Royaume du Maroc

Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida

2012 - 2016

Ministère de la Santé

Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2012 - 2016

PREFACE

Le Maroc s'est mobilisé depuis plus de deux décennies en matière de lutte contre le sida. En apportant son soutien personnel aux actions de prise en charge des malades et en offrant le meilleur modèle de lutte contre la stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, notre Auguste Souverain, SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI QUE DIEU L'ASSISTE a donné une impulsion décisive à la riposte nationale au sida.

Grâce à l'engagement des pouvoirs publics, aux efforts déployés par le ministère de la Santé et ses différents partenaires des Départements gouvernementaux ainsi qu'au dynamisme de la Société Civile, le Maroc a pu ancrer la culture de partenariat et réaliser des avancées notables en matière de lutte contre le sida. En témoigne, la mise en place de programmes de prévention auprès des populations plus exposées aux risques d'infection et l'accès à la trithérapie antirétrovirale à toutes les personnes vivant avec le VIH dépistées et éligibles au traitement.

Cependant, plusieurs défis restent posés, parmi eux l'extension de la prévention auprès des populations exposées aux risques d'infection ou vulnérables, l'amélioration du recours au dépistage du VIH pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie à un stade précoce, et l'accès élargi des femmes enceintes VIH positives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016, engage résolument le Maroc dans la concrétisation effective de l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et d'appui en matière de VIH et adopte la vision de l'ONUSIDA «Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida».

Ainsi, la couverture par les activités de prévention sera étendue pour réduire de 50% l'incidence des cas de VIH et la prise en charge globale de qualité des personnes vivant avec le VIH, qui associe soins médicaux, traitement antirétroviral, appui psychologique et social permettra une réduction significative des décès dus au sida. La stratégie vise également à réduire à zéro les risques de transmission du virus de la femme enceinte porteuse du VIH à son enfant ainsi que le nombre de décès maternels liés au VIH.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes séropositives et des personnes exposées ou vulnérables, le respect des droits humains et une meilleure intégration sociale font partie intégrante de la nouvelle stratégie. Cette dernière prévoit également de renforcer la collaboration avec le secteur privé et l'intégration des services VIH avec les programmes visant l'atteinte des autres Objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité de l'enfant de moins de 5 ans.

Ainsi, le Plan Stratégique National de lutte contre le sida, constitue le cadre unique d'action de tous les partenaires nationaux pour la période 2012 à 2016. Cette stratégie intégrée et multisectorielle sera mise en œuvre grâce au budget mobilisé par le Ministère de la Santé, qui augmentera durant les 5 prochaines années, alors que le Fonds mondial apportera une contribution notable à travers la subvention mobilisée dans le cadre du 10ème appel à propositions. Nous comptons également sur l'appui technique apporté par les partenaires au développement en particulier le système des Nations Unies.

Le Ministre de la Santé
El Houssaine LOUARDI

SOMMAIRE

INTRODUCTION 11

Contexte démographique, socio-économique 13

Contexte sanitaire 14

CHAPITRE I : Analyse de la situation épidémiologique et de la riposte nationale au sida

I.1 Analyse de la situation épidémiologique 16

I.2 Analyse de la riposte nationale au sida 21

I.2.1 Progrès et points forts 21

I.2.2 Faiblesses et obstacles de la mise en œuvre du PSN 2007- 2011 26

I.2.3 Les Forces et les opportunités 29

CHAPITRE II : Stratégies du PSN 2012-2016

II.1 Vision stratégique à l'horizon 2016 32

II.2 Principes Directeurs du PSN 33

II.3 Priorités et axes stratégiques du PSN 2012-2016 35

II.3.1 Priorités du PSN 35

II.3.2 Cadre des résultats et programmes du PSN 2012-2016 37

II.3.2.1 Résultat global d'impact 1 : Les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% en 2016 39

II.3.2.2 Résultat global d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite de 60% en 2016 52

II.3.2.3 Résultat global d'impact 3 : La gouvernance et la gestion de la riposte nationale sont optimisées 59

CHAPITRE III : Projection de la couverture et des besoins financiers du PSN

III.1 Cibles pour la couverture par les prestations de service **68**

III.2 Estimation du budget et sources de financement **70**

CHAPITRE IV : Mécanismes de suivi et évaluation du PSN

IV.1 Système de S&E du PSN **76**

IV.2 Mesures pour le renforcement du système national de S&E **78**

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre logique du PSN **81**

Annexe 2 : Indicateurs de suivi évaluation **89**

Annexe 3 : Circuit de prise en charge des personnes vivant avec le VIH **93**

Annexe 4 : Pacte d'engagement autour du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016 signé par les partenaires nationaux et internationaux le 3 avril 2012 à Rabat **95**

Liste des Abréviations

ADS	Agence de développement social
ADJ	Association du Jour
AES	Accident d'exposition au sang
AESVT	Association des enseignants des sciences de la vie et de la terre
AGR	Activités génératrices de revenus
ALCS	Association de Lutte Contre le Sida
ALIS	Association de lutte contre les IST/SIDA
AMJCS	Association Marocaine des Jeunes contre le sida
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
AMSED	Association Marocaine de Solidarité et Développement
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARV	Antirétroviraux
ASAP	Aids Stategy & Action Plan, Banque Mondiale
ASCMP	Association de Soutien au Centre médico-psychologique de Hasnouna
ASCS	Association Sud Contre le Sida
CCM	Comité de Coordination du Maroc
CIDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDTMR	Centre de traitement de la Tuberculose et des maladies respiratoires
CGEM	Confédération générale des entreprises du Maroc
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CPN	Consultation prénatale
CR	Centres référents régionaux des Hôpitaux de Santé Publique
CRILS	Comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida
CRM	Croissant Rouge Marocain
CRU	Centres Référents Hospitalo-Universitaires
DB	Donnée de base
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DGSN	Direction générale de la sûreté nationale
DH	Dirham
DU	Diplôme universitaire
EN	Entraide Nationale
ESSB	Etablissements de soins de santé de base
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau
FAR	Forces Armées Royales

FM	Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HR	Hypothèses/ Risques
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IDH	Indice de développement humain
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
INH	Institut National d'Hygiène
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IOV	Indicateur Objectivement Vérifiable
IPM	Institut Pasteur du Maroc
LM-LMST	Ligue Marocaine de lutte contre les MST
MDV	Moyens De Vérification
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MENA	Afrique du Nord et Moyen Orient
MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MS	Ministère de la Santé
MOT	Etude sur les modes de transmission du VIH
NASA	Evaluation des dépenses nationales en matière de lutte contre le Sida
SNU	Système des Nations Unies
OBC	Organisations à Base Communautaire
OSC	Organisations de la Société Civile
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
ONUDC	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre les Drogues et le Crime
ONUFEMMES	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
OPALS	Organisation Panafricaine de lutte contre le Sida
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PEC	Prise En Charge
PEP	Prophylaxie Post-Exposition au VIH
PF	Planification familiale
PMS	Programme de Marketing social du préservatif
PNAPS	Programme national d'accompagnement psychologique et social
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Professionnelles du sexe
PSN	Plan Stratégique National de lutte contre le Sida

PSR	Plan Stratégique Régional de lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'Assistance Médicale des Économiquement Démunis
RDR	Réduction des Risques
S&E	Suivi et Évaluation
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TB	Tuberculose
TV	Télévision
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation les Sciences et la Culture
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VFG	Violences Fondées sur le Genre

INTRODUCTION

Le plan stratégique national (PSN) est le cadre d'action du Maroc en matière de lutte contre le sida, il constitue la référence en matière de programmation des activités au niveau national et local et l'outil indispensable pour l'harmonisation de la riposte et l'alignement des partenaires. Le PSN définit les résultats, les activités pour les atteindre et des indicateurs objectivement vérifiables (IOV) précisant les cibles chiffrées en matière d'accès universel aux prestations de prévention, traitement, prise en charge et appui aux personnes vivant avec le VIH. La préparation du PSN implique un processus participatif conduit avec l'ensemble des acteurs de la riposte au sida (départements ministériels concernés, ONG, universités, secteur privé, partenaires internationaux etc.) représentés au niveau central, régional et local, ce qui garantit un solide ancrage aux résultats attendus, les moyens et les appuis nécessaires à leur atteinte.

Deux PSN ont été développés, couvrant les périodes 2002-2006 puis 2007-2011, et mis en œuvre par les différents partenaires des secteurs gouvernementaux et des ONG dont la contribution a été décisive pour l'atteinte des résultats escomptés. Des plans régionaux de lutte contre le sida (PSR) ont été préparés pour chacune des régions prioritaires. Un financement du Fonds mondial a été mobilisé dans le cadre des premier et sixième appels à propositions, alors que les agences des Nations Unies ont apporté une assistance technique dans le cadre d'un plan d'appui conjoint et des projets ont été initiés avec des partenaires bilatéraux.

Le PSN 2007-2011 a fait l'objet d'une revue conduite de manière participative et qui a permis d'analyser la dynamique de l'épidémie, d'examiner les progrès et les obstacles et d'établir des recommandations et orientations pour renforcer la riposte nationale. La revue qui a impliqué plusieurs consultants externes, a intégré la conduite d'études sur les modes de transmission du VIH et sur les dépenses en matière de lutte contre le sida (NASA) et a comporté un examen spécifique des composantes du genre et des droits humains. Elle a été conduite en lien avec la préparation des rapports nationaux UNGASS et sur les progrès en matière d'accès universel. Les orientations et recommandations de la revue du PSN ont été utilisées pour la préparation de la proposition du Maroc au 10ème appel du Fonds mondial, dont l'acceptation a été annoncée en décembre 2010.

Une feuille de route définissant les étapes de préparation du PSN 2012-2016 a été préparée avec les partenaires. Ces étapes ont été menées de manière concomitante ou simultanée. Le processus a été appuyé par l'ONUSIDA, ASAP et le Fonds Mondial.

Des ateliers régionaux ont permis d'approfondir l'analyse de la situation et de la riposte et de discuter des stratégies opérationnelles avec les partenaires locaux y compris des personnes vivant avec le VIH ou exposées. L'atelier national de consensus qui a eu lieu les 21 et 22 Juin 2011, a réuni l'ensemble des partenaires nationaux, internationaux et intervenants de la riposte nationale pour compléter l'analyse de la situation épidémiologique, des constats et recommandations de la revue et définir les priorités du plan stratégique national 2012-2016 en termes de résultats, cibles, axes d'interventions, et stratégies spécifiques pour chaque domaine retenu.

Des groupes de travail se sont par la suite réunis pour finaliser les matrices des résultats du PSN à la lumière des orientations et recommandations de l'atelier national. La rédaction du présent document du PSN a été faite par un comité de rédaction restreint issu des groupes de travail avec les consultants. Un plan d'appui technique a été également préparé de manière concomitante et en lien étroit avec l'élaboration du PSN.

Le présent Plan stratégique national de lutte contre le sida 2012- 2016 (PSN) tire avantage des leçons apprises du constat des forces et des faiblesses. Il permet de renforcer et capitaliser les acquis, en profitant des points forts et des opportunités existantes.

Le document du PSN synthétise dans son premier chapitre la situation et dynamique de l'épidémie du VIH/Sida au Maroc et présente les constats de la revue du plan précédent relatifs aux progrès, faiblesses et obstacles à la riposte rencontrés. Le deuxième chapitre met en exergue la vision, les principes directeurs et les priorités du PSN avant de détailler les stratégies, les résultats attendus et les cibles en fonction des trois axes stratégiques retenus. Les troisième et quatrième chapitres sont quant à eux réservés à l'estimation des besoins financiers du PSN ainsi qu'aux modalités de coordination et de suivi évaluation. La matrice du cadre logique pour les trois résultats du PSN figure dans la partie annexe du document.

Contexte démographique et socio-économique

La population est passée de 23,3 millions d'habitants en 1988 à 31,5 millions d'habitants en 2009. Le taux d'accroissement démographique annuel moyen est nettement plus élevé dans les zones urbaines (1,9%) que les dans zones rurales (0,1%).

La population marocaine a connu un changement de composition par âge et par milieu de résidence, qui résulte de l'évolution démographique. En 2009, plus de 28% des personnes étaient âgées de moins de 15 ans et 64% des personnes étaient en âge d'activité.

L'âge médian est de 26,5 ans. La population urbaine a dépassé la population rurale (57% en 2009).

Le Rapport National sur les OMD (2005 et 2010) souligne que le taux de pauvreté relative a diminué de 16,3% en 1998 à 8,8% en 2008. Le taux d'alphabétisation, pour la population âgée de 10 ans et plus, s'établit à près de 60% en 2009 contre 49,8% en 1999. Des disparités existent entre hommes et femmes, groupes d'âge et milieux de résidence. Le taux net de scolarisation des enfants de 6 à 11 ans est passé de 52,4% à 90,5% au niveau national mais la qualité de l'éducation reste un défi. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 72,9 ans en 2009. L'IDH recouvre des disparités tangibles.

Le Maroc est engagé dans de vastes programmes de développement humain. L'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH), lancée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI en 2005, donne la priorité à la lutte contre la pauvreté en milieu rural, dans les quartiers urbains défavorisés et pour les personnes en situation précaire.

La nouvelle constitution du Maroc renforce la démocratie, institutionnalise les droits humains et donne une plus grande marge d'action et rôle à la société civile. Le processus électoral démocratique a abouti à la mise en place du nouveau gouvernement qui s'est engagé à œuvrer pour la réduction des inégalités économiques et sociales, la lutte contre la corruption et le renforcement du développement du pays.

Le nouveau projet de régionalisation, devrait aboutir à des entités territoriales jouissant d'une plus large autonomie dans la conception et la mise en œuvre de programmes. La part du budget de l'Etat pour les secteurs sociaux a augmenté pour atteindre près de 55%.

Contexte sanitaire

Le système de santé s'articule autour de deux secteurs :

- Le secteur public réunit les structures du ministère de la Santé et les services de santé des Forces Armées Royales.
- Le secteur privé composé de 2 types de services : le premier, à but non lucratif comprenant les établissements mutualistes et d'assurances et de certains offices publics; le second, à but lucratif.

Indicateurs de santé :

- L'indice de fécondité a connu une forte diminution avec une valeur de 2.5 en 2004.
- Plusieurs maladies transmissibles ont été réduites ou éliminées.
- La sécurité transfusionnelle est assurée.
- Le taux de mortalité maternelle est de 112 pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile de 30,2 pour 1.000.
- L'incidence de la tuberculose reste élevée avec près de 27 000 nouveaux cas par an.

Offre de soins :

- Ratio habitant par Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB) : 11.890.
- Nombre de lits d'hospitalisation : 26 452 lits soit 90 pour100.000 habitants.
- Couverture médicale : 1 médecin pour 1637 habitants et 1 infirmier pour 1122 habitants.
- Couverture de la population par l'assurance médicale : 30%.

La réforme du système de santé s'articule autour de 4 axes principaux :

- La régionalisation / décentralisation des services dans le cadre d'une carte sanitaire à même de mieux répondre aux besoins de la population.
- L'approche du système intégré en établissant des liens et partenariats entre le secteur public et privé.
- La réforme du financement des soins avec l'extension de l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) et la généralisation du Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED).
- La réforme hospitalière afin de répondre à l'émergence d'une nouvelle structure de morbidité dominée par les maladies chroniques.

CHAPITRE I

Analyse de la situation épidémiologique et de la riposte nationale au sida

I.1 ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

Une revue exhaustive de la situation épidémiologique a été conduite, fondée sur l'analyse des données récentes des cas de VIH/sida notifiés et de la prévalence du VIH, complétée par la synthèse et l'analyse des études auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection. Les estimations et projections relatives à l'épidémie VIH ont été actualisées et une étude de modélisation des principaux modes de transmission (MOT) du VIH a été réalisée.

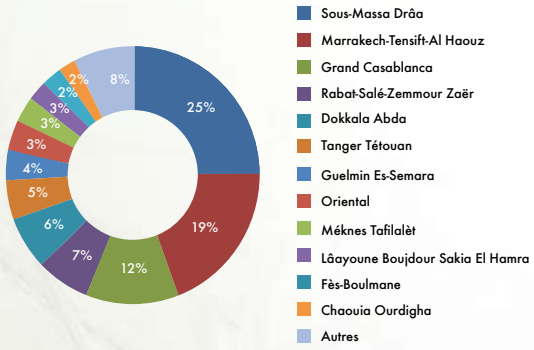
Caractéristiques de l'épidémie

Depuis le premier cas en 1986, le nombre de cas de VIH/sida notifiés a atteint 6 453 en fin décembre 2011 dont 4 169 au stade sida-maladie et 2 284 porteurs asymptomatiques du VIH.

- 65% des cas ont été notifiés au cours de la période 2005-2011.
- 71% des cas sont âgés entre 25 et 44 ans.
- la proportion des femmes a atteint près de 50% des cas notifiés.

Les données de la surveillance sentinelle confirment la faible séroprévalence du VIH dans la population générale avec une quasi- stabilité chez les femmes enceintes (0,17% en 2009). Ces données montrent que l'épidémie se développe au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH, il s'agit des femmes professionnelles du sexe (PS), des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), et des usagers de drogues injectables (UDI).

Aux facteurs de risques sociaux et comportementaux qui concernent ces populations, se conjuguent des facteurs géographiques du fait que la dynamique focale de l'épidémie a continué à se renforcer, notamment au niveau des régions de Sous-Massa-Draa, Marrakech-Tensift-Al Haouz et du Grand Casablanca qui cumulent 56% des cas notifiés.

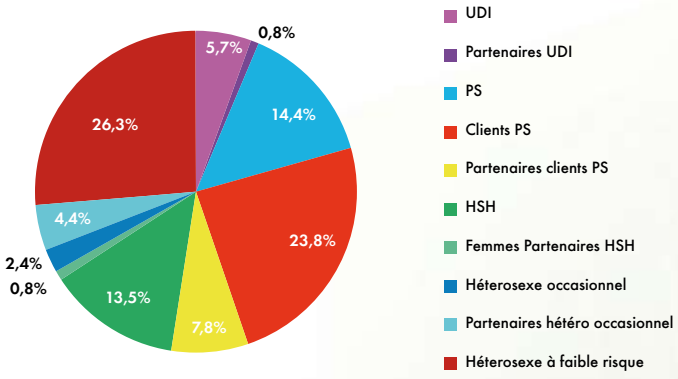


Graphique 1 : Cas de VIH et sida notifiés selon les régions. Maroc, période 2005-2011

La transmission sexuelle est majoritaire et alimentée par des comportements de multi-partenariat sexuel retrouvés chez les trois quart des cas notifiés. Des dynamiques différentes sont enregistrées comme la transmission chez les HSH dans les régions de Marrakech - Tensift - Al Haouz et Souss - Massa - Draa et par partage de matériel d'injection de drogue dans les régions de l'Oriental et Tanger - Tétouan.

Résultats de l'étude sur les modes de transmission (MOT)

La modélisation de l'incidence du VIH au Maroc a montré que 67% des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de sexe (femmes PS, clients), des HSH et des UDI. Ces cas proviennent majoritairement d'une transmission entre des réseaux « exposés » (populations exposées, clients et partenaires). La majorité des femmes infectées (70,7%) le seraient par l'intermédiaire de leur conjoint, ce dernier faisant partie des réseaux exposés. La transmission entre conjoints stables (population à faible risque) représente 26,3% de l'incidence. Selon les conclusions de l'étude, la prévalence du VIH pourrait continuer à augmenter parmi les populations clés plus exposées aux risques d'infection si les interventions ne sont pas renforcées.



Graphique 2 : Distribution des nouvelles infections à VIH au Maroc selon le mode d'exposition.

Tendances épidémiologiques et facteurs de risque chez les groupes spécifiques

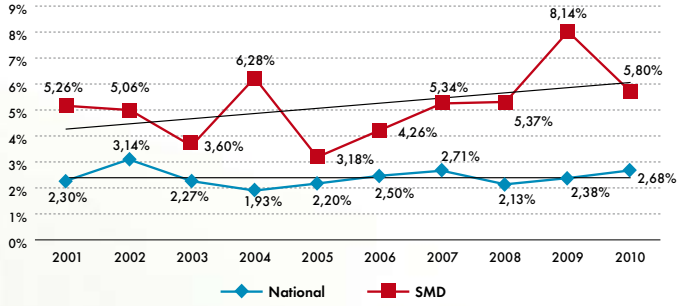
- *Femmes professionnelles du sexe (PS)*

La surveillance sentinelle révèle chez les PS une prévalence moyenne nationale entre 2% et 3% depuis l'année 2001.

