test de CD4 et 16% ou les répondants ont déclaré qu'ils avaient besoin d'effectuer une charge virale pendant la pandémie.

Comme pour les PVVIH en Égypte, un grand pourcentage de répondants du Maroc ont également signalé des difficultés à faire tester leur CD4 et leur charge virale. De l'échantillon enquêté, 31 PVVIH ont déclaré avoir eu besoin de faire des tests de CD4 et/ou de charge virale pendant la pandémie. 65 % d'entre eux ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage.

En Tunisie, huit répondants vivant avec le VIH ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de test de CD4 et de charge virale pendant la pandémie. Deux d'entre eux ont signalé que le site de prestation de services avait cessé de fournir le service, quatre ont signalé qu'ils avaient peur d'attraper le coronavirus et deux autres ont signalé qu'ils n'avaient pas les moyens de payer le transport pour se rendre au centre de dépistage.

En Mauritanie, l'accès au dépistage était également durement touché par la pandémie où 85% des PVVIH qui devaient faire le test n'y ont pas eu accès. Les deux raisons fournies par les répondants étaient que le site avait cessé de fournir le service et qu'ils avaient peur d'attraper l'infection s'ils allaient faire le test.

Services médicaux

L'accès aux services médicaux non liés au VIH était un défi commun chez les PVVIH dans les 4 pays étudiés. Les défis étaient centrés sur plus ou moins les mêmes raisons, où les systèmes de santé étaient submergés par la réponse COVID -19 entraînant une dégradation des services fournis aux cas non urgents et la surpopulation des établissements de santé qui imposait plus de risque d'attraper l'infection chez les PVVIH, ce qui les rend moins disposés à rechercher des services.

Alors que 83 % des participants égyptiens ont déclaré avoir eu besoin d'une forme quelconque de services médicaux sans rapport avec le VIH pendant la pandémie, la majorité (80 % des répondants) ont déclaré avoir rencontré des difficultés pour accéder aux services médicaux requis. Le surpeuplement considérable des sites de services, le retard dans la fourniture de services non urgents liés à la COVID par les prestataires de services étaient les raisons les plus importantes.

Au Maroc, 32 des répondants vivant avec le VIH ont déclaré avoir eu besoin d'un service médical (non lié au VIH) pendant la pandémie de COVID-19. 29

(90,6%) ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services médicaux. Alors que la majorité des répondants (61 %) ont indiqué que c'était parce qu'ils avaient trop peur d'être infectés par le coronavirus pour accéder aux cliniques/services, un pourcentage important (près de 53 %) a déclaré que les installations étaient fermées ou n'avaient pas été ouvertes. fournir les services dont ils avaient besoin pendant cette période. De plus, près de 28% des répondants n'ont pas pu se déplacer car ils n'avaient pas assez d'argent pour les frais de transport.

En Tunisie, un total de 18 répondants vivant avec le VIH ont déclaré avoir eu besoin de services médicaux sans rapport avec le VIH pendant la pandémie, dont 16 ont déclaré qu'ils n'avaient pas pu accéder au service nécessaire.

En Mauritanie, 125 répondants LHIV ont déclaré avoir eu besoin d'une certaine forme de service médical pendant la pandémie et 120 (91,6% de tous les répondants LHIV) ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder au service. Les principales raisons invoquées étaient que la plupart des établissements de santé ont cessé de fournir des services pour les cas non COVID (23,7 %) et la peur d'attraper l'infection (24,4 %).

CD4 et charge virale

Il y avait une variation de la continuité des services de prévention de la transmission verticale entre les pays étudiés. La situation était pire en Égypte bien que le NAP ait accéléré son programme de prévention de la transmission verticale pendant la période de la pandémie pour l'inclure dans son ensemble essentiel de services prénatals. Malgré cela, l'enquête quantitative a identifié que parmi 11 des femmes qui étaient enceintes ou étaient tombées enceintes au cours de l'année pandémique, seulement 3 (27,3%) se sont rendues dans une structure de prestation de services de soins prénatals et seulement 2 (18,2%) ont été testées pour VIH pendant les soins prénatals. Les principales raisons invoquées étaient que la plupart des établissements de santé ont cessé de fournir des services pour les cas non COVID (23,7 %) et la peur

d'attraper l'infection (24,4 %).

La situation était meilleure en Mauritanie où 13 femmes ayant répondu à l'enquête ont déclaré être tombées enceintes au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi ceux-ci, deux faisaient partie des populations clés et 11 étaient des femmes vivant avec le VIH. Les deux femmes qui appartenaient à la population clé ont déclaré qu'elles avaient toutes deux reçu des services de soins prénatals pendant la grossesse et qu'elles avaient toutes deux été testées pendant les soins prénatals pour le VIH. Parmi les 11 femmes qui vivaient avec le VIH, seules neuf ont déclaré avoir reçu des soins prénatals, dix ont déclaré avoir reçu leur TAR régulièrement pendant la grossesse et les trois qui ont accouché avant l'enquête ont déclaré avoir toutes reçu des soins prophylactiques pour le bébé pendant le travail et après livraison.

Au Maroc, l'accès aux services de soins prénatals était également généralement meilleur où sept des huit femmes interrogées qui ont déclaré être tombées enceintes pendant la pandémie de COVID -19 ont déclaré avoir reçu des soins prénatals. De plus, quatre des six femmes du groupe PC ont déclaré qu'elles avaient également subi un test de dépistage du VIH lors des soins prénatals de routine qu'elles recevaient. L'une des deux femmes vivant avec le VIH a également déclaré avoir reçu régulièrement son TAR pendant la grossesse et les deux femmes ont reçu les soins prophylactiques requis pour le nouveau-né pendant/après l'accouchement.

En Tunisie, la prévention de la transmission verticale semblait se dérouler sans interruption pendant la pandémie où les trois femmes qui ont déclaré avoir été enceintes pendant la pandémie ont eu accès aux services prénatals, ont reçu leur TAR régulièrement pendant la grossesse et toutes ont reçu des soins prophylactiques pour leurs nouveau-nés pendant la pandémie livraison.

Difficultés d'accès aux services pour les PC

Les services de test

Les services de test ont été généralement affectés par la pandémie dans les quatre pays de l'étude. Les répondants des quatre pays ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder au service de dépistage.

Égypte Près de la moitié des PC interrogés ont déclaré qu'ils n'avaient pas été testés pour le VIH pendant la période pandémique, 37 % ont déclaré n'avoir été testés qu'une seule fois et 14 % ont déclaré avoir été testés plus d'une fois pendant cette période.

Maroc Bien que les informations des informateurs clés aient affirmé que les systèmes gouvernementaux et non gouvernementaux étaient résilients pour assurer la continuité des services de conseil et de test volontaires pour les populations clés, les HSH étaient le groupe le plus touché par la pandémie où 88,6 % ont signalé des difficultés à accéder aux services de test. Ceux-ci étaient suivis par les UDI, tandis que le groupe le moins touché était les professionnels(le)s du sexe où seulement 64,8 % ont déclaré avoir des difficultés à accéder aux services de conseil et de test volontaires.

En Tunisie. Le nombre de répondants parmi les populations clés qui ont déclaré avoir accès aux services de dépistage a été considérablement réduit, passant de 64,9 % avant la pandémie à 43,6 % après.

En Mauritanie, 101 répondants (88,6 % des PC) ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de dépistage du VIH pendant la pandémie. La raison la plus courante était la peur d'être infecté lors de la visite du site de prestation de services, l'interruption du service et les problèmes financiers entravant le transport pour atteindre le site de prestation de services.

Préservatifs et lubrifiants

En Égypte, le PAN s'est efforcé d'accroître les activités de réduction des risques par le biais de programmes communautaires de sensibilisation fournis par des ONG. Apparemment, il s'agissait d'une intervention utile car il a été observé que la proportion de PS et de HSH qui ont pu accéder aux préservatifs et aux lubrifiants n'a pas été remarquablement réduite pendant la pandémie. (60,5 % contre 53,5 % pendant la pandémie).