Des taux au-delà de 5% sont rapportés sur plusieurs années dans la région de Souss - Massa - Draa, ce qui témoigne d'une épidémie concentrée. Ces données sont en cohérence avec le taux de séropositivité parmi les PS dans les centres de conseil et tests VIH.

Les déterminants sociaux parmi les PS sont liés à la pauvreté, le mariage précoce, le divorce et la charge familiale.

Environ 66% sont entrées dans la profession du sexe entre 16 et 25 ans et 50% sont analphabètes. 53% des PS déclarent utiliser les préservatifs avec leurs clients, seulement 25% lors des rapports anaux. Le refus du client et la non disponibilité des préservatifs sont les principales raisons de non-utilisation.



Graphique 3 : Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe. National et Souss-Massa-Draa.

- *Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)*

L'étude bio-comportementale réalisée en 2010, a montré des séroprévalences du VIH de 5,7% à Agadir et 2,8% à Marrakech, ces données sont en cohérence avec le taux de séropositivité parmi les HSH dans les centres de conseil et tests VIH. Les pratiques de multi partenariat sont très répandues avec un recours fréquent à la prostitution. La moitié des HSH à Agadir et 63% à Marrakech ont déclaré ne pas utiliser les préservatifs. 7,6% des HSH à Agadir et 12,3% à Marrakech déclarent avoir une relation stable avec une femme.

La majorité des HSH ont déclaré avoir leur première expérience sexuelle entre 15 et 19 ans et le quart avant 15 ans, ce qui justifie l'importance des interventions parmi les adolescents et les jeunes en contexte de vulnérabilité. Selon les études récentes, 3% des jeunes, 9% des routiers et 12% des prisonniers ont déclaré avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes.

- *Usagers de drogues injectables (UDI)*

La consommation d'héroïne et de cocaïne s'est développée ces dernières années accompagnée par le recours à l'injection intraveineuse. Des usagers auparavant fumeurs adoptent l'injection, tandis que d'autres l'utilisent dés les premières consommations.
Selon l'étude conduite en 2005 à Tanger, 72,6 % des UDI avaient partagé des seringues au cours du dernier mois. En outre, 48% des hommes et 70 % des femmes avaient des relations avec plusieurs partenaires et seuls 22 % des femmes et 10 % des hommes déclaraient utiliser toujours le préservatif. Seuls 14% avaient effectué un test VIH. L'étude réalisée en 2008 a montré une prévalence VIH de 37,8 % à Nador.

- *Autres populations vulnérables ou passerelles*

Certaines populations vulnérables ou passerelles montrent également un risque élevé.

La prévalence du VIH chez les détenus varie de 0,4% à 0,8%, elle est plus élevée dans les régions de Souss Massa Draa et Marrakech Tensift Al-Haouz. L'étude réalisée en 2009 a montré des pratiques homosexuelles et l'usage de drogues en prison. Des prévalences du VIH de plus de 1% ont été retrouvées parmi les ouvrières saisonnières dans la région de Souss Massa Draa. Enfin, des taux de séropositivité respectivement de 4% et 4,5% ont été relevés chez les routiers et les migrants subsahariens testés dans les CIDAG.

- *Jeunes*

L'étude réalisée en 2007, a montré que plus des deux tiers des jeunes hommes et un tiers des jeunes femmes âgés de 15-24 ans sexuellement actifs déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel. 64% des jeunes hommes sexuellement actifs déclarent avoir des rapports sexuels avec des PS et 3,7% des rapports homosexuels (9% en milieu rural). L'usage du préservatif reste faible, 23% lors des rapports avec une PS et 47% ne l'ont jamais utilisé.

Infections sexuellement transmissibles

L'incidence des IST reste élevée, celles-ci figurent parmi les principales causes de consultation au niveau des structures de Soins de Santé de Base. Plus de 350.000 cas dont plus de 70 000 écoulements urétraux sont notifiés par année depuis 2001.

Les régions de Guelmim, Smara, Oued Eddahab, et Tadla Azilal enregistrent les plus forts taux d'incidence d'écoulements urétraux par rapport à la population masculine sexuellement active (> 125/1000).

Selon l'étude réalisée en 2007, la prévalence de l'infection cervicale (Gonocoque, Chlamydia) est de 6.3% chez les femmes qui consultent pour pertes vaginales ou douleurs du bas ventre et de 22.7% chez les professionnelles du sexe (PS). La sérologie de la syphilis est positive chez 13,8% des PS et 2,4% des femmes.

Estimation de l'épidémie VIH au Maroc

Selon les dernières estimations EPP/Spectrum, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 29 000 en 2011 alors que le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés s'élevait à 6 453 à la fin de cette même année. Ainsi, si l'on fait abstraction des décès parmi les cas notifiés, près de 80% des PVVIH (soit 22 000) ne connaîtraient pas leur statut sérologique.

Tableau 1 : Estimations relatives à l'épidémie du VIH/sida au Maroc en fin 2011

Personnes vivant avec le VIH en fin 2011	**29 000** [20 000 - 40 000]
Enfants (<15ans)	**<1 000** [400 - 900]
Personnes nouvellement infectées en 2011	**3 700** [2 200 - 5 800]
Décès dus au sida en 2011	**1 600** [900 - 2 400]
Prévalence du VIH chez les adultes	**0,15%** [0,1% - 0,2%]

I.2 ANALYSE DE LA RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

Le Plan Stratégique National 2007-2011 (PSN) vise à « *Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH* ». Il est axé sur quatre résultats : (1) les activités de prévention répondant aux besoins des populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables au VIH sont accessibles ; (2) Les opportunités de conseil et de dépistage du VIH, dans le respect du droit des personnes, sont accrues et diversifiées ; (3) Des soins de qualité et une prise en charge psychologique et sociale pour les PVVIH sont assurés, incluant l'accès au traitement antirétroviral; (4) Le leadership pour assurer une gestion et une coordination efficaces de la réponse multisectorielle est effectif.

La revue du PSN et l'analyse des carences programmatiques ont identifié les progrès, faiblesses, obstacles et opportunités de la riposte nationale au sida.

I.2.1 Progrès et points forts

En matière de prévention du VIH

- La stratégie de communication sociale a été consolidée, incluant :

- La production et diffusion de spots TV /radio, opérettes, films et pièces théâtrales;
- Les campagnes estivales « Non au sida, Oui à la prévention » couvrant les plages, Moussems, Souks et festivals ;
- L'intégration de la lutte contre le sida dans le champ religieux par la formation des «imams» et des «morchidates» (Ministère des Habous et des Affaires Islamiques, Arrabita, LM-LMST) ;
- La formation des journalistes (Ministère de la Santé, ALCS, OPALS).

- Les programmes de sensibilisation et d'éducation des jeunes (garçons et filles) et des femmes ont été étendus, mobilisant plusieurs secteurs gouvernementaux et ONG :

- Les approches pour les jeunes se basent sur l'éducation par les pairs, l'intégration dans les programmes de formation, expressions artistiques, les clubs sida des maisons de jeunes, l'outil informatique et l'implication des associations de jeunes des quartiers (MEN, MJS, EN, OPALS, AMPF, CRM, AMJCS, AESVT);
- Les approches pour les femmes se basent sur l'intégration dans les cours d'alphabétisation (AMSED), la sensibilisation dans les espaces sociaux (MJS, EN), la mobilisation des associations féminines (OPALS), l'intégration dans la stratégie nationale de lutte contre la

violence à l'égard des femmes, l'implication des vulgarisatrices agricoles en milieu rural (Ministère de l'Agriculture);

- 460 000 jeunes et femmes ont été touchés par les activités de sensibilisation en 2009 et 2010.

• Les programmes de prévention de proximité auprès des femmes professionnelles du sexe (PS), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) mis en œuvre par les ONG (ALCS, OPALS, ASCS, AMSED, ALIS), ont connu une extension importante accompagnée de renforcement des capacités des intervenants et de développement d'outils pédagogiques adaptés :

- Le paquet de services des interventions de proximité comprend, la sensibilisation et orientation, la distribution de préservatifs, le conseil et test VIH, la prise en charge des IST et les espaces de soutien;
- Selon l'étude de 2007, près de 50% des PS ont été touchées par les programmes de prévention alors que 53,3% ont déclaré avoir utilisé le préservatif avec le dernier client (37% en 2003) et 51,3% ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois.

• Le programme de réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues injectables (UDI) a démarré à Tanger puis a été étendu à Tétouan et Nador (Ministère de la santé, ASCMP, RDR, ALCS) :

- La gamme de services comprend la sensibilisation et l'éducation dans les lieux de fréquentation, la distribution des kits d'injection et des préservatifs, la collecte des seringues, l'appui social et l'auto support;
- Le programme pilote de substitution à la méthadone a été lancé en 2010 dans 4 sites.

• Des programmes de prévention touchant des populations vulnérables ou passerelles sont mis en place, notamment auprès des ouvrières, détenus, routiers et migrants (ALCS, OPALS, AMSED, ALIS).

• 168 000 personnes (nouveaux et anciens contacts) parmi des populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables (PS, HSH, UDI, ouvrières, détenus, migrants, routiers et autres) ont bénéficié des programmes de prévention en 2010 au niveau des régions prioritaires.

• La prise en charge syndromique des IST est intégrée dans les ESSB du ministère de la Santé. Les algorithmes de prise en charge des IST ont été révisés et un programme de recyclage réalisé.

- La distribution des préservatifs pour la prévention du VIH a été assurée par l'augmentation des acquisitions et l'approvisionnement des services de santé et des ONG.

- Mise en place d'une recherche opérationnelle pour la distribution de préservatifs aux populations exposées au niveau des centres de santé de la région de Sous Massa Draa;
- Le lancement de la préparation d'une stratégie de marketing social du préservatif.

En matière de Conseil et dépistage du VIH

- Les ONG jouent un rôle primordial dans l'organisation des activités de dépistage du VIH à travers des centres fixes ou unités mobiles (ALCS, OPALS, LM-LMST, ASCS, ALIS, AMPF). Le nombre de centres de conseil et test VIH gérés par les ONG est passé de 9 en 2002 à 52 en 2011.
- Le ministère de la Santé a démarré un processus d'intégration du dépistage volontaire du VIH dans plusieurs centres de santé des régions prioritaires et une stratégie de dépistage à l'initiative du prestataire. Le dépistage par test rapide est proposé systématiquement aux tuberculeux au niveau de 49 CDTMR.
- Un processus de certification des centres de dépistage a été mis en place et un premier cycle a démarré en 2011.
- Le nombre de tests de dépistage du VIH a doublé depuis 2006 pour atteindre 49 060 en 2010. Près de 48% des personnes testées sont des femmes et 30% des jeunes. 54% des tests ont eu lieu dans les unités mobiles. La part des populations à risque parmi les personnes testées représente 23%.

En matière de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH

- La stratégie nationale organise la prise en charge de l'infection VIH en Centres Référents Hospitalo-Universitaires (CRU) et Centres Référents Régionaux (CR) des Hôpitaux de Santé Publique. Cette stratégie fait l'objet d'une circulaire ministérielle.
- L'acquisition des médicaments ARV et pour les infections opportunistes est assurée par les budgets du ministère de la Santé et du Fonds mondial à des prix plus bas grâce à la réduction des coûts.
- La décentralisation de la prise en charge du traitement antirétroviral a été renforcée par la rénovation et équipements des CR et CRU. La numération CD4 est opérationnelle dans les 2 CRU et 4 CR et le génotypage des échecs thérapeutiques a été introduit.

- Les modalités de gratuité des prestations de service pour les PVVIH sont définies par le Ministère de la santé et un référentiel en matière de prise en charge a été développé pour l'AMO.
- Le comité national de prise en charge est opérationnel et des réunions de coordination et ateliers sont organisés entre le PNLS et les CRU et les CR.
- Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral a plus que doublé depuis l'année 2007 pour atteindre 4047 en fin 2011. Toutes les PVVIH éligibles diagnostiquées sont traitées :

- 95% sont adultes et 5% des enfants, les femmes représentent 48% des personnes sous traitement antirétroviral;
- Le niveau de la couverture des PVVIH estimées ayant besoin d'un traitement antirétroviral a atteint près de 40% en fin 2011 si l'on considère la nouvelle directive en matière d'inclusion au seuil de CD4<350;
- La part des PVVIH sous traitement dans les CR et CRU (en dehors de Casablanca et Rabat) est de 54%.

- Le Programme National d'Accompagnement Psychologique et Social (PNAPS) élaboré par le Ministère de la Santé avec ses partenaires, vise l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et leur intégration dans la vie sociale. Parmi les actions réalisées :

- Formation des assistantes sociales et médiateurs thérapeutiques et sociaux;
- Extension du programme d'amélioration de l'observance pour couvrir 5 centres (ALCS);
- Organisation de groupes d'auto support et mise en place d'une maison d'accueil des PVVIH à Casablanca (ADJ);
- Mise en œuvre de programmes d'appui psychosocial spécifiques pour les enfants vivant avec le VIH et leurs familles (Soleil);
- Mise en œuvre d'un programme AGR (ADS, ALCS, AMSED);
- 3192 dont 1062 enfants ont bénéficié du PNAPS en 2010.

En matière de Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

- Un programme pilote pTME impliquant les cellules de SMI des établissements de soins de santé de base de trois régions mis en place en 2008, est en phase d'extension :

- 86% des femmes enceintes (5700) ayant consulté au cours d'une année dans la région de Souss Massa Draa ont accepté de faire le test;

- La sensibilisation en matière de pTME dans les ESSB a été initiée dans plusieurs régions;
- Un autre programme pilote a concerné la maternité Souissi du CHU Ibn Sina de Rabat (appui d'Esther) et récemment la maternité des Orangers;
- Distribution de lait artificiel, biberons et stérilisateurs pour les nouveaux nés de mères séropositives.

- La couverture des femmes enceintes séropositives par la pTME a augmenté (mais demeure faible), le pourcentage estimé des femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH est passé de 12% en 2007 à 29% en 2010.

En matière de Leadership : Gouvernance, coordination et suivi évaluation et ressources

- Le ministère de la Santé assure le rôle de coordination de la lutte contre le sida à travers le PNLS. Des réunions sur les activités et les questions de politiques liées à la riposte sont régulièrement organisées avec les partenaires.
- Les ONG jouent un rôle incontournable dans la riposte nationale et ont élargi de manière considérable leurs champs d'interventions pour toucher les domaines clés du PSN.
- Des plans stratégiques régionaux de lutte contre le sida ont été élaborés dans les 9 régions prioritaires incluant des plans opérationnels coordonnés par les Comités régionaux intersectoriels (CRILS).
- Plusieurs secteurs ministériels mettent en œuvre des programmes de lutte contre le sida, notamment les ministères de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, des Habous et des Affaires Islamiques, du Développement social, de l'Emploi, de l'Agriculture ainsi que l'Entraide Nationale, la Délégation Générale de l'administration pénitentiaire et Arrabita des Oulémas.
- La réforme du CCM a concerné la révision de sa composition et l'élaboration d'un règlement intérieur. Un système d'élection a été mis en place pour la sélection des représentants des ONG. Un comité de veille stratégique (Oversight) et l'outil tableau de bord pour le suivi des subventions (Dashboard) ont été mis en place.
- Un système de suivi et d'évaluation a été conçu comprenant des indicateurs et outils de collecte standardisés. Un guide national a été élaboré et des formations nationales et régionales organisées.

- Un partenariat a été initié avec le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) pour renforcer l'intégration des questions liées aux droits humains dans la riposte nationale au sida.
- Des programmes de sensibilisation des femmes élues, des parlementaires ont été mis en œuvre, avec la création d'une coalition civile pour la SSR (OPALS).
- Le gouvernement a maintenu un budget régulier pour la lutte contre le sida qui constitue une source principale de financement du PSN (38% des dépenses hors salaires et contributions).
- Les financements du Fonds Mondial sont gérés par le Ministère de la Santé avec l'appui d'une unité de gestion et mobilisent des sous bénéficiaires parmi les ONG et secteurs gouvernementaux. Une proposition pour le 10ème appel a permis de mobiliser 41,1 millions de $US pour la période 2012-2016.
- Un plan commun d'appui des Nations Unies au PSN a été préparé et mis en œuvre sous le leadership du bureau de l'ONUSIDA.
- Des fonds ont été mobilisés dans le cadre du Sidaction/Maroc organisé en 2008 et 2010 (ALCS).

I.2.2 Faiblesses et obstacles de la mise en œuvre du PSN 2007-2011

Prévention auprès des groupes les plus exposés aux risques d'infection ou vulnérables

- Insuffisance de la couverture des populations clés plus exposées aux risques d'infection caractérisée par une concentration des activités sur les mêmes sites d'intervention et un chevauchement des efforts des ONG ;
- Difficultés pour l'estimation de la taille des groupes les plus exposés et manque d'un dénominateur fiable pour évaluer la couverture par les programmes ;
- Les programmes de prévention ne ciblent pas suffisamment les clients des PS ;
- Insuffisance de capitalisation des expériences autour des standards communs avec manque de contrôle de qualité par l'autorité nationale ou le réseau associatif ;
- Faiblesse du partenariat entre les ONG thématiques et les ONG de développement, féminines ou de droits humains ;
- Difficulté de l'accès aux services par les groupes les plus exposés du fait de la crainte d'être stigmatisés ou d'une méconnaissance des services par les populations concernées ;

- Accès aux préservatifs limité au niveau des espaces de fréquentation des populations exposées ;
- Difficulté à travailler sur le terrain vu que le travail des intervenants est non reconnu ;
- Difficulté à communiquer avec les migrants en situation irrégulière.

Prévention auprès des jeunes en contexte de vulnérabilité

- Niveau de connaissances complètes sur le VIH reste à améliorer ;
- Insuffisance de l'introduction du module du VIH dans le cursus scolaire et faiblesse de l'extension des programmes à toutes les régions ;
- Insuffisance des programmes qui ciblent les enfants, adolescents et jeunes non scolarisés ou en situation de vulnérabilité. L'approche ne prend pas en compte les spécificités des différents groupes ;
- Faible implication des associations des femmes et de l'enfance.

Dépistage du VIH

- Faible pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut de séropositivité (estimé à 20%) ;
- Offre de dépistage du VIH limitée avec pour conséquence une faible couverture au niveau national ;
- Disproportion entre les efforts de prévention et le nombre limité de personnes dépistées ;
- Faible niveau de positivité des tests réalisés notamment dans le cadre des unités mobiles ce qui nécessite un meilleur ciblage du dépistage vers les populations clés plus exposées aux risques d'infection ;
- Faiblesse du dépistage à l'initiative des prestataires avec pour conséquence un dépistage des infections VIH à un stade tardif.

Prise en charge globale des PVVIH

- Accès au traitement antirétroviral estimé à près de 40% des PVVIH qui en ont besoin (CD4 <350/mm^3) ;
- Difficultés de l'accès aux soins pour les PVVIH éloignées des sites de prise en charge;
- Ruptures de stock sporadiques en tests et médicaments ARV ;
- Dossier médical électronique non généralisé au niveau des centres référents ;

- Programme national d'accompagnement psychosocial (PNAPS) ne couvre pas toutes les régions;
- Manque de visibilité sur la prise en charge des PVVIH au niveau du secteur privé.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

- Couverture par la pTME reste faible (30%) ;
- Manque d'implication des professionnels de la santé (Gynécologues et pédiatres);
- Insuffisance d'intégration dans les programmes des ONG.

Leadership : Ressources, gouvernance, coordination et suivi évaluation

- Absence de mécanisme d'allocation de budgets aux régions pour la mise en œuvre des PSR ;
- Insuffisance en ressources humaines dans les différentes structures (PNLS, ORS, ONG, Centres référents etc.) ;
- Pérennité des ressources des ONG qui dépendent du financement du Fonds mondial ;
- Inexistence d'une autorité nationale de coordination de la lutte contre le sida en dehors du CCM;
- Les CRILS manquent de moyens humains et matériels et plusieurs ne sont pas opérationnels ;
- Le système de suivi et d'évaluation ne permet pas de capturer toutes les activités et ne dispose pas d'un système électronique standardisé;
- Manque de collaboration entre les ONG de lutte contre le sida et avec les ONG de développement. On note également l'absence d'un réseau national des ONG de lutte contre le sida.