Au Maroc, d'autre part, l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants a été considérablement affecté par la pandémie de COVID -19, car le pourcentage de HSH et de PS (n = 185) qui ont déclaré avoir accès à ces articles est passé de 94,6 % avant la pandémie à seulement 35,7% pendant celle-ci. Alors que la majorité a attribué cette baisse au manque d'accès aux sites de distribution en raison de la peur de l'infection, près de 40 % de ceux qui ont répondu ont également signalé que les sites de distribution ne fournissaient pas le service, en particulier au début de la pandémie. Un pourcentage plus faible (7 %) a également déclaré que de plus petites quantités de préservatifs et de lubrifiants étaient disponibles pour la distribution au cours de cette période.

En Tunisie, l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants a également été remarquablement affecté par la pandémie. Alors que seulement 17,7 % des HSH et des FSW ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux préservatifs et aux lubrifiants avant la pandémie, ce pourcentage est passé à 45,6 % pendant la pandémie.

En Mauritanie, l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants a également été remarquablement affecté. Seuls 45,5 % des HSH et des professionnelles du sexe qui ont répondu à l'enquête (n = 178) ont déclaré avoir accès à des préservatifs et des lubrifiants avant la pandémie, et 73,6 % ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux préservatifs et aux lubrifiants pendant la pandémie. la raison la plus courante fournie par les répondants était l'interruption

du service par le fournisseur de services et la fourniture d'un nombre de provisions inférieur à la normale.

Réduction des risques

En Égypte, où la thérapie de remplacement à la méthadone n'a pas encore été adoptée par le PAN, seuls 7,5 % des UDVI ont déclaré qu'ils recevaient des seringues à usage unique avant l'épidémie. 42,9% de ceux-ci ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux seringues à usage unique pendant la pandémie. Les raisons rapportées de cette difficulté étaient leur réticence/incapacité à se rendre aux ONG par peur d'attraper l'infection ainsi que le manque d'argent pour le transport.

Au Maroc, coopération bien coordonnée entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales pour assurer la continuité de l'accès à la réduction des risques parmi les consommateurs de drogues injectables par la distribution de seringues à usage unique et le remplacement de la méthadone par les ONG et la distribution de stocks de 3 mois de seringues à usage unique et de méthadone remplacement des bénéficiaires a réussi à assurer la continuité de l'accès à la réduction des risques pendant la pandémie. Seuls 4 répondants parmi les UDI ont déclaré qu'ils n'avaient pas pu accéder à la thérapie de remplacement pendant la pandémie.

En Tunisie, l'accès à la réduction des risques a également été remarquablement affecté. Le pourcentage d'UDI qui a déclaré ne pas pouvoir accéder à une thérapie de substitution est passé de 60,7 % avant la pandémie à 71,4 % pendant la pandémie. D'autre part, le pourcentage de ceux qui ont déclaré ne pas pouvoir accéder aux seringues à usage unique a considérablement augmenté, passant de 17,8 % avant la pandémie à 60,7 % pendant la pandémie.

En Mauritanie, apparemment, l'accès à la réduction des risques n'a pas été significativement affecté par la pandémie. Parmi les 13 répondants qui ont confirmé être des UDI, seuls cinq ont déclaré avoir accès à des seringues à

usage unique avant la pandémie et aucun n'a déclaré avoir eu de la difficulté à y accéder pendant la pandémie. 3 répondants ont déclaré avoir accès à une thérapie de remplacement à la méthadone avant la pandémie et aucun n'a déclaré avoir eu de la difficulté à y accéder pendant la pandémie.

Difficultés d'accès aux services psychosociaux

En Égypte, bien qu'il soit évident que le besoin de services de soutien psychosocial avait augmenté pendant la pandémie, le pourcentage de répondants déclarant avoir des difficultés à accéder à ces services était remarquablement élevé. Le pourcentage de PVVIH signalant des difficultés à accéder aux services de soutien psychosocial était remarquablement plus élevé que celui des PC (77,1 % contre 44,5 %). Les raisons les plus courantes de la difficulté d'accès au service rapportées par les répondants étaient leur peur d'être infecté lors de la visite du site de prestation de services (32,5%) et l'incapacité de fournir le coût du transport jusqu'au site de prestation de services (32,2%).

Au Maroc, alors que les ONG ont utilisé la communication en ligne pour fournir un soutien psychosocial, près de la moitié des répondants ont déclaré que leur besoin de services de soutien psychologique avait augmenté pendant la pandémie, 177 répondants (71,1 %) ont également déclaré avoir eu des problèmes pour accéder aux services de soutien psychologique pendant la pandémie en particulier les KP.

De même, en Tunisie, l'accès aux services de soutien psychologique a été entravé. plus de la moitié des répondants ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder aux services de soutien psychosocial pendant la pandémie. Les raisons les plus fréquemment citées comprenaient les frais de transport, la peur d'être infecté par le coronavirus ou l'interruption du service.

En Mauritanie, l'accès aux services psychosociaux a été fortement affecté pendant la pandémie. 86,5 % de tous les répondants à l'enquête ont déclaré qu'ils n'avaient pas pu accéder au service pendant la pandémie. La raison la plus souvent invoquée par les répondants était leur peur d'attraper une infection au COVID lors de la prestation de services. Et arrêt du service.

Conclusion

- La pandémie a eu de graves répercussions économiques sur les populations clés et les PVVIH dans les quatre pays de l'étude en raison de la perte d'emplois et de la réduction des revenus. Cela a eu un impact indirect sur l'accessibilité aux services liés au VIH en réduisant la capacité de la population cible à payer le transport pour atteindre les sites de prestation de services.
- Bien que les pays aient essayé différentes approches pour garantir l'accès au TAR, notamment la distribution de fournitures pour deux ou même trois mois aux PVVIH et la coordination avec les ONG pour fournir le TAR aux PVVIH à leur domicile, l'accès au TAR a été nettement entravé pendant l'ère de la pandémie de COVID-19.
- L'accès aux tests de CD4 et de charge virale a été nettement entravé pendant la pandémie en raison de la réticence des PVVIH à s'exposer au risque d'infection dans les sites de prestation de services ou de l'arrêt des services en raison de la surcharge des systèmes de santé.
- L'accès aux services médicaux non liés au VIH a également été considérablement entravé pendant la pandémie pour les mêmes raisons.
- Il y a eu une variation de la continuité des services préventifs de la transmission verticale entre les pays étudiés pendant la pandémie. en Égypte, l'accès aux services de soins maternels en général était entravé tandis que dans les trois autres pays, l'accès aux services de prévention de la transmission verticale était plus accessible, y compris le dépistage des populations clés pour le VIH, la poursuite du TARV et les mesures préventives pour les enfants pour les femmes LHIV.

- volontaires conseil pour les populations clés ont été généralement affectés par la pandémie dans les quatre pays de l'étude. Les répondants des quatre pays ont déclaré avoir eu des difficultés à accéder au service de dépistage. la raison la plus courante était la peur d'être infecté lors de la visite du site de prestation de services, l'interruption du service et les problèmes financiers entravant le transport pour atteindre le site de prestation de services.
- L'accès aux préservatifs et aux lubrifiants a également été remarquablement réduit pendant la pandémie dans les quatre pays de l'étude malgré la coordination entre les programmes nationaux et les ONG pour la distribution aux populations clés.
- L'accès aux seringues à usage unique et au traitement de substitution à la méthadone n'a pas été significativement affecté au Maroc où une coordination entre le programme national et les ONG a été effectuée pour assurer la distribution aux PC de fournitures pour 3 mois. L'accès n'a pas non plus été significativement affecté en Mauritanie. En Égypte, où la thérapie de substitution à la méthadone n'a pas encore été adoptée par le programme national, l'accès aux seringues à usage unique a été nettement affecté malgré la coordination avec les ONG pour la distribution. En Tunisie, l'accès aux TRM et aux seringues à usage unique a été remarquablement affecté.
- Le besoin de services de soutien psychosocial a augmenté pendant la pandémie à la fois chez les PC et les PVVIH, mais l'accessibilité au service a été nettement altérée dans les quatre pays de l'étude. Bien que le Maroc ait recouru à fournir des informations sur le COVID-19 et le VIH ainsi qu'un soutien psychosocial via les médias sociaux et par téléphone, seule la transmission d'informations a réussi.