Droits humains, stigmatisation et discrimination

- Absence d'une stratégie sur les droits de l'homme liés au VIH. Les actions sont sporadiques;
- Environnement juridique, stigmatisation et discrimination constituent des barrières à l'accès aux services pour les populations clés plus exposées aux risques d'infection;
- Manque de capacité du personnel en interne sur la question des droits de l'homme ;

- Manque de collaboration avec les organisations des droits de l'homme, de défense des droits de la femme et des enfants ;
- Faible intégration de la dimension genre dans la mise en œuvre du PSN.

I.2.3 Les Forces et les opportunités

- Le Maroc s'est mobilisé depuis plus de deux décennies en matière de lutte contre le sida et l'engagement de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, a donné une impulsion décisive au Plan Stratégique National. La lutte contre le sida a aussi bénéficié du soutien de Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma lors des réunions des Premières Dames et la réunion de Haut niveau des Nations Unies sur le VIH/sida en juin 2011.

Des acquis notables

- Tous les axes du PSN 2007-2011 ont été mis en œuvre.
- Réponse multisectorielle et décentralisée.
- Rôle crucial des ONG dans la riposte.
- Développement efficace et innovant d'un partenariat entre le secteur public et la société civile.
- Mise en place d'une réponse importante en matière de prévention, prise en charge médicale et programme d'accompagnement psychologique et social des PVVIH.
- Gestion efficiente des financements du Fonds mondial.
- Appui coordonné du système des Nations Unies.

- Les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie nationale, montrent le degré d'implication du PNLS du ministère de la Santé et la synergie des interventions des partenaires associatifs. Ce partenariat inédit est remarquable.
- La mise en œuvre du plan stratégique national 2012-2016, qui couvrira l'échéance 2015 des OMD, profitera d'opportunités importantes :

- La nouvelle constitution du Maroc renforce la démocratie, institutionnalise les droits humains et donne une plus grande marge d'action et rôle à la société civile;
- Le processus électoral démocratique a abouti à la mise en place du nouveau gouvernement qui s'est engagé à réduire les inégalités économiques et sociales, lutter contre la corruption et renforcer le développement du pays.

- La régionalisation avancée permettra aux entités territoriales de jouir d'une large autonomie dans la conception et la mise en œuvre de programmes de développement régional. Ces chantiers ont un lien direct avec la coordination et planification décentralisée de la lutte contre le sida.
- La mise en place du Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) qui œuvre dans la protection et la promotion des droits économiques, sociaux et culturels dont le droit à la santé. L'implication de cette institution permettra le renforcement de l'approche « droits humains » dans la riposte au sida.
- Les programmes de développement lancés par le Maroc et qui ont pour objectif le décollage de l'économie marocaine et l'habilitation des structures économiques et sociales, y compris la lutte contre la pauvreté, l'égalité entre les genres, l'amélioration du système éducatif et des centres sociaux de proximité, permettront d'agir sur les variables structurelles de l'épidémie.
- Ceci sera conjugué avec l'Initiative Nationale de développement Humain (INDH) qui a inclut les PVVIH et les usagers de drogues parmi les bénéficiaires des programmes futurs. La Fondation Mohammed V pour la Solidarité a lancé un projet pour la création de centres de réduction des risques pour les usagers de drogues en partenariat avec les ministères de l'Intérieur et de la Santé.
- La réforme du système de santé dans le cadre de la vision 2020, permettra une mise à niveau à même d'accompagner les interventions de prise en charge des PVVIH.

CHAPITRE II

Stratégies du PSN 2012 - 2016

II.1 VISION STRATEGIQUE A L'HORIZON 2016

L'engagement au plus haut niveau de **Sa Majesté le Roi Mohammed VI**, et du **Gouvernement du Maroc** constitue un appui fondamental à même de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2012-2016 et d'assurer la pérennité de la riposte nationale.

Le PSN s'inscrit en synergie et s'intègre dans le cadre de la nouvelle dynamique engendrée par les **avancées politiques et sociales instituées dans la nouvelle constitution du Maroc** et visant le renforcement de la démocratisation, la régionalisation, la promotion des droits humains et du genre ainsi que l'intégration du développement humain et de la réduction des inégalités sociales dans le processus des réformes économiques.

L'adhésion du Maroc à la **Déclaration Politique** « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en juin 2011, constitue le cadre de référence du PSN 2012-2016. Cette vision rejoint celle des **«trois zéros» de la stratégie 2011–2015 de l'ONUSIDA** qui vise à parvenir à zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida, zéro discrimination. Ces orientations qui figurent parmi les principaux axes du prochain PSN convergent avec les **objectifs du millénaire pour le développement** (OMD) d'ici 2015.

Ainsi, le PSN 2012-2016 **capitalise les acquis**, enseignements et expériences des plans stratégiques nationaux précédents qui se sont succédés au cours des périodes 2002-2006 et 2007-2011 et ont permis d'asseoir une riposte multisectorielle basée sur le développement d'un **partenariat efficace et innovant entre le secteur public et la société civile** et la mise en place d'une réponse importante en matière de prévention et de prise en charge de l'infection VIH au Maroc.

Le PSN **construit ses interventions sur l'analyse des carences, faiblesses et obstacles** en matière d'accès aux services VIH. Cette analyse a permis de définir les pistes clés pour lever les obstacles à la riposte et de déterminer des interventions efficaces et efficientes vers l'atteinte des objectifs de l'accès universel et les objectifs du millénaire pour le développement.

Le PSN est fondé sur les **derniers faits et évidences épidémiologiques**, les acquis et leçons tirées de la réponse nationale et les besoins des populations touchées. Il focalise sur la **mise à l'échelle et l'amélioration de la qualité des interventions** et se base sur la cartographie des besoins futurs selon les estimations et projections établies.

Il intègre de manière transversale les dimensions des **Droits Humains et de l'égalité des genres** liés au VIH et **renforce la contribution communautaire** à la riposte nationale permettant une mise en commun des stratégies pour aborder les obstacles à la riposte. A cet effet, tous les partenaires concernés apporteront leurs expériences et leur savoir faire.

Le PSN 2012-2016 s'inscrit résolument dans la perspective de la **concrétisation de l'accès universel** à la prévention auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection et autres populations vulnérables, au traitement et à la prise en charge globale ainsi que l'appui psychologique et social des PVVIH adultes et enfants. Cette approche d'équité et de solidarité permettra de réduire les nouvelles infections et d'atténuer l'impact du sida au sein de la population du Maroc, en particulier parmi les populations clés plus exposées aux risques d'infection, **en vue de «converger vers l'atteinte de zéro nouvelle infection VIH, zéro décès et zéro discrimination liés au sida au Maroc».**

II.2 PRINCIPES DIRECTEURS DU PSN

Huit principes directeurs ont été définis pour améliorer la qualité, l'efficacité, l'efficience et l'impact de la riposte nationale.

***Premier Principe* : Les PVVIH et les populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH au centre des priorités.**

Le PSN base ses stratégies sur l'atteinte d'une couverture optimale de qualité au bénéfice des PVVIH et des personnes plus exposées ou vulnérables au VIH/sida. Les acteurs locaux continueront à donner la priorité à la qualité et l'efficacité et l'efficience des prestations basées sur les droits humains et en lien avec les autres services sanitaires et sociaux. L'implication des populations sera renforcée afin que les PVVIH et les personnes exposées demeurent des bénéficiaires privilégiés et des acteurs clés de la riposte nationale.

***Deuxième Principe* : Droits Humains, genre, et équité**

Le PSN met un accent particulier sur la réduction des inégalités liées aux droits humains et au genre et l'équité dans l'accès aux services VIH. Il vise à créer un environnement favorable pour les interventions et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. La mobilisation des acteurs de santé, de la société civile, des institutions de droits humains et des leaders d'opinions visera à lever les obstacles à l'accès aux services.

***Troisième Principe :* Alignement et coordination multisectorielle efficace**

L'enjeu de l'accès universel est une option nationale qui nécessite un haut niveau de coordination qui implique toutes les composantes de la société, issues des secteurs institutionnels ou de la société civile, auxquels s'associeront les partenaires au développement. Le PSN constituera le référentiel unique de résultats escomptés en matière de riposte au sida et œuvrera pour la mise en œuvre des « Trois principes », notamment «une instance unique de coordination» et «un système national de suivi évaluation».

***Quatrième Principe :* Réponses locales coordonnées et décentralisées**

Le PSN est un cadre global d'action qui doit être contextualisé selon les réalités régionales et locales et opérationnalisé dans le souci pragmatique d'une mise en œuvre décentralisée. Toutes les régions du Maroc sont concernées mais la priorité sera donnée à un choix raisonné de régions où la situation épidémiologique et sociodémographique montre une nette dynamique focale liée au VIH/sida. La réponse nationale renforce les compétences, les capacités des acteurs locaux et du système communautaire, pour être efficaces dans la prévention du VIH et la réduction de son impact. Cette décentralisation de la lutte contre le sida donnera plus d'opportunités dans la planification des interventions, la mobilisation et la gestion des ressources.

***Cinquième Principe :* Approche de planification axée sur les résultats**

L'approche axée sur les résultats adoptée par le PSN, doit permettre de mettre en place une plate-forme de dialogue entre les différentes parties prenantes, pour définir une vision commune et situer les efforts des partenaires dans la riposte nationale. Cette approche de gestion consiste à ce que chaque partenaire soit responsable de l'atteinte de résultats mesurables répondant aux objectifs et aux cibles définis en fonction des missions, positionnement et implantation territoriale. Elle s'exercera dans un contexte de transparence, de responsabilisation et de flexibilité.

***Sixième Principe :* Intégration des services VIH et avec les autres programmes visant les autres OMD**

Le PSN vise à renforcer le principe de réponses «complètes» au VIH nécessitant une action combinée et coordonnée entre les services de santé et les actions menées au niveau communautaire ainsi que la facilitation de réseau fonctionnel et de systèmes de référence.

Le PSN œuvrera pour une meilleure interrelation des programmes de lutte contre le sida avec les autres programmes visant les OMD à travers l'engagement institutionnel et la contribution de la société civile. Les efforts visent également à développer des synergies entre les services de SSR et ceux du VIH.

***Septième Principe* : Efficience et efficacité de la réponse nationale**

Dans le contexte de l'accès universel et de la planification stratégique axée sur les résultats, la réponse ne sera pertinente que si elle considère à la fois les impacts en terme quantitatif (degré ou pourcentage d'atteinte des cibles fixées) et qualitatif (facteurs ayant influé sur l'atteinte des cibles). L'assurance d'un coût-bénéfice optimal des interventions constitue à cet effet, un souci primordial. Les principes fondateurs de cette approche viseront et orienteront les financements sur les interventions qui ont un fort potentiel d'impact, ainsi que celles qui ont fait la preuve de leur efficacité.

***Huitième Principe* : Pérennisation de la réponse nationale**

Les principes clés de la Déclaration de Paris fondés sur l'harmonisation, l'alignement et la responsabilité mutuelle seront mis en œuvre dans le cadre du PSN pour la mobilisation des ressources nationales et internationales. La pérennisation de la réponse nationale passe par un engagement constant de l'Etat et une intégration continue des dépenses des prestations essentielles de services dans le budget national. Le PSN devra œuvrer pour assurer l'appui politique et une plus grande mobilisation des fonds au niveau national. Il œuvrera en outre, à augmenter progressivement la couverture sociale des PVVIH dans le cadre du système d'assurance maladie.

II.3 PRIORITES ET AXES STRATEGIQUES DU PSN 2012-2016

II.3.1 Priorités du PSN

Les priorités du PSN ont été définies dans le cadre d'un processus de concertation avec les partenaires institutionnels, société civile, PVVIH et partenaires au développement en s'appuyant sur l'analyse de la situation et de la réponse nationale.

Les priorités ont été établies sur la base de trois critères :

- Avoir un impact sur la transmission du VIH en mesure de changer la trajectoire de l'épidémie ;
- Refléter les besoins des bénéficiaires, notamment les PVVIH et les populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables ;

- Assurer les mesures de renforcement nécessaires et permettre les résultats et impacts escomptés.

Celles-ci se traduisent par la prévention des nouvelles infections parmi les populations clés plus exposées aux risques d'infection, la prévention auprès des populations en contexte de vulnérabilité, le traitement soins et soutien aux PVVIH adultes et enfants, la mobilisation/ partenariat et renforcement communautaire, la coordination et la décentralisation. Une attention particulière sera accordée aux régions où la situation épidémiologique montre une nette dynamique focale liée au VIH.

La priorité sera donnée aux actions ci-après :

- Le renforcement et la mise à l'échelle des intervention de prévention combinée pour toucher des proportions plus importantes des personnes plus exposées ou vulnérables et réduire l'incidence des infections VIH au sein de ces populations.
- La diversification de l'offre de dépistage et la promotion de la connaissance du statut sérologique parmi les personnes les plus exposées ou vulnérables pour maitriser les nouvelles infections et identifier les couples séro-discordants.
- L'extension et mise à l'échelle de la stratégie pTME notamment le dépistage chez les femmes enceintes.
- L'extension de la couverture par le traitement antirétroviral et de l'appui aux PVVIH tout en améliorant l'accès géographique aux structures de prise en charge.
- Le renforcement du système communautaire pour permettre la mise à l'échelle des interventions de prévention auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection.
- L'amélioration du suivi évaluation et la mise en œuvre d'un agenda de recherche pour une meilleure identification des besoins de prévention et mesure des résultats et impacts des programmes.
- Le renforcement de la gestion de la riposte nationale aux niveaux central et régional.

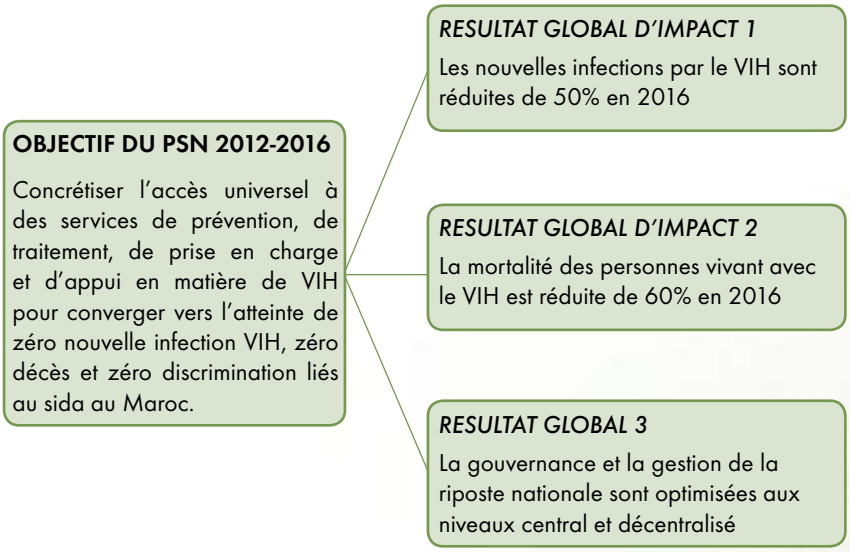
Sur la base de ces priorités, trois axes stratégiques ont été définis pour le PSN :

1. La prévention de l'infection par le VIH focalisée auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH, passerelles ou en situation de vulnérabilité.
2. La prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH adultes et enfants.
3. La gouvernance et la gestion de la riposte à l'échelle nationale et décentralisée.

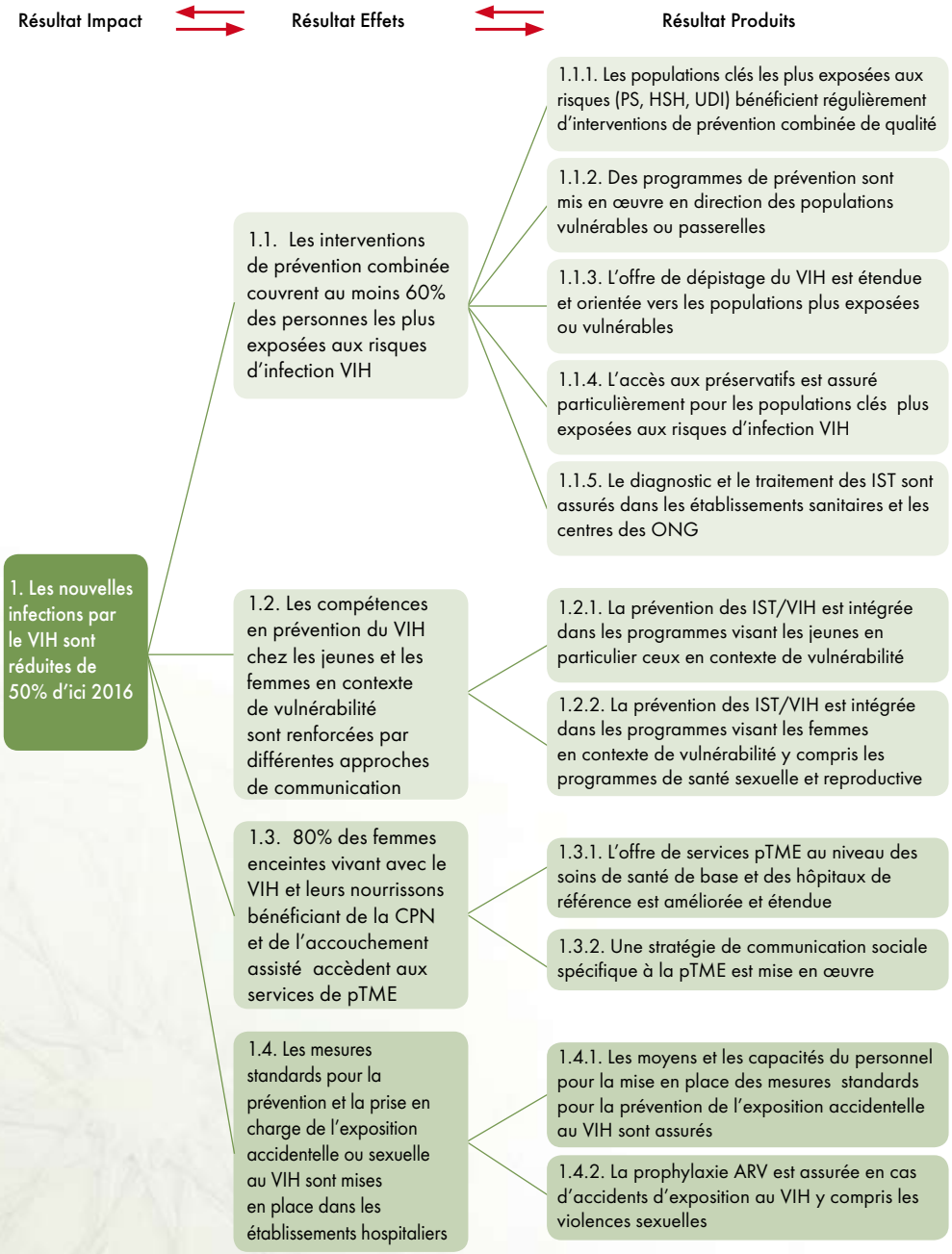
II.3.2 Cadre des résultats et programmes du PSN 2012-2016

Le PSN 2012-2016 vise à concrétiser l'accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en matière de VIH pour converger vers l'atteinte de zéro nouvelle infection VIH, zéro décès et zéro discrimination liés au sida au Maroc.

Trois résultats globaux (Outcomes) dont deux résultats d'impact, ont été arrêtés pour les axes stratégiques du PSN. Chaque résultat global est décliné en résultats effets qui eux mêmes sont déclinés en plusieurs produits.



Cadre stratégique du résultat global d'impact 1 relatif à la prévention



II.3.2.1 Résultat global d'impact 1 : Les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% en 2016

La prévention du VIH constitue un axe stratégique fondamental de la riposte nationale qui a pour objectif de réduire les nouvelles infections VIH. Une attention particulière doit être portée pour améliorer la qualité des informations stratégiques et amplifier les interventions de prévention combinée auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection, les groupes « passerelles » et les personnes en situation de vulnérabilité issues des différents milieux. L'existence de facteurs spécifiques de vulnérabilité et de risque nécessite des interventions programmatiques adaptées aux besoins de chacune de ces populations.

Révolutionner la prévention du VIH se traduira dans le PSN, par la mise en œuvre d'interventions innovantes et ambitieuses qui ont pour but de réduire l'incidence de l'infection par le VIH dans la population principalement les personnes plus exposées, afin de réduire le risque pour les individus d'être infectés ou de transmettre le virus.