Recommandations

Préparation aux catastrophes

- Les programmes nationaux et les organisations de la société civile travaillant dans la prestation de services aux PVVIH et aux populations clés doivent élaborer un plan de préparation aux catastrophes. Cela garantira une réponse plus rapide qui évitera les retards potentiels dans les services.
- Les plans d'urgence des organisations de la société civile doivent assurer la continuité des activités de sensibilisation pendant les situations de crise, car cela pourrait être une pierre angulaire cruciale pour la continuité de la prestation de services aux PVVIH et aux PC, y compris la distribution de TAR pour les PVVIH et la réduction des risques, les préservatifs et les lubrifiants pour les PC dans les cas où ils ne peuvent pas accéder aux centres de gestion.

Coordination avec les programmes nationaux

- Les organisations de la société civile doivent avoir des protocoles d'accord avec les programmes nationaux pour garantir la capacité de fournir des médicaments et du matériel de réduction des risques aux populations cibles à domicile, ce qui améliorerait généralement la portée et l'accessibilité des services.
- Les organisations de la société civile doivent développer la reconnaissance et la coopération gouvernementales pour garantir leur liberté de mobilité en temps de crise afin de pouvoir mener des activités de sensibilisation sans discontinuité

Etablissement de réseaux

- Les organisations de la société civile doivent développer des réseaux nationaux pour étendre leur portée géographique et être en mesure d'atteindre les populations difficiles à atteindre et fournir un continuum de services dans des conditions non urgentes et d'urgence.
- La mise en place d'un réseau d'orientation solide et efficace entre les organisations de la société civile et les organisations gouvernementales pourrait

assurer la continuité des services aux PVVIH et aux PC grâce à une orientation rapide vers des sites qui fournissent encore des services sur la base des mises à jour de la base de données du réseau, même en cas de crise ou de catastrophe.

Renforcement des capacités

- En coordination avec les programmes nationaux, les organisations de la société civile doivent développer les capacités et les ressources nécessaires pour fournir des conseils et des tests volontaires aux populations clés dans le cadre des activités de proximité afin d'assurer la continuité du service même en cas de crise ou de situation d'urgence.

Utilisation des médias sociaux et des plateformes en ligne

- Avec l'essor de la médecine électronique pendant la pandémie et la mise en place de plusieurs plateformes en ligne qui fournissent des services de soutien psychosocial en ligne, les organisations de la société civile doivent tirer parti de l'expérience de ces plateformes pour développer leurs propres plateformes afin de fournir un soutien psychosocial en ligne efficace et efficient. services aux PVVIH et aux PC. Ces plateformes seraient très précieuses en cas de crise et de catastrophe.
- Les organisations de la société civile doivent assurer la mise en place de plateformes de médias sociaux pour communiquer avec les bénéficiaires, car il s'est avéré être une méthode efficace et efficiente pour communiquer des informations avec les populations clés et les PVVIH, en particulier pendant les situations de crise et d'urgence, et leur fournir les mises à jour de la crise et des informations importantes sur les sites qui fournissent encore des services, leur calendrier et leurs emplacements.

Plaidoyer

- Les efforts de plaidoyer doivent être dirigés pour garantir que les sites de prestation de services gouvernementaux, en particulier ceux qui sont exclusivement fournis par des établissements gouvernementaux, par exemple le test CD4 et les charges virales, disposent d'un personnel dédié à temps plein pour assurer la continuité du service même en cas de crise et d'urgence.

Autonomisation économique Des PVVIH et PC

Des composantes d'autonomisation économique devraient être incluses dans le contexte de tous les programmes s'adressant aux PVVIH et aux PC compte tenu de la vulnérabilité économique de cette population.

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire (Anglais)

Questionnaire (Français)

Questionnaire (Arabe)

Annexe 2

Guide d'entretien avec l'informateur clé (Français)

Guide d'entretiens

Entretien avec un Informateur clé - ONG

Bonjour, je suis _____. Je mène cette interview de la part de Solidarité Sida et ITPC Mena que vous connaissez tous et avec qui vous avez déjà travaillé. Ils mènent une étude informant sur la situation des services VIH qui ont été fournis / non disponibles pendant la période COVID-19 et comment les besoins des PVVIH et du Population Clés ont changé pendant cette période ainsi que votre perception des services fournis.