En même temps, le faible taux de dépistage du VIH et le fait qu'une proportion importante des cas incidents se trouve chez des conjoints hors populations « exposées » mettent en exergue *l'importance de la sensibilisation, de la connaissance du statut sérologique* parmi les couples séro-discordants afin de mettre en place une démarche de conseil, de réduction des risques et de prévention positive.

Quatre Résultats Effets seront mis en œuvre, par l'articulation de stratégies dans les différents milieux, prévention de proximité auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH, prévention auprès des jeunes et des femmes en contexte de vulnérabilité, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, mesures standards pour la prévention et la prise en charge de l'exposition accidentelle ou sexuelle au VIH.

Les stratégies apporteront des prestations de services selon des normes de qualité définies au niveau national et répondant aux standards internationaux, assurées par des professionnels de santé et des acteurs associatifs formés pour répondre aux besoins prioritaires des populations bénéficiaires.

Résultat d'effet 1.1 : Les interventions de prévention combinée couvrent au moins 60% des personnes plus exposées aux risques d'infection VIH.

Stratégies mises en œuvre

- *L'opérationnalisation de l'approche de prévention combinée*. Celle-ci comprend la communication pour le changement de comportement, l'accès aux préservatifs et autres moyens de prévention, la prise en charge des IST, le conseil et le test VIH, l'accès aux soins et à l'appui psychologique et social ainsi que la lutte contre les discriminations dans une démarche de protection des droits humains.
- *L'approche réduction des risques (RDR) pour les UDI* inclut des activités de proximité, distribution des kits d'injection et préservatifs, collecte des seringues utilisées, sensibilisation et éducation, appui social et auto-support. La substitution à la méthadone sera étendue progressivement dans les zones géographiques concernées.
- *L'articulation de l'approche communautaire avec celle du système de santé* pour améliorer l'interface entre les programmes de prévention auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection et les services sanitaires et sociaux.
- *L'assurance qualité des interventions* et leur adéquation avec les besoins des populations clés plus exposées aux risques d'infection, consiste à développer et mettre en œuvre des normes nationales répondant aux standards internationaux pour les interventions de prévention combinée et de RDR.
- *L'élargissement de la couverture* des besoins de prévention et de prise en charge des PS, HSH et UDI par des programmes de prévention globale. Les zones ou régions d'exposition au risque où l'incidence du VIH est élevée, seront priorisées pour bénéficier d'un programme intégré de prévention combinée, avec un système de référence vers les services de santé.
- *L'amélioration de la connaissance du statut sérologique*, par l'extension de l'accessibilité du dépistage du VIH et le développement d'approches adaptées aux populations clés plusexposées aux risques d'infection. Deux approches seront prises en compte à savoir le dépistage initié par le prestataire de santé et le dépistage initié par les populations cibles au niveau des ONG et des formations sanitaires.
- *La réduction du risque de transmission sexuelle du VIH au sein des couples séro-discordants* par la définition d'un paquet d'interventions pour le changement de

comportement au sein des couples stables et l'opportunité de traitement antirétroviral (traitement pour la prévention) selon les recommandations qui se dégageront aux niveaux international et national.

Produits attendus

- **Les populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH (PS, HSH, UDI) bénéficient régulièrement d'interventions de prévention combinée de qualité.**

Une modélisation de la prévention combinée sera réalisée en vue de son adaptation au contexte du Maroc et son opérationnalisation au niveau des zones d'intervention. Pour assurer une couverture adéquate en vue d'atteindre l'accès universel, les programmes de prévention de proximité auprès des femmes PS et des HSH seront progressivement étendus vers de nouveaux sites en capitalisant sur les expériences et bonnes pratiques précédentes. Il s'agira de multiplier les approches de proximité (sur le terrain et dans les locaux des ONG) et de fournir d'autres services sociaux pour répondre aux besoins spécifiques des populations exposées. A cet effet, l'augmentation de l'envergure de l'action des associations, et la participation active des populations concernées, seront promues.

Le programme de réduction des risques auprès des UDI incluant le traitement de substitution à la méthadone sera étendu progressivement aux principaux sites de consommation (Tanger, Tétouan, Nador, Rabat/Salé, Casablanca, Marrakech) y compris dans les prisons. Il est prévu la création de six nouveaux centres à bas seuil et six unités mobiles, où sera assuré un large accès aux matériels d'injections stériles avec prise en compte des besoins spécifiques des femmes UDI. La formation des médecins généralistes en addictologie (DU) permettra d'accompagner l'extension du programme.

Les pools d'intervenants de proximité et éducateurs pairs des ONG pour PS, HSH, UDI seront augmentés. Des cartographies des lieux d'intervention seront établies ou actualisées dans les principales régions du Maroc avec la participation des personnes concernées. Cette approche permettra d'optimiser l'offre de prévention afin d'assurer une meilleure couverture géographique.

Des référentiels seront définis autour des interventions de prévention de proximité pour les PS, HSH et UDI et des guides nationaux seront produits en vue d'harmoniser les normes et

assurer la qualité des activités. Ceci sera accompagné par un programme de renforcement des capacités des acteurs associatifs et la production d'outils adaptés de prévention et de communication spécifiques à ces populations. Un plan de formation intégrant le genre, les droits humains et la lutte contre la discrimination, sera mis en œuvre en direction des professionnels de santé et sociaux pour améliorer les conditions et les modalités de l'accès aux services des populations clés plus exposées aux risques d'infection. La coordination sera promue entre les intervenants des structures sanitaires publiques et communautaires afin d'offrir les services, selon le référentiel des normes et stratégies de qualité.

Tableau 2 : Cibles pour la couverture par la prévention combinée des populations clés plus exposées aux risques d'infection

Populations	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016	Couverture estimé en 2016 (%)
PS	25 000	40 000	45 000	50 000	55 000	60 000	80%
HSH	8 000	18 500	22 500	26 500	30 500	35 000	70%
UDI	1 700	4 600	5 000	6 000	7 000	8 000	40%
UDI(méthadone)*	120	350	750	1000	1500	2000	-

* Cibles annuelles

Tableau 3 : Cibles relatives aux indicateurs des résultats des programmes auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection

Indicateurs	Valeurs de base (année)	2012	2013	2014	2015	2016
% de PS que les programmes de prévention parviennent à atteindre	45%(2007)	50%	55%	60%	70%	80%
% de PS déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur denier client	50% (2007)	60%	-	70%	-	80%
% de HSH déclarent avoir utilisé un préservatif lors du denier rapport	42% (2010)	-	-	60%	-	70%
% d'UDI déclarent avoir utilisé des équipements d'injection stériles	7,5% (2005)	-	-	50%	-	70%

* Données disponibles en fonction des années de réalisation des études bio-comportementales (RDS)

► **Des programmes de prévention sont mis en œuvre en direction des populations vulnérables ou passerelles**

Les populations vulnérables ou «passerelles» rassemblent des facteurs de risques particuliers et peuvent être en contact direct avec les populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH (partenaires ou clients). Les programmes concernent les populations migrantes, les populations mobiles tels les routiers et personnel en uniforme, les détenus, les ouvrières et ouvriers ainsi que d'autres groupes vulnérables identifiés selon les spécificités et contextes locaux. Ces populations bénéficieront d'actions visant la prévention du VIH et l'accès aux services de dépistage et de prise en charge. Elles feront l'objet d'interventions ciblées pour assurer la continuité des programmes en cours et leur mise à l'échelle pour atteindre des zones et populations non encore couvertes. A cet effet, il est prévu le renforcement des capacités des intervenants dans les secteurs communautaires et sanitaires. L'intégration de la prévention de l'infection par le VIH sera étendue aux différents centres pénitentiaires du pays incluant la réduction des risques.
Un plan intégré pour la prévention auprès des migrants sera mis en œuvre pour coordonner et harmoniser les interventions des partenaires nationaux et internationaux œuvrant auprès de cette population.

Tableau 4 : Cibles de couverture des populations passerelles et vulnérables (nombre de personnes)

Population	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016	% couverture en 2016
Migrants	4 000	4 000	6 000	9 000	12 000	14 000	80%
Détenus	20 000	30 000	36 000	40 000	48 000	57 600	80%
Routiers	6 000	6 000	6 500	7 000	7 500	8 000	66%
Ouvrières	21 000	24 000	26 000	28 000	31 000	34 000	60%

* Cibles annuelles

► L'offre de dépistage du VIH est étendue et orientée vers les populations plus exposées ou vulnérables

Selon les données des cas déclarés rapportées aux estimations, seulement le tiers des cas notifiés (33%) sont représentés par des infections VIH asymptomatiques et près de 80% des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique. Pour remédier à cette situation, une stratégie d'extension de l'offre de dépistage axée sur une plus grande focalisation vers les populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables sera préparée et mise en œuvre. Trente nouveaux centres de conseil et dépistage du VIH seront mis en place par les ONG et les campagnes de dépistages mobiles seront multipliées au niveau des sites qui constituent des espaces de fréquentation et de sociabilité des populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables selon les cartographies définies. En parallèle, le Ministère de la Santé a prévu d'accélérer le processus d'intégration du conseil et test VIH qui concernera 358 Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB) en 2016 (incluant les 58 actuels) choisis selon des critères prédéfinis.

L'activité de conseil et test VIH concernera également les 55 CDTMR ainsi que 8 unités fixes des centres de prise en charge des toxicomanes (sites des programmes pour UDI). Le test rapide VIH sera également mis en place au niveau des laboratoires de 100 centres hospitaliers pour appuyer le dépistage à visée diagnostique. Le programme de certification des centres de conseil et test VIH initié en 2011, sera mis en œuvre pour assurer la qualité des activités de dépistage.

Près de deux millions de personnes seront testées pour le VIH au cours des années 2012 à 2016.

Tableau 5 : Extension des centres de conseil et dépistage du VIH

	Valeurs de base (2011)	2012	2013	2014	2015	2016
Centres des ONG	52	56	62	68	75	81
Centres intégrés aux ESSB	58	133	208	283	358	358

* Cibles cumulatives

Tableau 6 : Nombre de personnes bénéficiaires du conseil et test VIH

	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de personnes testées pour le VIH et qui ont reçu le résultat	49 000	176 000	276 000	367 000	467 000	567 000

* Cibles annuelles

► **L'accès aux préservatifs est assuré particulièrement pour les populations clés plus exposées aux risques d'infection**

Un effort spécifique sera consenti pour améliorer l'accès au préservatif sa disponibilité au profit des populations clés plus exposées aux risques d'infection, passerelles ou vulnérables et ce, dans les centres de santé, au niveau des ONG impliquées et sur les lieux de fréquentation.

Deux actions complémentaires seront mises en œuvre :

Le renforcement de la logistique et de la gestion du préservatif pour assurer le préservatif gratuit à la disposition des populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH. La distribution gratuite au niveau des centres de Santé et ONG obéira à des normes selon les catégories de populations concernées et qui sont actuellement en phase de pilotage dans la ville d'Agadir avant leur validation et extension aux autres régions et sites. Ceci sera accompagné par la mise en place d'un système d'information fiable sur l'utilisation par les populations clés plus exposées aux risques d'infection.

Un programme de Marketing social du préservatif (PMS) afin de permettre un accès élargi pour les différents groupes cibles (PS et leurs clients, HSH, UDI, et leurs partenaires, populations passerelles etc.), à des préservatifs de qualité et à un moindre coût. Ce programme sera mis en place par la contractualisation d'un prestataire de service privé.

Tableau 7 : Cibles relatives à l'accès aux préservatifs

	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de préservatifs distribués (millions)	12	14	17,7	20,4	24,5	30
Nombre bénéficiant aux populations exposées/ vulnérables	ND	6,2	9,3	12,4	18,6	24,8
% pour les populations exposées/vulnérables	ND	44%	54%	61%	76%	83%

* Cibles annuelles

► **Le diagnostic et le traitement des IST sont assurés dans les établissements sanitaires et les centres des ONG**

La prise en charge syndromique des IST est intégrée au niveau de l'ensemble des établissements de soins de santé de base (ESSB) et des centres des ONG qui reçoivent régulièrement des dotations en médicaments. Les algorithmes de prise en charge préconisent pour tous les patients qui consultent pour IST, l'examen systématique, le traitement des syndromes IST, la promotion du préservatif comme moyen de prévention et le conseil et l'orientation pour le test de dépistage du VIH. En vue d'assurer la pérennisation de l'approche syndromique, le Ministère de la Santé prévoit son intégration dans la formation de base des médecins et des infirmiers. Il est aussi prévu l'implantation d'un système National de surveillance de la résistance du Gonocoque aux antibiotiques.

Par ailleurs, comme recommandé par l'OMS, le Ministère de la Santé prévoit l'élaboration d'une stratégie de prise en charge des IST spécifique et adaptée aux besoins des populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH (PS, HSH) pour améliorer l'accessibilité de ces populations aux services de santé et réduire la stigmatisation et discrimination.

Résultat d'effet 1.2 : La prévention des IST/VIH est intégrée dans les programmes visant les femmes et les jeunes en contexte de vulnérabilité y compris les programmes de SSR.

Stratégies mises en œuvre

- *Extension et développement des interventions* auprès des jeunes et des femmes, en particulier ceux qui vivent des contextes de vulnérabilité ou plus exposés au VIH.
- *Intégration de la prévention VIH dans les différents programmes* de santé, sociaux et de développement mis en œuvre par les différents partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux au bénéfice des jeunes et des femmes notamment les plus vulnérables.
- *Intégration avec les programmes de Santé sexuelle et reproductive* (SSR) surtout auprès des femmes en contexte de vulnérabilité dans les zones périurbaines ou enclavées.
- *Maintien d'une «veille informationnelle»* en matière de VIH par la diffusion de messages adaptés auprès d'une partie très large de la population notamment les jeunes et les femmes.

Produits attendus

► **La prévention des IST/VIH est intégrée dans les programmes visant les jeunes en particulier ceux en contexte de vulnérabilité.**

Les adolescents et les jeunes constituent une priorité à tous les niveaux national, régional et local. Plusieurs acteurs institutionnels et associatifs ont intégré le VIH dans la réponse aux besoins des jeunes avec leur participation.

Les activités avec les différents médias (télévision, radio, événements grand public, lors des festivals etc.) seront poursuivies pour communiquer à la population et notamment les jeunes des messages adaptés de sensibilisation sur la prévention du VIH et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Les actions menées grâce au partenariat avec le MEN, le MJS, l'Entraide Nationale et les ONG seront poursuivies, renforcées et focalisées sur les jeunes en situation de vulnérabilité ou issus des quartiers défavorisés. Une attention particulière sera aussi apportée à la protection et prévention auprès des enfants en situation de précarité sociale ainsi que les adolescents et jeunes les plus exposés au VIH. Toutes les opportunités seront saisies pour accéder aux adolescents et jeunes non scolarisés ou en situation de vulnérabilité au sein des institutions

qui les accueillent. Diverses approches testées au cours des années précédentes, seront mises en œuvre. Les éducateurs pairs formés interviendront sur les lieux de sociabilité des jeunes en menant des activités de sensibilisation et des séances de dialogue interpersonnels. La démarche doit permettre aux jeunes de développer des aptitudes et des compétences pour mieux gérer les situations de risque auxquels ils pourraient être confrontés. A cet effet, une stratégie spécifique pour la protection et la prévention auprès des enfants, adolescents et jeunes les plus vulnérables sera développée et mise en œuvre dans le cadre du PSN.

Les efforts porteront également sur une plus grande intégration de l'éducation en matière de VIH dans le cadre du curriculum scolaire alors que la stratégie d'éducation par les pairs dans le cadre des clubs de santé sera étendue aux autres établissements de l'enseignement secondaire dans le cadre du plan d'urgence du MEN.

► **La prévention des IST/VIH est intégrée dans les programmes visant les femmes en contexte de vulnérabilité y compris les programmes de SSR.**

Les déterminants sociaux (pauvreté, analphabétisme, inégalités liées au genre) sont des facteurs importants de vulnérabilité des femmes au VIH. Il s'agit également de prendre en considération le contexte des femmes, le plus souvent au foyer, sans risque particulier sauf celui d'être contaminé par le conjoint, comme l'indique l'étude sur les modes de transmission. S'ajoute à cela la question des violences fondées sur le genre (VFG) notamment les violences sexuelles.

Les ONG et les secteurs gouvernementaux poursuivront leurs engagements dans la sensibilisation et éducation de la population féminine en matière de prévention du VIH. Les interventions seront plus focalisées auprès des femmes en contexte de vulnérabilité et dans les zones périurbaines ou enclavées et intégreront la santé sexuelle et reproductive (Planification Familiale, Santé Maternelle et Néonatale, prévention et prise en charge des IST, promotion de la santé sexuelle, prévention et dépistage des cancers). L'éducation sera étendue et renforcée dans tous les lieux qui regroupent les femmes: foyers féminins, associations de femmes, associations de développement, programme d'alphabétisation, lieux de travail. Des actions de mobilisation et de renforcement de capacités seront menées auprès des acteurs de la société civile et des associations à base communautaires incluant l'approche genre, la prévention VIH, le renforcement du pouvoir de négociation et les violences fondées sur le genre.

Le lien déjà établi pour intégrer la prévention du VIH dans la stratégie de lutte contre les violences fondées sur le genre sera renforcé. Un agenda opérationnel national sur les femmes, filles, égalités des genres et VIH sera élaboré et suivi dans le cadre du PSN pour coordonner et harmonier les interventions.

Résultat d'effet 1.3 : 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nourrissons bénéficiant de la CPN et de l'accouchement assisté accèdent aux services de pTME.

Stratégies mises en œuvre

- *Intégration dans la stratégie nationale de la SSR* qui vise à améliorer l'offre de services en particulier la consultation prénatale, la planification familiale, l'accouchement assisté, le dépistage et la prise en charge des IST y compris le cancer du col et du sein.
- *Extension du programme pilote de pTME* par la mise en place du dépistage du VIH au sein des consultations prénatales des établissements de soins de santé de base.
- *Introduction du dépistage VIH et la pTME dans les maternités hospitalières.*
- *Renforcement de la collaboration avec le système communautaire* (ONG), pour un meilleur accompagnement et suivi des femmes enceintes séropositives.
- *Renforcement de la sensibilisation* des femmes et des personnes plus exposées ou vulnérables en matière de pTME.

Produits attendus

► **L'offre de services pTME au niveau des soins de santé de base et des hôpitaux de référence est améliorée et étendue**

Le Maroc adhère à l'engagement international de l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à cet effet, le PSN devra permettre d'étendre la couverture pTME en vue de l'accès universel.

L'élargissement de l'offre pTME dans les consultations prénatales se fera en lien avec l'extension de l'intégration du dépistage au niveau des établissements de santé de base (ESSB) dans les provinces des régions prioritaires et qui concernera un total de 300 centres sur les cinq ans du PSN. Le dépistage des femmes enceintes sera réalisé au sein des ESSB conformément au protocole national et respectant les règles de confidentialité et d'éthique. Les femmes enceintes séropositives seront orientées vers les centres référents pour le suivi et la prise en charge pour elles et leur nouveau-né. Le diagnostic du VIH sera assuré chez le nourrisson dés les premières semaines. Le dépistage du VIH sera également intégré au sein des maternités hospitalières de référence afin d'assurer la prise en charge pTME pour les femmes qui n'ont pas eu accès à la CPN.

► **Une stratégie de communication sociale spécifique à la pTME est mise en œuvre**

Une stratégie de communication sur la pTME sera préparée et mise en œuvre dans le cadre du PSN. Des campagnes de sensibilisation seront organisées au niveau de l'ensemble des structures de santé publiques et concerneront également le secteur privé et tous les lieux qui regroupent les femmes.

La sensibilisation en matière de pTME sera également intégrée parmi les thématiques abordées dans les programmes de prévention de proximité mis en œuvre par les ONG auprès des personnes plus exposées, vulnérables ou passerelles.

Tableau 8 : Cibles en matière de couverture par la pTME

	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH et qui connaissent les résultats	2955	60 000	120 00	180 000	240 000	280 000
Nombre et % des femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant *	124 (29%)	150 (35%)	200 (45%)	230 (50%)	280 (55%)	320 (60%)
% de couverture des femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant de la CPN et de l'accouchement assisté dans les structures du ministère de la Santé **	31%	37,5%	50%	58%	70%	80%

* Calculé sur la base d'une estimation de 500 femmes enceintes séropositives au VIH chaque année.

** Calculé sur la base d'une estimation de 400 femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant de la CPN chaque année.

Résultat d'effet 1.4 : Les mesures standards pour la prévention et la prise en charge de l'exposition accidentelle ou sexuelle au VIH sont mises en place.

Stratégies mises en œuvre

- *Promotion de l'hygiène et la sécurité en milieu de soins* (précautions universelles/ élimination des déchets) dans le cadre de la politique du ministère de la Santé.
- *Mise à disposition et généralisation du matériel à usage unique* en milieu de soins.

- *Disponibilité des kits de prophylaxie post-exposition* au VIH (PEP) dans les structures appropriées pour la prise en charge rapide des AES ou sexuelles selon les protocoles nationaux.
- Mise en place d'un système de *surveillance des AES* en milieu sanitaire.

Produits attendus

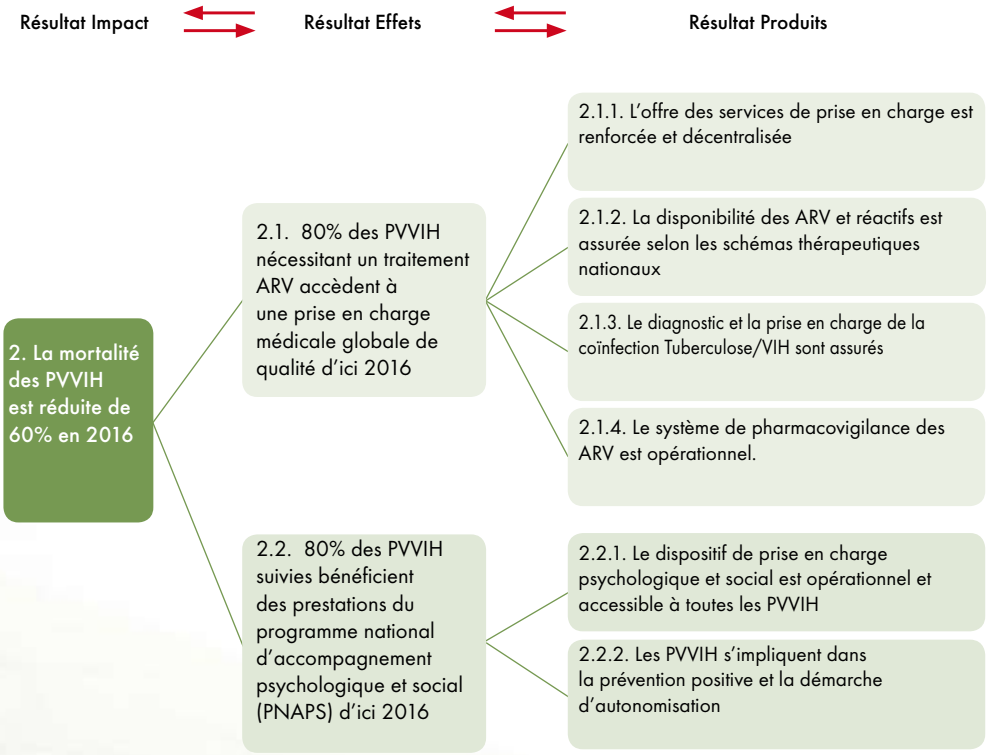
► **Les moyens et les capacités du personnel pour la mise en place des mesures standards pour la prévention de l'exposition accidentelle au VIH sont assurés.**

Grâce à la formation initiale et continue, les capacités des professionnels de santé seront renforcées en matière de prévention des AES pour une meilleure évaluation du risque et pour la gestion des déchets piquants et tranchants. Par ailleurs, et dans le cadre de la politique du ministère de la Santé, l'utilisation du matériel à usage unique en milieu de soins est en cours de généralisation à toutes les structures ambulatoires et hospitalières. De plus, des fongibles et consommables médicaux (gants, masques et autres moyens de protection) seront régulièrement mis à disposition pour le personnel des services de soins et les laboratoires qui prennent en charge les PVVIH.

► **La prophylaxie ARV est assurée en cas d'accidents d'expositions au VIH y compris les violences sexuelles.**

Le programme de formation des professionnels de santé des hôpitaux provinciaux et régionaux pour la prise en charge de l'exposition accidentelle et ou sexuelle au VIH sera continué et étendu pour couvrir tous les hôpitaux du pays. La disponibilité des kits de prophylaxie post-exposition au VIH sera assurée dans tous les hôpitaux régionaux. De ce fait, la dotation nationale en médicaments ARV prendra en compte la mise à disposition des kits dans le cadre de la prophylaxie en cas d'exposition accidentelle et sexuelle au VIH. Un système de surveillance sera mis en place pour assurer le suivi de cette stratégie.

Cadre stratégique du résultat global d'impact 2 relatif à la prise en charge et l'appui



II.3.2.2 Résultat global d'impact 2 : La mortalité des PVVIH est réduite de 60% en 2016

A ce jour, près de 40% des PVVIH nécessitant un traitement antirétroviral sont couverts, si l'on se réfère au nouveau seuil d'initiation du traitement (moins de 350 CD4). Par ailleurs, la centralisation des services de traitement et d'appui oblige une proportion importante des PVVIH à faire de longs déplacements pour l'obtention de soins, le suivi et l'accompagnement psychosocial.

Ainsi, le PSN prévoit l'expansion des services de prise en charge globale des PVVIH pour atteindre une couverture de 80% parmi ceux nécessitant un traitement antirétroviral.

L'impact souhaité est l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et une réduction de 60% du nombre estimé de décès dus au sida en 2016.

Cette expansion de la couverture se concrétisera par la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions complémentaires comprenant le renforcement du conseil et dépistage du VIH volontaire (comme décrit dans le résultat 1) ou initié par le prestataire, la simplification des protocoles de traitement antirétroviral et la réduction des coûts, l'augmentation et la répartition géographique plus équilibrée des services de prise en charge ainsi que la mise à l'échelle du programme national d'appui psychosocial en collaboration avec les ONG et les PVVIH.

Deux résultats effets seront mis en œuvre, par la combinaison de stratégies qui s'inscrivent dans l'atteinte de l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge globale ainsi que l'appui psychologique et social des PVVIH adultes et enfants.

Cette combinaison d'interventions permettra l'opérationnalisation au Maroc du concept de traitement 2.0 récemment développé par l'OMS et l'ONUSIDA.

Résultat d'effet 2.1: 80% des PVVIH nécessitant un traitement antirétroviral accèdent à une prise en charge médicale globale de qualité d'ici 2016.

Stratégies mises en œuvre

- *L'opérationnalisation de l'approche de traitement 2.0* récemment initiée par l'OMS.
- *L'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de soins* pour atteindre un taux de couverture de 80% de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral selon les recommandations de l'OMS (seuil CD4<350).
- *La simplification et standardisation des schémas de traitement* antirétroviral et leur adaptation continue aux recommandations internationales.
- *La disponibilité des médicaments ARV* pour anciens et nouveaux patients (adultes et enfants) éligibles et la réalisation du suivi biologique et virologique.
- *L'extension de l'accès à la prise en charge* concernera la mise à niveau des centres référents existants et l'ouverture de nouveaux centres dans des régions non couvertes.
- *L'amélioration de la gestion des médicaments* et produits à travers le développement d'un nouveau plan de gestion, un plan de pharmacovigilance, et la formation des opérateurs concernés.

- *Le renforcement de l'offre du conseil et dépistage VIH à visée diagnostique* notamment pour les patients tuberculeux suivis dans les CDTMR.
- *La complémentarité des systèmes sanitaires et communautaires* (ONG) pour rendre plus performants et systématiser l'orientation et le suivi des PVVIH.

Résultats attendus

► L'offre des services de prise en charge est renforcée et décentralisée

Il est prévu un déploiement plus équilibré de l'offre de centres référents pour la prise en charge des PVVIH basé sur la cartographie des besoins futurs selon les estimations et projections établies. Ainsi, les centres référents régionaux (CR) existants seront mis à niveau et 8 nouveaux centres seront ouverts au sein des Hôpitaux dans des régions non couvertes ou pour décongestionner les CR dont les files actives dépasseront les capacités d'accueil. Les nouveaux centres seront implantés à Safi, Béni Mellal, Laayoune, Guelmim, Dakhla, Taroudant, Ouarzazate et Tétouan.

Ce déploiement sera accompagné par l'affectation et la formation du personnel médical et paramédical au niveau des Hôpitaux publics concernés. La création d'un diplôme universitaire (DU) en infectiologie et VIH à Casablanca, permettra de former des médecins généralistes qui seront affectés aux CR. Afin d'améliorer le travail de l'équipe soignante le personnel paramédical des CR sera également formé à la prise en charge globale des PVVIH.

Tableau 9 : Extension des centres de prise en charge du VIH/sida

	Valeurs de base (2011)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'établissements en mesure de fournir des soins avancés en matière de VIH y compris la prescription des ARV *	12	13	16	19	19	20

* Cibles cumulatives

► La disponibilité des médicaments ARV et réactifs est assurée selon les schémas thérapeutiques nationaux

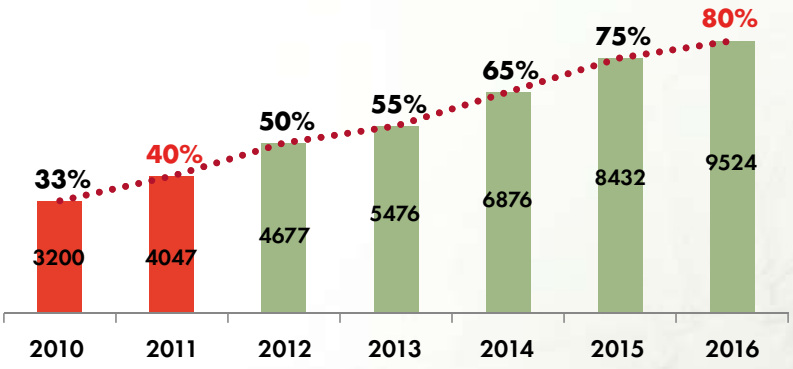
L'estimation des PVVIH qui auront besoin d'un traitement antirétroviral jusqu'en 2016 au Maroc a été réalisée en collaboration avec l'ONUSIDA. Ainsi les objectifs de couverture fixés prévoient

une augmentation régulière du nombre de PVVIH sous traitement qui passera de 4047 en 2011 (couverture estimée de près de 40%) à 9524 en 2016 (couverture estimée de 80%). La mise à disposition prévoit les médicaments ARV de première, deuxième et troisième lignes pour les adultes et de première et deuxième lignes pour les enfants ainsi que les réactifs et consommables pour la réalisation du suivi biologique et virologique. L'acquisition des médicaments ARV et des réactifs se fera en cofinancement entre le budget de l'Etat et le Fonds mondial.

Le système logistique des médicaments pour appuyer la planification des besoins et la gestion des achats et des stocks à tous les niveaux sera renforcé. Un plan de gestion des achats et des stocks sera mis en œuvre aux niveaux central et local.

Tableau 10 : Cibles relatives au nombre de PVVIH recevant un traitement antirétroviral

	Valeurs de base (2011)	2012	2013	2014	2015	2016
Adultes	3842	4416	5176	3506	7978	9024
Enfants	205	234	274	344	422	476
Total	4047	4650	5450	6850	8400	9500
% des PVVIH éligibles qui reçoivent un traitement antirétroviral	40%	50%	55%	65%	75%	80%



Graphique 4 : Nombre de PVVIH recevant une association d'ARV et taux de couverture projeté.

► **Le diagnostic et la prise en charge de la coïnfection Tuberculose et VIH sont assurés**

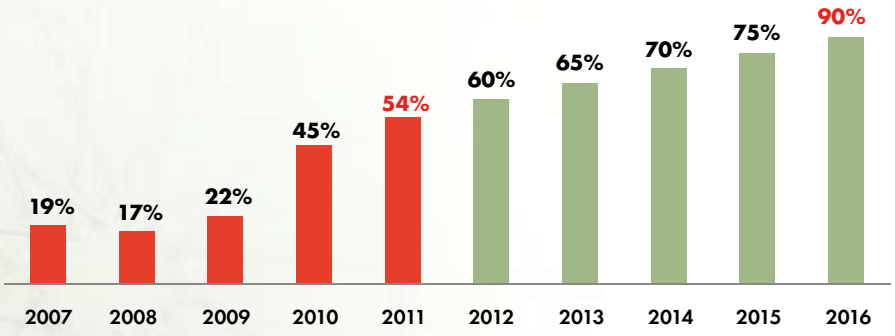
La collaboration entre le PNLS et PNLAT sera renforcée par le développement de plusieurs actions conjointes qui visent à améliorer le diagnostic de l'infection par le VIH parmi les patients tuberculeux (toutes formes confondues) et permettre la détection précoce de la TB chez les PVVIH pour assurer une prise en charge adéquate.

Ces actions se déclinent comme suit :

- Le renforcement du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux par l'intégration du conseil et de test VIH volontaire dans tous les CDTMR et le dépistage du VIH chez tout patient tuberculeux hospitalisé.
- La détection précoce de la TB chez toute PVVIH diagnostiquée.
- La prise en charge adéquate de la coïnfection TB/VIH.
- La prévention systématique de la TB par la prophylaxie à l'Isoniazide chez toute PVVIH.
- La prise en charge des tuberculoses multirésistantes.

Tableau 11 : Dépistage du VIH chez les tuberculeux

	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016
Pourcentage des cas de tuberculose dépistés pour le VIH parmi ceux notifiés	3,5%	25%	50%	60%	70%	75%



Graphique 5 : Pourcentage des nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH en 2012-2016.

► **Le système de pharmacovigilance des médicaments ARV est opérationnel**

Une surveillance et analyse continue des événements indésirables sera instaurée afin d'améliorer la sécurité de l'utilisation des ARV. Les activités se déclinent en 3 volets : mise en place d'un système de pharmacovigilance spécifique au programme de traitement antirétroviral; lancement de la pharmacovigilance passive et active ; évaluation du rapport bénéfices/risques des médicaments utilisés.

Tous les ARV seront automatiquement testés par le Laboratoire National de Contrôle des médicaments, avant leur distribution. Les tests seront conduits selon les pharmacopées reconnues ou selon les spécifications et méthodes validées du fabricant.

Résultat d'effet 2.2 : 80% des PVVIH suivies bénéficient des prestations du programme national d'accompagnement psychologique et social (PNAPS) d'ici 2016.

Stratégies mises en œuvre

- *La mise à l'échelle du programme national d'accompagnement psychosocial* par la mise en œuvre de la médiation sociale et thérapeutique, les groupes d'auto support, y compris à travers les associations de PVVIH.
- *La continuité des soins et de l'appui par le milieu associatif*. Cette stratégie se base sur une collaboration et complémentarité entre structures de prise en charge et les organismes du système communautaire.
- *La Prévention positive* centrée sur leurs besoins essentiels des PVVIH et qui associe aux dimensions médicales et préventives.
- *L'autonomisation des PVVIH* pour leur insertion dans la vie active.

Résultats attendus

► **Le dispositif de prise en charge psychologique et social est opérationnel et accessible à toutes les PVVIH**

Le ministère de la Santé a élaboré un programme national d'accompagnement psychologique et social (PNAPS) et un référentiel de formation et de fonctionnement du continuum de soins. Des associations et des intervenants sont accrédités à participer dans le PNAPS. Dans le souci d'une PEC de qualité, un paquet de services communautaires sera développé celui-ci inclut la médiation, la recherche de perdus de vue, l'appui psychosocial, l'appui juridique et socio-économique. Les ONG, incluant les associations

des PVVIH, offriront un paquet de services de soutien, y compris l'appui nutritionnel et matériel pour les plus démunis et les enfants affectés. La médiation thérapeutique sera fournie au niveau des centres de prise en charge par des ONG accréditées.

Des formations et renforcements pour tous les volets seront offerts aux intervenants du domaine associatif et sanitaire. Seront aussi inclus des activités de plaidoyer et de sensibilisation en vue de renforcer la compréhension des besoins des personnes affectées.

► **Les PVVIH s'impliquent dans la prévention positive et la démarche d'autonomisation**

L'approche « santé positive » sera mise en place auprès des PVVIH. Celle-ci recouvre le bénéfice et l'intérêt préventif du traitement, l'observance, la contraception, la procréation et la parentalité, la prévention, le dépistage et le traitement des IST.

Les efforts viseront également une meilleure intégration des PVVIH dans les systèmes d'assurance maladie obligatoire (AMO) et le Régime d'assistance médicale des économiquement démunis (RAMED) dont la mise en œuvre et extension constituent une priorité gouvernementale pour les prochaines années.

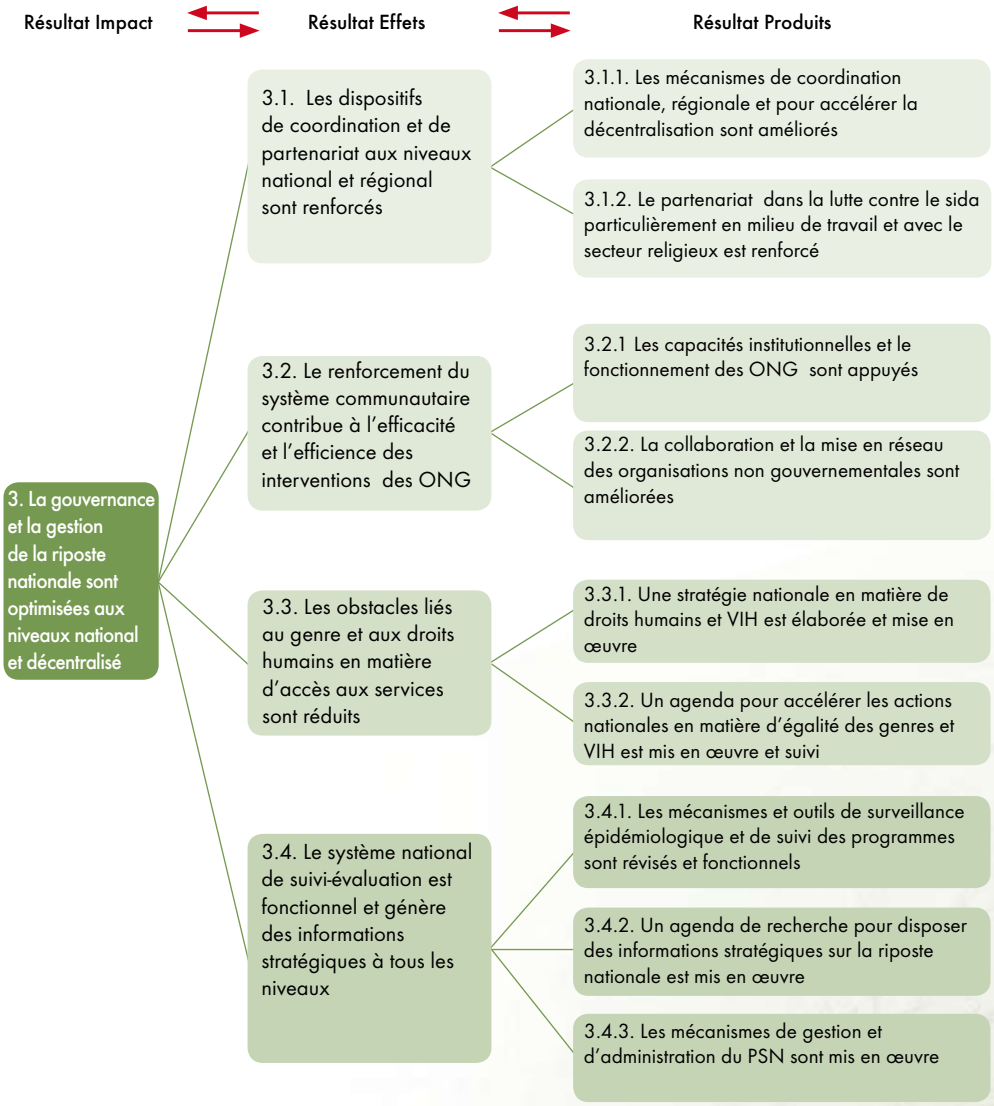
Un volet d'activités génératrices de revenus (AGR) pour les personnes infectées et affectées est inclus dans le cadre du PSN avec la collaboration des institutions qui assurent ces prestations notamment l'ADS et les ONG.