Acceptez-vous de poursuivre cet entretien? Sinon, pourquoi?

- Quels sont les services VIH qui ont changé / ont été perturbés pendant la crise de Covid-19 (en particulier au début de la pandémie)? Y a-t-il encore des dérangements ou est-ce que les services ont repris normalement? (Cette question est liée aux services nationaux d'après les informations qu'ils ont reçus des bénéficiaires)
- Pensez-vous que certains services fonctionnent maintenant mieux ou sont mieux fournis? Si oui, pouvez-vous partager des exemples (Cette question concerne les services nationaux)
- Nous sommes conscients qu'il y avait des vulnérabilités structurelles dans les systèmes médicaux et sociaux déjà existants avant la pandémie de Covid-19, mais quelles vulnérabilités supplémentaires, le cas échéant, sont devenues plus apparentes?
- Selon vous, quel (s) élément (s) de la cible 90-90-90 a (ont) été le plus touché (s) au cours de la dernière année?
- Quels services / activités sont fournis par votre ONG pour Populations clés ou PVVIH?
- Y a-t-il des services que vous fournissez aux PVVIH et / ou aux Populations clés que vous n'avez pas pu offrir / fournir au début de la pandémie de COVID? Si oui, ont-ils repris? Y avait-il des obstacles que vous deviez surmonter?
- Si les activités / services ont repris, quelles mesures / protocoles de sécurité sont pris pour protéger les bénéficiaires? Ces mesures sont-elles suffisantes? Que faire d'autre si quelque chose peut être fait.
- Avez-vous commencé à utiliser des approches différentes telles que les plateformes virtuelles / médias sociaux pour atteindre les bénéficiaires depuis la crise de Covid-19? Si oui, est-ce que l'un d'entre eux s'est avéré efficace?
- Avez-vous élaboré ou travaillez-vous sur un plan d'urgence pour faire face aux futures vagues de COVID ou à toute autre crise potentielle?

Informateur clé Guide d'entretien (arabe)

Annexe 3 Liste des villes où l'étude a été menée

Égypte

Gouvernorat	Fréquence	Pourcentage
Le Caire	135	52.9
Alexandrie	120	47.1
Total	255	100

Maroc

Région	Fréquence	Pourcentage
Manquant	5	2
Béni Mellal-Khénifra	18	7.2
Casablanca-Settat	22	8.8
Drâa-Tafilalet	4	1.6
Fès-Meknès	33	13.3
L'Oriental	18	7.2
Marrakech-Safi	27	10.8
Rabat-Salé-Kénitra	27	10.8
Souss-Massa	19	7.6
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	76	30.5
Total	249	100

Région	Fréquence	Pourcentage
Manquant	2	1.5
Gouvernorat de Baja	1	0.8
Gouvernorat de Ben Arous	12	9.2
Gouvernorat de Binzerte	15	11.5
Gouvernorat de Gabès	4	3.1
Gouvernorat de Gafsa	3	2.3
Gouvernorat de Jendouba	1	0.8
Gouvernorat de Kabilia	6	4.6
Gouvernorat de Kasserine	1	0.8
Gouvernorat de l'Ariana	1	0.8
Gouvernorat de la Manouba	3	2.3
Gouvernorat de Médenine	5	3.8
Gouvernorat de Mahdia	2	1.5
Gouvernorat de Monastir	8	6.1
Gouvernorat de Nabeul	6	4.6
de Sfax	26	19.8
19 Sousse	16	12.2
Gouvernorat de Tataouine	3	2.3
Gouvernorat de Tunis	16	12.2
Total	131	100

Mauritanie

Région	Fréquence	Pourcentage
Manquant	5	2
Assaba	2	0.8
Brakna	1	0.4
Dakhlet Nouadhibou	126	51.4
Gorgol	2	0.8
Guidimaka	1	0.4
Chargui	1	0.4
Nord	10	4.1
Ech-Ouest	13	5.3
Nouakchott-Sud	13	5.3
Tiris Zemmour	1	0.4
Trarza	70	28.6
Total	245	100