Tableau 12 : Cibles relatives à l'appui psychologique et social

	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un appui psychologique et social	ND	3 700	4 300	5 500	6 700	8 000

* Cibles annuelles

Cadre stratégique du résultat global 3 relatif à la gestion et la gestion de la riposte



II.3.2.3 Résultat global d'impact 3 : La gouvernance et la gestion de la riposte nationale sont optimisées aux niveaux national et décentralisé

Ce résultat qui constitue un axe primordial du PSN, sera mis en œuvre grâce à l'articulation concomitante de plusieurs stratégies à différents niveaux. En effet, l'enjeu de l'accès universel nécessite un haut niveau de partenariat, de coordination et de suivi-évaluation qui implique un ensemble d'acteurs institutionnels et associatifs œuvrant autour d'un cadre de référence national.

Un autre élément central concerne l'implication accrue du secteur associatif, des PVVIH et des populations clés plus exposées aux risques d'infection dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. Ainsi, le renforcement du système communautaire permettra d'assurer que la contribution de ce secteur soit efficace et menée à l'échelle nécessaire pour atteindre les résultats nationaux.

Les efforts visent également à renforcer le principe de réponses « complètes » au VIH qui nécessitent une action combinée et coordonnée entre les services de santé et les actions menées au niveau communautaire ainsi des mesures seront mises en œuvre pour systématiser la collaboration secteur santé-secteur communautaire.

Il s'agira également de développer un corpus d'activités autour des questions du genre et des droits humains et lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui constituent des freins à l'accès aux services de prévention et de soins.

Résultat d'effet 3.1 : Les dispositifs de coordination et de partenariat au niveau national et régional sont renforcés.

Stratégies mises en œuvre

- *Renforcement de la coordination* nationale et régionale pour orienter et assurer le suivi du PSN.
- *Mobilisation et renforcement du partenariat* avec les secteurs clés au niveau national et régional.
- *Renforcement de la décentralisation* dans la conception des programmes adaptés au contexte épidémiologique.
- *Amélioration de la synergie* des interventions entre les prestataires de prévention et de soins et les acteurs communautaires.

Résultats attendus

► **Les mécanismes de coordination nationale et régionale pour accélérer la décentralisation sont améliorés**

Du fait de l'engagement national pour l'atteinte de l'accès universel, toutes les parties prenantes prendront leur part de responsabilité dans l'atteinte des résultats du PSN ce qui nécessite le plus haut niveau de coordination. A cet égard, il sera mis en place une autorité nationale pour la coordination du PSN, Comite National de Lutte contre le Sida, aux côtés du CCM qui lui assurera le suivi de la mise en œuvre des propositions du Fonds mondial. Une consultation permettra de définir les modalités de fonctionnement de cette nouvelle entité.

Par ailleurs, l'expérience de décentralisation à travers les comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida (CRILS) qui mobilisent les différents acteurs locaux sera capitalisée et renforcée. La mise en œuvre des plans régionaux de lutte contre le sida, permettra une meilleure adaptation des stratégies au contexte local et une plus grande proximité de l'offre de prévention et de soins vers les populations clés plus exposées aux risques d'infection et les PVVIH. Toutes les régions du Maroc sont concernées mais la priorité sera donnée à un choix raisonné de régions où l'analyse de la situation a montré une nette dynamique focale liée au VIH/sida.

► **Le partenariat dans la lutte contre le sida particulièrement en milieu de travail et avec le secteur religieux est renforcé**

Le partenariat initié au cours du plan précédent avec les différents secteurs gouvernementaux particulièrement à caractère social et les services en uniforme (FAR et DGSN) sera continué, renforcé et pérennisé.

La stratégie de lutte contre le sida en milieu de travail prévoit la création d'un comité tripartite où seront représentés les syndicats, le patronat (CGEM) et le Gouvernement (Ministère de l'Emploi, Ministère de la Santé) et la mise en œuvre d'interventions cohérentes, fondées sur les contributions programmatiques des différents partenaires engagés. Le Ministère de l'Emploi apportera l'appui politique, veillera au fonctionnement du comité tripartite, se chargera de la formation des inspecteurs du travail et veillera à la mobilisation des partenaires afin de créer un environnement favorable. Un label des bonnes pratiques en matière de lutte contre le sida en milieu de travail sera instauré. Une dynamique sera promue pour la mobilisation des petites et moyennes entreprises aux efforts de lutte contre le sida.

Le partenariat avec le ministère des Habous et des Affaires Islamiques et Arrabita des Oulémas pour l'intégration de la lutte contre le sida dans le champ religieux constitue une meilleure pratique qu'il convient de développer et renforcer. Celui-ci sera continué et étendu en capitalisant sur les initiatives et expériences qui ont mobilisé les différents acteurs œuvrant dans ce domaine.

Le secteur privé médical contribuera pour sa part à la mobilisation des médecins pour la prévention et sensibilisation, la prise en charge par l'intermédiaire des syndicats et associations.

Résultat d'effet 3.2 : Le renforcement du système communautaire contribue à l'efficacité et l'efficience des interventions des ONG.

Stratégies mises en œuvre

- *Mise en œuvre d'une politique de partenariat avec la société civile* pour renforcer la contribution communautaire et la participation active des populations concernées à la réponse nationale notamment la prévention combinée auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection et la prise en charge globale des PVVIH.
- *Formalisation et renforcement du partenariat et du réseautage* inter-associatif pour assurer une diversification de l'offre de services et un continuum efficace des soins dans une logique de complémentarité.
- *Renforcement des liens entre les associations* de lutte contre le sida et les associations de développement, féminines ou de droits humains et renforcement mutuel des capacités.
- Institution d'une *concertation opérationnelle* entre les différents acteurs communautaires.

Résultats attendus

► **Les capacités institutionnelles et le fonctionnement des ONG sont appuyés.**

Le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et managériales des associations partenaires, vise à accompagner la mise à l'échelle et l'amélioration de la qualité des interventions dans le cadre de la concrétisation de l'accès universel. Un plan de mobilisation et renforcement de capacités des organisations de la société civile (OSC) et organisations à base communautaires (OBC) en matière de gestion, leadership et gouvernance sera mis en œuvre avec le soutien et l'expertise d'AMSED et des associations thématiques.

Le renforcement organisationnel inclura des financements pour le fonctionnement en fonction des besoins et de l'envergure des actions. Le renforcement inclut le volet des capacités managerielles des ressources humaines et des organisations. Le volet renforcement institutionnel cible les ONG et les associations communautaires.

Tableau 13 : Cibles relatives à l'appui aux organisations à base communautaires (OBC)

	Valeurs de base (2010)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'OBC bénéficiant d'un appui pour intégrer la lutte contre le sida dans le cadre de leurs activités*	169	239	340	450	570	700

* Cibles cumulatives

► **La collaboration et la mise en réseau des organisations non gouvernementales sont améliorées**

Les actions viseront à instaurer une coordination entre les intervenants des structures communautaires par la facilitation de réseaux fonctionnels et de systèmes de références au niveau local et à harmoniser les pratiques de la prévention de proximité. A cet effet, la création de réseaux d'ONG nationales mettant en œuvre des programmes auprès des populations exposées sera promue. Des « normes » seront définies par rapport à chaque intervention ou service et aussi par rapport à la définition de la «prévention combinée» qui regroupe des paquets d'interventions complets et essentiels pour les populations clés plus exposées aux risques d'infection. L'accent sera mis sur le transfert des compétences et la formation des acteurs locaux en matière d'intervention de prévention de proximité auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection sur la base des normes nationales de qualité.

Un effort particulier sera consenti pour documenter et diffuser les recueils de meilleures pratiques. A cet effet, l'association Tanmia mettra à la disposition des ONG une cartographie sur les interventions à travers le développement d'une base de données interactive, d'un système d'information géographique et le développement d'un Site web spécifique. Cette démarche innovante en réseau permettra la capitalisation et le partage des productions et la communication autour des réalisations. Ce travail de capitalisation et de partage se fera à travers un accompagnement de proximité de ces acteurs.

Résultat d'effet 3.3 : Les obstacles liés au genre et aux droits humains en matière d'accès aux services sont réduits.

Stratégies mises en œuvre

- *Plaidoyer et sensibilisation des acteurs* aux niveaux national et local, pour améliorer l'accès des populations exposées ou vulnérables aux services VIH.
- *Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie spécifique sur les droits humains* et le VIH et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le cadre du PSN avec l'implication du Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH).
- *Mise en réseau* des ONG de lutte contre le sida et des ONG des droits de l'homme et féminines.
- *Œuvrer pour réduire les obstacles législatifs* qui constituent une entrave à l'accès aux services.
- *Renforcement des capacités des partenaires* de la riposte au sida en matière de droits de l'homme et d'approche genre.
- *Définition et pilotage d'un agenda national sur les femmes*, les filles, l'égalité des genres et le VIH impliquant les différents secteurs et ONG concernés.
- *Assurer une meilleure prise en compte de l'approche genre* dans la lutte contre le sida.

Résultats attendus

► **Une stratégie nationale en matière de droits humains et VIH est élaborée et mise en œuvre**

Les interventions prévues visent à créer un environnement favorable à la mise en œuvre des interventions notamment la prévention auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH, la prise en charge et l'appui aux PVVIH. Il s'agit en premier de l'élaboration d'une stratégie spécifique sur les droits humains associée au VIH et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination intégrée au PSN avec l'implication du CNDH (Conseil National des Droits de l'Homme) et la collaboration avec les institutions et ONG de promotion et de défense des droits humains. Un comité national sur les droits humains sera opérationnalisé pour piloter cette stratégie et s'assurer du respect de l'éthique et de la confidentialité.

Des activités de formation, sensibilisation et de plaidoyer seront organisées auprès des acteurs nationaux, régionaux et locaux, sur une gamme de sujets: la stigmatisation, les barrières à l'accès aux soins, le genre et le droit à la santé. Les aspects spécifiques à chacune des populations exposées seront abordés. Des actions de lutte contre la stigmatisation et discrimination des

PVVIH et des personnes exposées seront intégrées aussi bien au sein des programmes que de manière horizontale et s'intégreront dans le paquet global de la prévention combinée au niveau des régions. La conduite de l'étude Stigma Index fournira des données concrètes comme base pour l'action future.

► **Un agenda pour accélérer les actions nationales en matière d'égalité des genres et VIH est mis en œuvre et suivi.**

Les interventions prévues découlent des recommandations des revues de l'intégration du genre dans le PSN et s'inscrivent en synergie avec les stratégies nationales de promotion des droits de la femme. Un agenda national sur les femmes, les filles, l'égalité des genres et le VIH/sida sera mis en œuvre intégrant les actions de plusieurs ministères et associations.

Les interventions visent à renforcer l'intégration globale de l'objectif d'égalité entre les sexes au sein des politiques et programmes VIH par :

- le renforcement des capacités des acteurs de la lutte contre le sida en matière de genre et des liens avec les associations féminines
- les actions spécifiques ciblant les femmes vulnérables
- l'intégration entre les interventions VIH et celles de la santé de la reproduction pour améliorer l'accès à une large gamme de services y compris ceux liés aux violences fondées sur le genre.

Tableau 14 : Formations en matière de genre et lutte contre la stigmatisation et la discrimination

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de personnel des ONG et de santé formés en matière de genre et de lutte contre la stigmatisation en matière de lutte contre le sida	50	100	150	200	200

* Non cumulatif

Résultat d'effet 3.4 : Le système national de suivi-évaluation est fonctionnel et génère des informations stratégiques à tous les niveaux.

Stratégies mise en œuvre

- Mise en œuvre d'un *plan de renforcement du système de suivi évaluation* pour son opérationnalisation aux niveaux central et régional.

- *Implication des partenaires* au dispositif national de suivi évaluation afin d'harmoniser les indicateurs et outils de collecte.
- *Mobilisation des ressources humaines* et renforcement des capacités pour la gestion des données.
- *Mise en œuvre d'un agenda de recherche* pour disposer d'informations stratégiques dans les domaines clés du PSN.

Résultats attendus

► **Les mécanismes et outils de surveillance épidémiologique et de suivi des programmes sont révisés et fonctionnels**

Le système de surveillance sentinelle du VIH sera révisé conformément aux recommandations de la revue, pour améliorer le recrutement des populations exposées avec une plus grande implication des ONG dans la planification et l'analyse des résultats.

La révision du système national de S&E portera sur la définition des indicateurs, la simplification des outils de collecte, et de l'organisation du système. Elle aboutira à l'élaboration d'un nouveau guide et d'un plan de S&E. Un plan de formation des partenaires au niveau des régions prioritaires pour l'utilisation des outils de collecte et l'analyse des données sera mis en œuvre. Les formations concerneront en particulier les ONG dans le cadre du volet renforcement du système communautaire.

L'unité centrale de S&E du Programme national de lutte contre le sida et les services régionaux de Santé et de surveillance épidémiologique des régions prioritaires seront renforcés. Le plan prévoit également la conception et la mise en place d'une base de données nationale unique regroupant l'ensemble des données des programmes et alimentée régulièrement par les structures régionales. Le comité national de S&E sera redynamisé et son organisation et fonctionnement revus et l'outil Dashboard (tableau de bord) utilisé dans le cadre du programme du Fonds mondial, sera adapté comme outil de suivi du PSN. Un plan de supervision national et régional des activités de S&E sera également mis en œuvre. Des revues spécifiques menées avec l'appui des partenaires techniques porteront en particulier sur les programmes de prévention, de prise en charge et d'appui. Le plan prévoit également l'organisation des revues des plans stratégiques régionaux et du PSN.

► **Un agenda de recherche pour disposer des informations stratégiques sur la riposte nationale est mis en œuvre**

L'agenda de recherche sera articulé autour d'études bio-comportementales régulières auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection (PS, HSH, UDI) pour disposer des données nécessaires au suivi des résultats et de l'impact des programmes. Le renforcement des capacités nationales pour la réalisation des études bio-comportementales constitue un élément très important, à cet effet, il est prévu de former un pool national de personnes ressources en partenariat avec les universités, les instituts de santé publique et les partenaires techniques.

Une nouvelle étude sur les modes de transmission (MoT) du VIH sera réalisée aux niveaux national et régional pour mieux cerner les dynamiques locales de l'épidémie. Une recherche opérationnelle portera sur les clients des professionnelles de sexe. Le plan prévoit également la conduite d'études de prévalence IST et l'implantation d'un système de surveillance de la résistance du gonocoque aux antibiotiques.

► **Les mécanismes de gestion et d'administration du PSN sont mis en œuvre**

Un plan des ressources humaines pour la gestion du programme VIH/sida sera élaboré dans le cadre du PSN. Les équipes centrales du PNLS et de l'unité de gestion du Fonds mondial seront renforcées pour être en mesure d'assurer le suivi programmatique et financier du PSN et des différentes activités programmées. Des coordinateurs seront également recrutés pour assister les comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida (CRILS) des 4 régions les plus touchées par le VIH dans la programmation, la mise en œuvre et le suivi de leurs plans stratégiques. Ces postes sont d'autant plus importants que la coordination entre les partenaires et le suivi seront cruciaux dans le cadre de l'accès universel ainsi que des activités de renforcement du système communautaire.

En matière de prévention et de gestion des risques, des missions de supervision et d'audit seront organisées à tous les niveaux pour le suivi et l'exécution du PSN et des programmes d'appui.

Des sessions de renforcement des capacités des secteurs et ONG en matière de gestion des programmes de lutte contre le sida seront régulièrement organsinées à l'Institut National d'Administration Sanitaire (INAS).

Un plan d'appui technique sera mis en œuvre pour accompagner le PSN. L'assistance technique impliquera toutes les parties prenantes nationales notamment le secteur universitaire et communautaire ainsi que les partenaires internationaux notamment le Système des Nations Unies dans le cadre d'un plan commun d'appui à la riposte et les organisations de coopération bilatérale concernées.

CHAPITRE III

Projection de la couverture et des besoins financiers du PSN

III.1 CIBLES POUR LA COUVERTURE PAR LES PRESTATIONS DE SERVICE

Les cibles du PSN pour la couverture par les activités de prévention de prise en charge et d'appui sont fondées sur l'objectif de la concrétisation de l'accès universel au Maroc. Elles ont été définies sur la base d'estimations des populations concernées ayant besoin de services notamment les personnes plus exposées, vulnérables ou « passerelles » et les personnes vivant avec le VIH qui nécessitent un traitement antirétroviral.

- Les cibles relatives aux personnes nécessitant des services de prévention ont été approchées à partir des données existantes ou des estimations relatives aux tailles des populations concernées, les cartographies dans les sites d'intervention, ainsi que la consultation des personnes ressources locales lors des ateliers de planification. Les objectifs ont par la suite été quantifiés en fonction des données sur la couverture et les capacités actuelles ou futures des intervenants mobilisés.
- Les effectifs de PVVIH qui nécessiteront un traitement antirétroviral, ont été approchés à partir des projections faites au moyen du logiciel EPP/spectrum. Les objectifs ont été fixés sur la base d'un taux de couverture annuel qui devrait progresser pour atteindre les 80% soit un accès universel en 2016, ceci en lien avec l'amélioration de l'accès au dépistage et la décentralisation des services de prise en charge.
- Ainsi, les objectifs de couverture définis pour l'année 2016 sont :

- Prévention de proximité auprès de 100.000 personnes parmi les plus exposées aux risques d'infection VIH.
- Prévention de proximité auprès de 113.000 personnes parmi les populations passerelles ou vulnérables.
- Prévention et éducation de 450.000 jeunes et femmes en situation de vulnérabilité.
- Prise en charge de 350.000 porteurs d'IST - Conseil et tests VIH volontaires chez 567.000 personnes (2 millions pour la période de 2012-2016).
- Prise en charge par le traitement antirétroviral de 9500 PVVIH (Adultes et enfants).
- pTME pour 320 femmes enceintes séropositives (1130 pour la période de 2012-2016).

Le tableau ci-après, récapitule les objectifs de couverture définis pour la période 2012 à 2016.

Tableau 15 : Projections de la couverture par les activités de prévention, prise en charge et appui (nombre de personnes)

	2012	2013	2014	2015	2016
Prévention					
Femmes PS	40 000	45 000	50 000	55 000	60 000
HSH	18 500	22 500	26 500	30 500	35 000
UDI	4 600	5 000	6 000	7 000	8 000
Migrants	4 000	6 000	9 000	12 000	14 000
Détenus	30 000	36 000	40 000	48 000	57 600
Routiers	6 000	6 500	7 000	7 500	8 000
Ouvrières	24 000	26 000	28 000	31 000	34 000
Jeunes femmes vulnérables	300 000	320 000	350 000	400 000	450 000
Conseil et test VIH	176 000	276 000	367 000	467 000	567 000
pTME	150	200	230	280	320
Prise en charge et traitement et appui					
PVVIH : traitement ARV	4 650	5 450	6 850	8 400	9 500
PVVIH : appui psychosocial	3700	4 350	5 500	6 750	7920

III.2 ESTIMATION DU BUDGET ET SOURCES DE FINANCEMENT DU PSN

Besoins financiers

Le calcul des besoins financiers du PSN a été réalisé à partir des activités et des coûts unitaires des différentes interventions programmées. Le résultat de ce travail a permis de définir les besoins financiers généraux et par résultats du PSN.

Les besoins financiers pour la mise en œuvre du PSN 2012-2016 ont été estimés à près de 810 millions de Dirhams (101,2 millions de dollars US). La prévention (résultat 1) accapare 42% du budget estimé, contre 43% pour la prise en charge médicale et psychosociale (Résultat 2) et 15% pour la gouvernance et la gestion de la riposte nationale (résultat 3).

Tableau 16 : Estimation des besoins financiers pour la mise en œuvre du PSN 2012- 2016 (millions de dirhams)

	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Résultat 1	64,0	65,6	67,2	68,0	72,8	337,6	42%
Résultat 2	43,2	52,0	76,8	86,4	93,6	352,0	43%
Résultat 3	19,2	24,0	27,2	24,0	25,6	120,0	15%
Total PSN	**126,4**	**55%**	**171,2**	**75%**	**80%**	**809,6**	**100%**

Tableau 17 : Estimation des besoins financiers pour la mise en œuvre du PSN 2012- 2016 (millions de $US)

	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Résultat 1	8,0	8,2	8,4	8,5	9,1	42,2	42%
Résultat 2	5,4	6,5	9,6	10,8	11,7	44,0	43%
Résultat 3	2,4	3,0	3,4	3,0	3,2	15,0	15%
Total PSN	**15,8**	**17,7**	**21,4**	**22,3**	**24,0**	**101,2**	**100%**

* Calculé sur la base de 8 Dirhams pour 1 $US

La proportion de budget pour les activités auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection atteint 60% du total estimé pour la prévention ce qui témoigne de la priorité donnée à ces populations dans le cadre du PSN. Le calcul de cette proportion a tenu compte des financements directs aux programmes de prévention de proximité mais également de la part plus importante qui bénéficiera à ces populations dans le cadre des autres interventions notamment l'accès aux préservatifs, la prise en charge des IST et le conseil et dépistage du VIH.

Sources de financement du PSN

Cet exercice a été effectué en prenant en considération toutes les ressources disponibles incluant les ressources nationales (budget de l'Etat et des autres partenaires nationaux), le Fonds mondial et celle du Système des Nations Unies et de la coopération bilatérale et en tenant compte de celles qui restent à mobiliser au niveau national et international pour combler les besoins.

La contribution financière nationale sur les 5 ans du PSN est estimée à 444,8 millions de Dh (55,6 millions de dollars US) soit 55% des besoins. La contribution du ministère de la Santé s'élève à près de 373,6 millions de Dirhams (46,7 millions de dollars), celle-ci comprend le budget alloué au PNLS et une estimation des dépenses en salaires et coûts indirects liés aux services VIH. Le budget du PNLS sera principalement consacré à l'acquisition des médicaments ARV, pour les IO et IST, les réactifs et produits de laboratoires, les préservatifs et les consommables. Pour assurer cette contribution, le Ministère de la santé devra augmenter chaque année jusqu'en 2016 le budget alloué au PNLS. Les autres contributions qui sont celles des ministères partenaires, du secteur privé et des fonds collectés au niveau national (notamment le Sidaction de l'ALCS et l'INDH), viendront appuyer principalement les actions de prévention et d'appui psychosocial.

Tableau 18 : Estimation des besoins financiers pour la mise en œuvre du PSN 2012- 2016 (millions de dirhams)

	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
I / Sources nationales	**71,2**	**78,4**	**91,2**	**96,8**	**107,2**	**444,8**	**55%**
Budget de l'Etat	**64,8**	**70,4**	**74,4**	**80,0**	**84,0**	**373,6**	**46%**
Budget du Ministère de la Santé pour le PNLS	20,0	21,6	23,2	28,8	30,4	124,0	15%
Dépenses en salaires et coûts indirects liès aux services VIH	39,2	40,0	42,4	42,4	44,8	208,8	26%
Budgets des autres ministères impliqués	5,6	8,8	8,8	8,8	8,8	40,8	5%
Autres sources (INDH, sidaction etc)**	6,4	8,0	16,8	16,8	23,2	71,2	9%
2 / Sources externes	**55,2**	**63,2**	**80,0**	**81,6**	**84,8**	**364,8**	**45%**
Fonds mondial*	48,0	65,0	72,8	74,4	77,6	328,8	41%
Nations Unies, bilatéraux, autres **	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	36,0	4%
Total PSN	**126,4**	**141,6**	**171,2**	**178,4**	**192,0**	**809,6**	**100%**

* Fonds mobilisés
** A mobiliser en partie

Tableau 19 : Sources de financement du PSN 2012-2016 (en millions de $US)

	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
I / Sources nationales	**8,9**	**9,8**	**9,8**	**12,1**	**13,4**	**55,6**	**55%**
Budget de l'Etat	**8,1**	**8,8**	**9,3**	**10**	**10,5**	**46,7**	**46%**
Budget du Ministère de la Santé pour le PNLS	2,5	2,7	2,9	3,6	3,8	15,5	15%
Dépenses en salaires et coûts indirects liès aux services VIH	4,9	5	5,3	5,3	5,6	26,1	15%
Budgets des autres ministères impliqués	0,7	1,1	1,1	1,1	1,1	5,1	9%
Autres sources (INDH, sidaction etc)**	6,4	8,0	16,8	16,8	23,2	71,2	9%
2 / Sources externes	**6,9**	**7,9**	**10**	**10,2**	**10,6**	**45,6**	**45%**
Fonds mondial*	6	7	9,1	9,3	9,7	41,1	41%
Nations Unies, bilatéraux, autres **	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	4,5	4%
Total PSN	**15,8**	**17,7**	**21,4**	**22,3**	**24**	**101,2**	**100%**

* Fonds mobilisés
** A mobiliser en partie

La contribution au PSN provenant des sources externes est estimée à près de 365 millions de dirhams (près de 45,6 millions de dollars US) soit environ 45% des besoins généraux. Ces contributions se répartissent entre le Fonds mondial, l'appui des agences des Nations Unies et de la coopération bilatérale.

Le Fonds mondial a accordé au Maroc pour la période 2012/2016, un montant de 328,8 millions de Dirhams (41,1 millions de $US), dans le cadre du 10ème appel à proposition. Un plan d'appui des Nations Unies à la mise en œuvre du PSN, permettra d'intégrer l'appui des agences des NU pour cette période, dans le cadre de l'UNDAF 2012/2016.

Une stratégie de mobilisation des ressources au niveau national et international sera menée dans le cadre du PSN pour couvrir les carences financières identifiées.

La complémentarité entre les ressources disponibles continuera à constituer une des préoccupations de tous les partenaires impliqués dont le mode de fonctionnement sera revu pour inclure la coordination de tous les efforts déployés dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le sida.

CHAPITRE IV

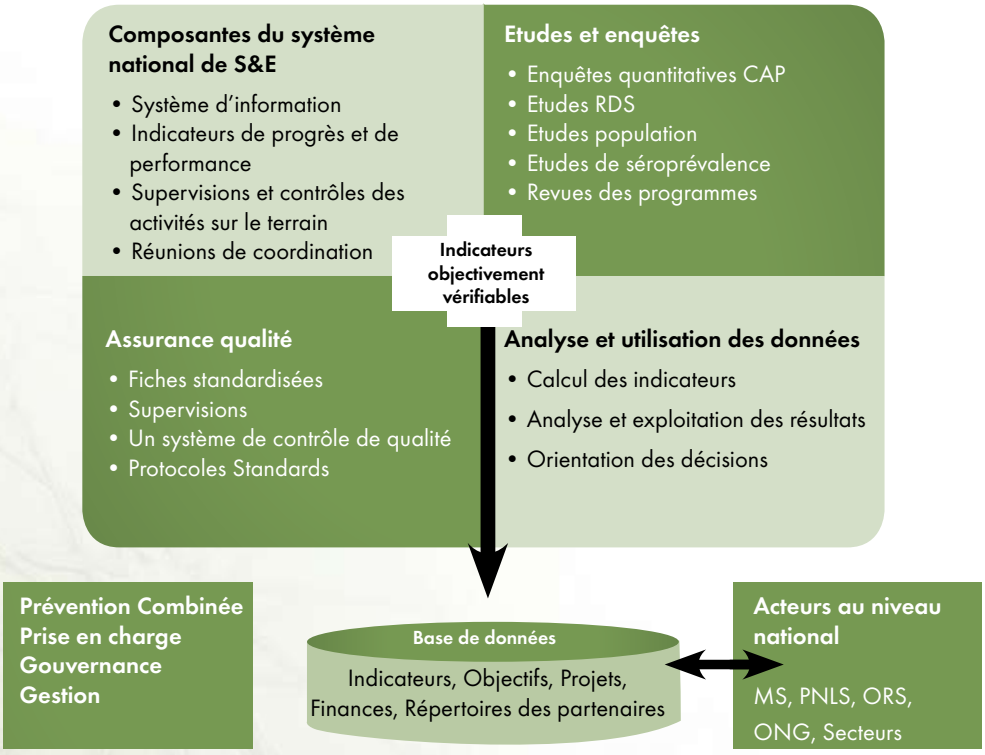
Mécanismes de suivi et évaluation du PSN

IV.1 SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION DU PSN

La conception du système de S&E, exercice participatif, auquel ont pris part les partenaires de la riposte nationale au VIH/sida, a permis de définir les indicateurs de S&E du PSN, des outils de collecte de données pour le suivi des activités, un dispositif organisationnel pour le fonctionnement du système.

Le système national de S&E est basé sur une liste standardisée d'indicateurs objectivement vérifiables et un ensemble d'activités structuré en activités de suivi, activités d'évaluation et activités d'assurance-qualité ainsi que des méthodes d'analyse et d'exploitation des résultats. Le guide national de S&E comprend les définitions détaillées des indicateurs, les méthodes pour le recueil des informations et données ainsi que la description des rôles et responsabilités des différents acteurs dans ce domaine.

Composantes du système national de S&E



Suivi du PSN

Le suivi programmatique permet de mesurer les progrès et les performances des programmes mis en œuvre selon les différents axes du PSN. Pour assurer ce suivi trois fonctions principales sont assurées : la collecte régulière des données, le calcul régulier des indicateurs de suivi et la supervision et le contrôle sur le terrain.

- Le *système d'information* de la riposte nationale permet le recueil des données sur les activités de lutte contre le sida et leur exploitation à l'occasion d'élaboration des rapports de suivi des différents programmes (Prévention, Dépistage, pTME, prise en charge et appui aux PVVIH etc.). Des fiches de collecte des données sur les activités réalisées ont été conçues et validées avec les partenaires.
- Les *indicateurs de progrès et de performances* en rapport avec la mise en œuvre des activités programmées, sont calculés sur la base des données chiffrées sur les réalisations en matière de formation, d'équipement et de production de supports etc. ainsi que de couverture par les services de prévention, de dépistage, de prise en charge et d'appui. Le calcul de ces indicateurs permet d'établir une comparaison entre les activités programmées et les activités réalisées et de faire le lien avec les engagements budgétaires.
- Les *supervisions et contrôles des activités sur le terrain* concerneront aussi bien les volets programmatiques et de gestion que le volet technique en rapport avec la qualité des prestations délivrées. Elles sont menées par le PNLS, et des personnes ressources mobilisées en fonction des domaines et interventions concernées. Des supervisions régionales qui impliquent les ORS et les responsables régionaux sont aussi conduites.
- Les *réunions de coordination* sont tenues régulièrement avec les partenaires du programme, et les réunions thématiques en rapport avec les activités ciblées.
- La *production de rapports* sur les progrès dans la mise en œuvre du PSN sera assurée périodiquement et des bulletins d'information seront publiés et diffusés.

Evaluation du PSN

L'évaluation porte sur le processus, les résultats et l'impact des programmes. Elle est assurée au moyen d'études et de revues.

- Les études et enquêtes intègrent la surveillance sentinelle du VIH, des études bio-comportementales (RDS) auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection, des études sur les connaissances attitudes et pratiques (CAP) et des enquêtes DHS auprès des femmes et des jeunes. Les données sont complétées au besoin par des études qualitatives afin d'approfondir les données relatives à certaines variables étudiées.

- Les revues périodiques du PSN et des différents programmes de prévention, prise en charge et appui. Il est prévu d'organiser une revue à mi-parcours du PSN en 2014 et une revue finale en fin 2016. Des revues concerneront spécifiquement les différents domaines d'intervention notamment la prévention auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection (PS, HSH, UDI) ou vulnérables, le dépistage, la prise en charge médicale et psychosociale, la pTME. Ces revues seront coordonnées par l'instance nationale de coordination et menées avec l'assistance technique des agences du système des Nations Unies. Les revues visent généralement à (1) analyser la pertinence et l'adéquation des activités ; (2) apprécier les progrès et points forts ; (3) mettre en évidence les facteurs favorables et les obstacles ; (4) proposer des recommandations pour améliorer la mise en œuvre.

IV.2 MESURES POUR LE RENFORCEMENT DU SYSTEME NATIONAL DE S&E

La stratégie pour le S&E du PSN 2012-2016, vise à consolider les acquis et mettre en place un système unique, global et intégré opérationnel qui permettra d'une part, de suivre les tendances de l'épidémie et d'autre part, de disposer d'un ensemble d'informations relatives aux programmes et aux résultats et impacts des interventions mises en œuvre.

La revue du système de S&E basée sur la méthodologie des douze composantes a permis d'identifier les forces et les faiblesses du système actuel et définir des orientations pour le renforcement du S&E du PSN.

Les actions ci-après sont programmées :

- Révision du système national de S&E qui concernera les indicateurs, la simplification des outils de collecte, et de l'organisation du système. Un nouveau plan de S&E du PSN 2012-2016 sera élaboré et un nouveau guide diffusé.
- Renforcement de l'unité centrale de S&E et mise en place d'unités régionales. Un personnel spécifique sera affecté à plein temps et une base de données nationale sera implantée pour la centralisation des données sur l'ensemble des activités menées.
- Renforcement des capacités en S&E. Un plan de formation au niveau des régions prioritaires sera mis en œuvre, celui-ci concernera en particulier les ONG qui mettent en œuvre des programmes de prévention auprès de populations exposées dans le cadre du renforcement du système communautaire. Pour appuyer ce plan, il est prévu de former un pool national de personnes ressources en S&E en partenariat avec les Universités et instituts de Santé Publique.
- Redynamisation du comité national de S&E. Son organisation et fonctionnement (mission, planning et organisation des réunions) seront revus.
- Renforcement de l'assurance qualité des activités de S&E. Les programmes d'assurance qualité des interventions de proximité auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection, et qui prévoient la standardisation des normes, des approches et des outils, intégreront le volet du S&E. Un plan de supervision national et régional des activités de S&E sera mis en œuvre.
- Mise en œuvre d'un agenda de recherche articulé autour d'études bio comportementales régulières (tous les deux à trois ans) auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection (PS, HSH, UDI ...) ainsi que des recherches opérationnelles.
- Renforcement du système de surveillance épidémiologique. La révision du système de surveillance sentinelle du VIH sera axée sur l'amélioration du recrutement des populations exposées et une plus grande implication des ONG. Le plan prévoit également la conduite d'études de prévalence IST.

Ces actions seront détaillées dans le plan de Suivi et Evaluation qui sera élaboré pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2012-2016. La liste des indicateurs de S&E du PSN figure en annexe 2.

ANNEXE 1

Cadre logique du PSN 2012-2016

Cadre logique du Résultat 1

Hiérarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de Vérification (MDV)	Hypothèses/ Risques (HR)
Résultats d'impact	**IOV**	**MDV**	**HR**
1. Les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% d'ici 2016	Incidence du VIH DB : 3700 Cible 2016 : 1900 Prévalence VIH chez les populations clés plus exposées aux risques d'infection PS DB (2010) : 2% Cible 2016 : <2% HSH DB (2010) : 4,2% Cible 2016 : <4% UDI DB (2010) : 10% Cible 2016 : <5%	11, 16, 21	* Les pouvoirs publics, la société civile, le secteur privé et les médias adhèrent et appuient les actions du PSN relatives à la prévention VIH. * Les réformes politiques, économiques et sociales ont permis d'améliorer les indicateurs socio-économiques du pays. * Le Fonds mondial maintient son appui pour la durée du PSN. * L'environnement socioculturel est réceptif aux actions de prévention auprès des populations clés. *L'adhésion du personnel aux actions de prévention et dépistage en milieu de soins. * L'adhésion des ONG aux normes nationales de qualité des activités de prévention et dépistage volontaire. * La gestion des déchets médicaux est améliorée et le matériel à usage unique disponible.
Résultats d'effets	**IOV**	**MDV**	
1.1. Les interventions de prévention combinée couvrent au moins 60% des personnes plus exposées aux risques d'infection VIH 1.2. Les compétences en prévention du VIH chez les jeunes et les femmes en contexte de vulnérabilité sont renforcées par différentes approches de communication 1.3. 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nourrissons bénéficiant de la CPN et de l'accouchement assisté accèdent aux services de pTME 1.4. Les mesures standards pour la prévention et la prise en charge de l'exposition accidentelle ou sexuelle au VIH sont mises en place	Pourcentage des personnes plus exposées au VIH touchées par les programmes de prévention PS DB (2007) : 45% Cible 2016: 80% HSH DB (2010) : 20% Cible 2016: 70% UDI DB (2010) : 10% Cible 2016: 40% Pourcentage de PS et HSH déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel PS DB (2007) : 50% Cible 2016 : 80% HSH DB (2010) : 40% Cible 2016 : 70% Pourcentage des UDI déclarant avoir utilisé des équipements d'injection stériles lors de la dernière injection DB (2005) : 7,5% Cible 2016 : 70% Pourcentage des jeunes qui identifient correctement les moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejettent les idées fausses DB (2007) : 60% Cible 2016 : 80% Pourcentage des femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV pour réduire le risque de TME DB (2010) : 29% Cible 2016 : 60%	21, 15, 19, 12,5	

Résultats produits	IOV	MDV	Budget estimé
1.1.1. Les populations clés plus exposées aux risques bénéficient régulièrement d'interventions de prévention combinée de qualité 1.1.2. Des programmes de prévention sont mis en œuvre en direction des populations vulnérables ou passerelles 1.1.3. L'offre de dépistage du VIH est étendue et orientée vers les populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables 1.1.4. L'accès aux préservatifs est assuré particulièrement pour les populations clés plus exposées aux risques d'infection 1.1.5. Le diagnostic et le traitement des IST sont assurés dans les établissements sanitaires et les centres des ONG 1.2.1. La prévention des IST/VIH est intégrée dans les programmes visant les jeunes en particulier ceux en contexte de vulnérabilité 1.2.2. La prévention des IST/VIH est intégrée dans les programmes visant les femmes en contexte de vulnérabilité y compris les programmes de SSR 1.3.1. L'offre de services pTME au niveau des soins de santé de base et des hôpitaux de référence est améliorée et étendue 1.3.2. Une stratégie de communication sociale spécifique à la pTME est mise en œuvre 1.4.1. Les moyens et les capacités pour la mise en place des mesures standards de prévention de l'exposition accidentelle au VIH sont assurés 1.4.2. La prophylaxie ARV est assurée en cas d'AES et des violences sexuelles	Nombre de personnes parmi les PS et HSH qui ont bénéficié d'interventions de prévention combinée PS DB (2010) : 25.000 Cible 2016 : 60.000 HSH DB (2010) : 8000 Cible 2016 : 35.000 Nombre d'UDI qui ont bénéficié du programme de RDR et/ou du traitement de substitution à la méthadone RDR DB (2009): 1700 Cible 2016: 8000 Méthadone DB (2010): 120 Cible 2016: 2000 Nombre de détenus, migrants, routiers et ouvrières qui ont bénéficié des programmes de prévention du VIH DB (2010): 65.000 Cible 2016 : 135.000 Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH et qui ont reçu le résultat DB (2010): 49.000 Cible 2016 : 567.000 Nombre de préservatifs distribués gratuitement et par le programme de marketing social DB (2009): 12 millions Cible 2016 : 30 millions Nombre des jeunes et de femmes vulnérables ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le VIH DB (2009) : 300.000 Cible 2016 : 450.000 Nombre de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH DB (2010): 3052 Cible 2016 : 240.000 Nombre et pourcentage d'établissements hospitaliers qui mettent en œuvre des programmes de prévention des AES et disposent des PEP kits DB (2010): 15 Cible 2016 : 40	1, 4, 8, 10	337,6 millions Dh

Cadre logique du Résultat 2

Hiérarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de Vérification (MDV)	Hypothèses/ Risques (HR)
Résultats d'impact	**IOV**	**MDV**	**HR**
2. La mortalité des PVVIH est réduite de 60% en 2016	Estimation du nombre de décès annuels dus au sida DB (2010): 1600 Cible 2016 : 700	12	* La lutte contre le sida reste une priorité pour le MS avec l'augmentation du budget et la mise à disposition du personnel nécessaire. * La réforme hospitalière et la vision à l'horizon 2015 du MS améliorent le système de prise en charge. * Les prix des ARV restent accessibles. * Les programmes sociaux intègrent l'appui aux PVVIH. * L'AMO et le RAMED remboursent les ARV et médicaments pour les PVVIH et la gratuité des autres frais est assurée. * Le Fonds mondial maintient son appui.
Résultats d'effets	**IOV**	**MDV**	
2.1. 80% des PVVIH nécessitant un traitement ARV accèdent à une prise en charge médicale globale de qualité d'ici 2016 2.2. 80% des PVVIH suivies bénéficient des prestations du programme national d'accompagnement psychologique et social (PNAPS) d'ici 2016	Pourcentage des personnes (adultes et enfants) éligibles (CD4<350) qui reçoivent une thérapie antirétrovirale DB (2011): 40% Cible 2016 : 80% Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie ARV DB (2010): 87% Cible 2016 : 90% Pourcentage des PVVIH (adultes et enfants) suivies qui bénéficient d'une prise en charge psychologique et sociale en conformité avec le PNAPS DB (2010) : ND Cible 2016 : 80%	5, 12	
Résultats produits	**IOV**	**MDV**	**Budget estimé**
2.1.1. L'offre de services de prise en charge de l'infection par le VIH est renforcée et décentralisée 2.1.2. La disponibilité des ARV et réactifs est assurée selon les schémas thérapeutiques nationaux 2.1.3. Le diagnostic et la prise en charge de la coïnfection Tuberculose/VIH sont assurés	Nombre d'établissements en mesure de fournir des soins avancés en matière de VIH y compris la prescription d'ARV DB (2010) : 12 Cible 2016 : 20 Nombre de personnes vivant avec le VIH adultes et enfants recevant une association d'ARV DB (2011): 4047 Cible 2016 : 9524 Nombre et pourcentage des cas estimés de TB liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH DB (2010): 45% Cible 2016 : 90% Nombre d'évènements indésirables en rapport avec les traitements ARV investigués	1, 5, 6, 12	352,0 millions Dh

2.1.4. Le système de pharmacovigilance des ARV est opérationnel 2.2.1. Le dispositif de prise en charge psychologique et sociale est opérationnel et accessible à toutes les PVVIH 2.2.2. Les PVVIH s'impliquent dans la prévention positive et la démarche d'autonomisation 2.2.3. Les PVVIH ou les populations clés plus exposées aux risques d'infection bénéficient des AGR pour leur autonomisation.	Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un appui psychologique et social DB (2010): ND Cible 2016 : 8000 Nombre de PVVIH ou parmi les personnes les plus exposées au VIH qui bénéficient d'AGR DB (2010): ND Cible 2016 : 100		

Cadre logique du Résultat 3

Hiérarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de Vérification (MDV)	Hypothèses/ Risques (HR)
Résultats d'impact	**IOV**	**MDV**	**HR**
3. La gouvernance et la gestion de la riposte nationale sont optimisées aux niveaux national et décentralisé	Mise en œuvre des trois principes «three ones» au niveau national et régional	1, 2, 5, 8	* Les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé adhèrent et appuient la mise en œuvre du PSN. * Les réformes relatives aux droits de l'homme et le processus de régionalisation sont mis en œuvre. * Les responsables et décideurs des régions soutiennent et facilitent la mise en œuvre du PSN. * Les ONG s'engagent à renforcer leur collaboration adhèrent au système national de suivi évaluation. * Le Fonds mondial maintient son appui. * Les ressources humaines nécessaires pour la gestion du programme sont mises à disposition.
Résultats d'effets	**IOV**	**MDV**	
3.1. Les dispositifs de coordination et de partenariat aux niveaux national et régional sont renforcés 3.2. Le renforcement du système communautaire contribue à l'efficacité et l'efficience des interventions 3.3. Les obstacles liés au genre et aux droits humains en matière d'accès aux services sont réduits 3.4. Le système national de suivi-évaluation est fonctionnel et génère des informations stratégiques à tous les niveaux d'ici 2016	Instances de coordination multisectorielle aux niveaux national (ICN) et des régions (CRILS) opérationnelles Disponibilité et mise en œuvre de plans opérationnels sectoriels (6 secteurs) des ONG thématiques et des régions, alignés au PSN Disponibilité, mise en œuvre et suivi d'une stratégie nationale en matière de droits humains Disponibilité, mise en œuvre et suivi d'un agenda national sur le genre et VIH Réalisation complète des 12 composantes d'un système national de suivi et évaluation et indicateurs du PSN mis à jour régulièrement.	1, 2, 5, 8	
Résultats produits	**IOV**	**MDV**	**Budget estimé**
3.1.1. Les mécanismes de coordination nationale, régionale et pour accélérer la décentralisation sont améliorés 3.1.2. Le partenariat dans la lutte contre le	Nombre de régions qui disposent d'une instance de coordination (CRILS) et mettent en œuvre des plans opérationnels locaux DB (2010): 3 Cible 2016 : Toutes les régions Charte de partenariat établie entre le ministère de l'Emploi, le patronat et les syndicats, pour les activités de lutte contre le sida en milieu de travail	1, 2, 5, 8	120,0 millions Dh

sida particulièrement en milieu de travail et avec le secteur religieux est renforcé 3.2.1. Les capacités institutionnelles et le fonctionnement des ONG sont appuyés 3.2.2. La collaboration et la mise en réseau des ONG sont améliorées 3.3.1. Les institutions nationales des DH et les acteurs aux niveaux national et local sont mobilisés pour la lutte contre la stigmatisation et l'accès aux services 3.3.2. Un agenda pour accélérer les actions nationales en matière d'égalité des genres et VIH est mis en œuvre et suivi 3.4.1. Les mécanismes et outils de surveillance épidémiologique et de suivi des programmes sont fonctionnels 3.4.2. Un agenda de recherche pour disposer des informations stratégiques sur la riposte nationale est mis en œuvre 3.4.3. Les mécanismes de gestion et d'administration du PSN sont mis en œuvre	Nombre d'OBC bénéficiant d'un appui pour intégrer la lutte contre le sida dans le cadre de leurs activités en conformité avec le PSN DB (2009) : 169 Cible 2016 : 700 Réseautages fonctionnels des ONG œuvrant auprès des différentes catégories de populations clés plus exposées aux risques d'infection Nombre de personnel d'ONG et de personnel de santé formés en matière de genre, droits humains, lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH DB : ND Cible 2016 : 600 Nombre et pourcentage des partenaires clés (ONG nationales et secteurs) qui soumettent régulièrement des rapports de suivi de leurs activités conformes selon les mécanismes et outils définis DB : ND Cible 2016 : 25 Réalisation d'ici 2016 de 6 études bio comportementales auprès des populations clés plus exposées (PS, HSH, UDI)	1, 2, 5, 8	

Liste des moyens de vérification (MDV)

1. Rapports d'activités des partenaires du PSN (Ministères et ONG)
2. Registres des centres de santé
3. Rapports des sessions de formation, sensibilisation et plaidoyer
4. Rapports d'activités des délégations provinciales du ministère de la Santé
5. Rapports d'activités des CRU, CR et laboratoires
6. Registres du PNLS et INH relatifs aux acquisitions et distribution des médicaments, fongibles et produits de laboratoire
7. Circulaires, guides, manuels de référence et fiches sur les normes et les stratégies en matière de VIH
8. Plans d'actions de mise en œuvre du PSN et rapports des projets et programmes d'appui
9. Textes, circulaires et lettres officielles produites par les différents partenaires
10. Rapports des comités nationaux (CCM, CRILS, éthique, accréditation qualité...)
11. Données de la surveillance sentinelle du VIH
12. Rapports sur les estimations et les projections
13. Bases de données sur la réponse au niveau national et régional et cartographie des groupes vulnérables
14. Etudes d'audience
15. Rapports des études CAP auprès des jeunes
16. Rapports des études de surveillance des comportements
17. Enquêtes spécifiques, recherches action
18. Rapports des évaluations, des revues et des supervisions
19. Enquête DHS et enquête de population
20. Rapports d'études sur les Modes de Transmission (MoT)
21. Rapports des études bio-comportementales (RDS)
22. Publication Santé en chiffres

ANNEXE 2

Indicateurs de suivi et évaluation

Domaine	Sous Domaine	No	Indicateurs
1. Prévention du VIH	Prévention combinée auprès des populations clés plus exposées aux risques VIH.	**1**	Nombre de nouvelles infections par le VIH (total et par populations exposées).
		2	Nombre d'intervenants en matière de prévention de proximité auprès des populations exposées formés selon les normes nationales.
		3	Nombre de personnes parmi les PS et HSH qui ont bénéficié d'interventions de prévention combinée.
		4	Nombre de personnes parmi les UDI qui ont bénéficié du programme de réduction des risques.
		5	Nombre d'UDI bénéficiant du traitement de substitution à la méthadone.
		6	Nombre de seringues d'injection distribuées aux UDI au niveau des sites d'intervention du programme de réduction des risques.
		7	Pourcentage des personnes clés plus exposées aux risques d'infection VIH (PS, HSH, UDI) touchées par les programmes de prévention du VIH.
		8	Pourcentage de professionnelles du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.
		9	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils ont eu un rapport anal avec un autre homme.
		10	Pourcentage d'UDI qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport.
		11	Pourcentage d'UDI déclarant avoir utilisé des équipements d'injection stériles lors de leur dernière injection.
		12	Prévalence du VIH chez les populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH (PS, HSH, UDI).
	Prévention auprès des populations vulnérables ou passerelles	**13**	Nombre de personnes appartenant aux populations vulnérables ou passerelles qui ont bénéficié des programmes de prévention du VIH.
		14	Pourcentage de personnes appartenant aux populations vulnérables ou passerelles qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport.
	Prévention chez les jeunes et les femmes	**15**	Nombre des jeunes et femmes ayant bénéficié d'une sensibilisation sur le VIH.
		16	Pourcentage des jeunes 15-24 ans qui identifient correctement les moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et rejettent les idées fausses relatives à la transmission du VIH.
		17	Pourcentage des jeunes 15 -24 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport.
		18	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes.

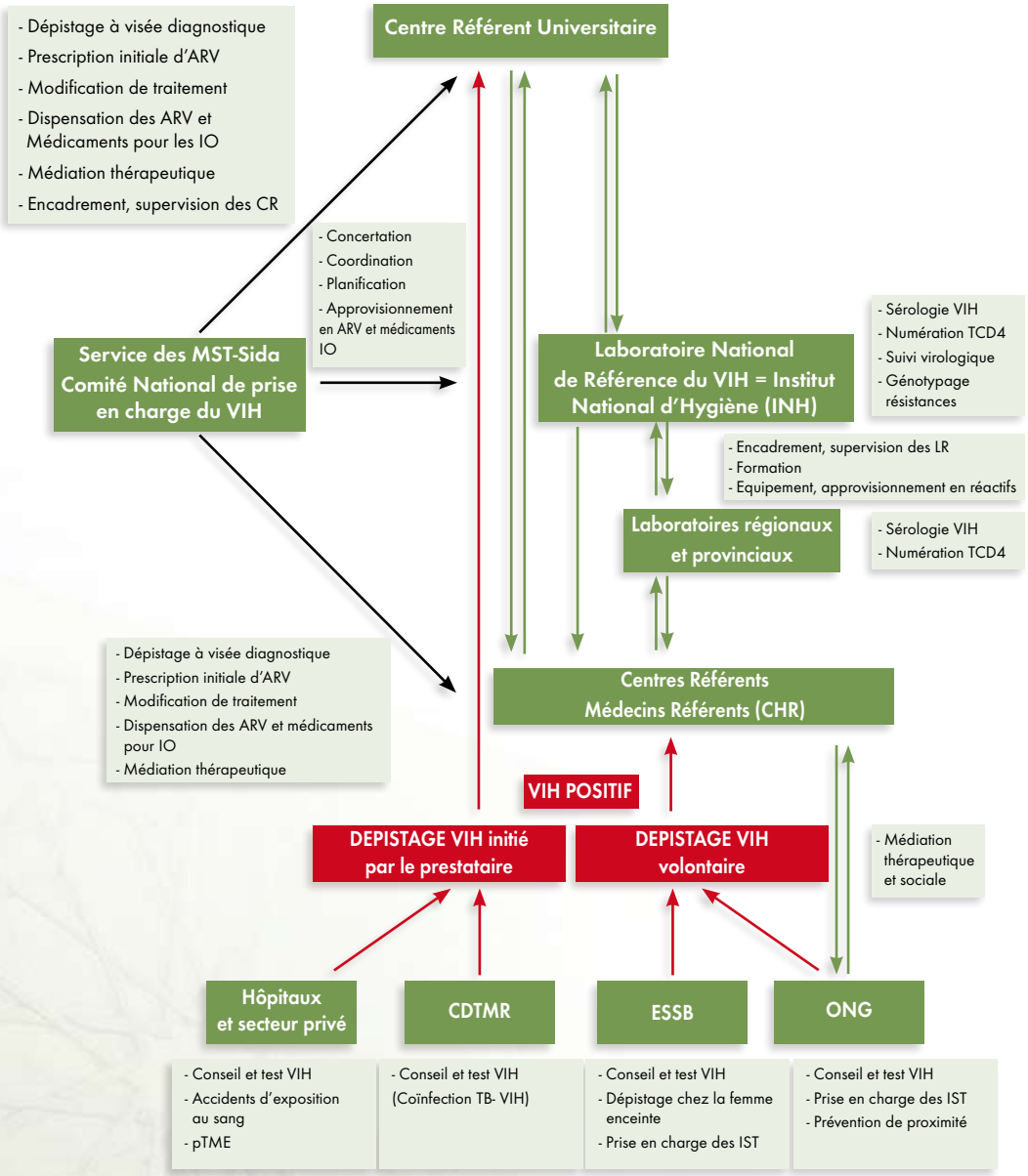
	Accès aux préservatifs	**19**	Nombre de préservatifs distribués gratuitement ou par le programme de marketing social.
	Prise en charge des IST	**20**	Nombre de patients atteints d'IST pris en charge.
		21	Pourcentage des patients qui consultent pour IST correctement examinés et traités selon les normes nationales.
	Conseil et dépistage du VIH	**22**	Nombre de structures qui offrent le conseil et test volontaire du VIH, selon les normes nationales.
		23	Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH.
		24	Pourcentage des personnes clés plus exposées aux risques d'infection VIH (PS, HSH, UDI) qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le résultat.
	pTME	**25**	Nombre et pourcentage de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH et ayant reçu le résultat.
		26	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant.
		27	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie.
		28	Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois.
2. Prise en charge médicale et appui aux PVVIH	Prise en charge médicale des PVVIH	**29**	Nombre d'établissements en mesure de fournir des soins avancés en matière de VIH y compris la prescription des ARV.
		30	Nombre de personnes vivant avec le VIH adultes et enfants recevant un traitement antirétroviral.
		31	Pourcentage de personnes (adultes et enfants) ayant une infection VIH éligibles (CD4<350) qui reçoivent une thérapie antirétrovirale.
		32	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose associée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH.
		33	Pourcentage des cas de tuberculose dépistés pour le VIH parmi ceux notifiés.
		34	Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.
		35	Estimation du nombre de décès annuels dus au sida. (SPECTRUM).
	Prise en charge psychologique et sociale des PVVIH	**36**	Nombre et pourcentage des PVVIH (adultes et enfants) suivies qui bénéficient d'une prise en charge psychologique et sociale en conformité avec le PNAPS.

3. Gouvernance et gestion de la riposte nationale	Planification, coordination et partenariat	**37**	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement.
		38	Nombre de régions qui disposent d'une instance de coordination (CRILS) et mettent en œuvre des plans opérationnels locaux.
		39	Nombre d'OBC bénéficiant d'un appui pour intégrer la lutte contre le sida dans leurs activités en conformité avec le PSN.
	Droits humains, genre et VIH	**40**	Nombre de personnel d'ONG et de santé formés en matière de genre, droits humains, lutte contre la stigmatisation et la discrimination, violence fondée sur le genre.
	Suivi et Évaluation	**41**	Pourcentage des partenaires qui soumettent régulièrement des rapports de suivi de leurs activités selon les mécanismes et outils définis.

ANNEXE 3

Circuit de prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Circuit de prise en charge des personnes vivant avec le VIH



ANNEXE 4

Pacte d'engagement autour du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016 signé par les partenaires nationaux et internationaux le 3 avril 2012 à Rabat

Pacte d'engagement autour du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016 signé par les partenaires nationaux et internationaux le 3 avril 2012 à Rabat

- Face à l'impact de la pandémie du sida dans le monde et ses graves conséquences humaines, sociales et économiques sur les pays en développement et particulièrement en Afrique
- Considérant l'engagement de SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI, QUE DIEU L'ASSISTE, ayant donné une impulsion décisive à la riposte nationale au sida et qui constitue un appui fondamental à même de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2012-2016
- Considérant le programme du Gouvernement qui, à travers une approche sociale intégrée, vise à faciliter l'accès aux prestations sociales particulièrement au profit des populations démunies ainsi que les femmes et les jeunes les plus vulnérables
- Convaincus que les programmes de développement lancés par le Maroc, qui ont pour objectif le décollage de l'économie marocaine et l'habilitation des structures économiques et sociales, y compris la lutte contre la pauvreté, l'amélioration du système éducatif et des centres sociaux de proximité, permettront d'agir sur les variables structurelles de l'épidémie du VIH/sida
- Conscients que la régionalisation avancée permettra aux entités territoriales de jouir d'une large autonomie dans la conception et la mise en œuvre des programmes régionaux de développement et notamment de lutte contre le sida
- Rappelant l'importance capitale du Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) et l'implication de tous les partenaires nationaux incluant les départements ministériels, les institutions gouvernementales, la société civile et le secteur privé, ainsi que l'appui essentiel de la coopération internationale : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Agences des Nations Unies, organismes de coopération bilatérale et ONG internationales
- Conscients que malgré la faible séroprévalence du VIH au Maroc, l'épidémie se concentre au sein des populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH et que la vigilance doit être redoublée pour faire face à cette situation

- Capitalisant sur les acquis, enseignements et expériences des plans stratégiques nationaux précédents et qui ont permis d'asseoir une riposte multisectorielle basée sur le développement d'un partenariat efficace et innovant entre le secteur public et la société civile et la mise en œuvre d'une réponse efficiente en matière de prévention et de prise en charge de l'infection VIH au Maroc
- Conscients que la période 2012-2016 constitue une étape cruciale pour la riposte au sida au niveau mondial et au niveau du Maroc et que dans un environnement économique international perturbé, il est plus que jamais impératif de rationaliser l'utilisation des ressources dédiées à la lutte contre le sida afin d'en optimiser les impacts sur la pandémie
- Réitérant notre engagement volontariste et résolu à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement et à contribuer aux objectifs fixés au niveau mondial par la Déclaration Politique sur le VIH/sida adoptée par les Etats membres lors de la réunion de Haut Niveau (HLM) organisée au siège des Nations Unies en juin 2011 et qui a été rehaussée par la présence de Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma
- Convaincus que le Plan Stratégique National (PSN) 2012-2016, fruit d'un travail collectif engagé par tous les acteurs au Maroc, constitue le cadre unique d'action en matière de lutte contre le sida et l'outil indispensable pour la programmation des activités, l'harmonisation de la riposte et l'alignement des partenaires aux niveaux national, régional et local

Nous, partenaires nationaux et partenaires pour le développement, réunis en ce 3 avril 2012 à Rabat

- Adhérons pleinement à la vision et aux objectifs du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016 et qui visent à parvenir à zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida, zéro discrimination au Maroc et à concrétiser l'accès universel à des services de prévention, traitement, prise en charge et appui en matière de VIH

Solidaires, nous nous engageons à œuvrer ensemble dans le cadre d'une approche centrée sur les droits humains et le genre respectant la dignité des personnes vivant

avec le VIH et des populations les plus vulnérables pour atteindre les résultats du PSN 2012-2016 à savoir :

- Les nouvelles infections par le VIH seront réduites de 50% en 2016 y compris l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- La mortalité des PVVIH est réduite de 60% en 2016
- La gouvernance et la gestion de la riposte nationale sont optimisées au niveau central, régional et local

Nous, partenaires nationaux et partenaires pour le développement, prenons l'engagement de coordonner nos efforts et d'agir ensemble en partenariat et en collaboration dans le cadre des huit principes directeurs suivants, régissant le PSN 2012-2016 :

1) Priorité aux personnes vivant avec le VIH et aux populations plus exposées aux risques d'infection
2) Respect des Droits Humains, du genre et équité en matière d'accès aux services
3) Alignement et coordination entre les différents acteurs pour une réponse multisectorielle efficace
4) Réponses locales coordonnées et décentralisées prenant en considération les spécificités régionales
5) Approche de planification axée sur les résultats
6) Intégration des services VIH avec les autres programmes visant les autres Objectifs du Millénaire (OMD)
7) Efficience et efficacité de la réponse nationale
8) Pérennisation de la réponse nationale

avec l'appui de