

Royaume du Maroc



Ministère de la Santé



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2007 - 2011

Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE SIDA
2007•2011**

Programme National de Lutte contre les IST/sida

Ce document a été élaboré sous la direction du Dr Nouredine Chaouki, Directeur de l'Epidémiologie et de la lutte contre les Maladies du ministère de la Santé.

Le comité de rédaction était composé des personnes suivantes :

- Dr Nouredine Chaouki, Directeur de la DELM
- Dr Aziza Bennani, Chef du service des IST/SIDA
- Dr Kamal Alami, Conseiller du Programme ONUSIDA
- M^{me} Boutaina El Omari, Coordinatrice de l'unité de gestion du Fonds mondial

La Direction et le comité de rédaction tiennent à exprimer leurs remerciements :

A Dr Jaouad Mahjour et à Dr Hamida Khattabi qui ont contribué aux premières étapes de la préparation de ce plan.

Aux consultants qui ont contribué à l'élaboration du document :

- Dr Marc Lejars, consultant international
- M. Abdelilah Sefrioui, consultant national
- M. Mohamed Abdellaoui, consultant national

A l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux qui ont contribué activement aux différentes étapes du processus de préparation du Plan Stratégique National :

- Départements ministériels
- ONG thématiques et non thématiques
- Pôles d'excellence et centres référents
- Professionnels de santé
- Personnes vivant avec le VIH
- Agences, Fonds et Programmes des Nations Unies
- Agences de coopération bilatérale



Préface

Depuis l'apparition du premier cas du sida en 1986, le Royaume du Maroc a mis progressivement en place un arsenal de mesures et de dispositions pour faire face à la propagation de l'épidémie. L'implication au plus haut niveau de SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI, QUE DIEU L'ASSISTE, et l'engagement du Gouvernement dans la lutte contre le sida sont les meilleurs garants de la volonté politique à lutter contre cette terrible pandémie. Grâce à l'expertise nationale qui s'est développée au contact de la problématique, les différents plans stratégiques ont gagné en consistance, au gré du développement des connaissances aussi bien épidémiologiques que médicales ou sociologiques.

Les pouvoirs publics marocains en charge de la santé ont toujours fait preuve d'une grande détermination à engager tous les moyens dans la riposte nationale au sida pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre de la stratégie nationale. A côté des budgets de l'Etat, une attention particulière a toujours été accordée à la mobilisation des ressources pour répondre aux besoins identifiés.

Le Royaume du Maroc a pu enregistrer, au cours des dernières années, des avancées notables en matière de lutte contre le sida, ce qui lui a valu la reconnaissance des instances internationales notamment l'ONUSIDA, l'OMS et le Fonds Mondial ; il est cité, actuellement, comme un modèle pour la région de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient. Les progrès en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des malades du sida, ont été obtenus grâce au dynamisme des ONG thématiques de lutte contre le sida et au partenariat exemplaire institué avec les départements ministériels concernés.

C'est ainsi que le Maroc a été le premier pays de l'Afrique du Nord et du Moyen Orient à bénéficier de l'appui du Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme dès le premier appel d'offres lancé par cet organisme en 2002. L'acceptation récente de la proposition nationale pour le renouvellement de l'appui du Fonds mondial au cours de la période 2007 à 2011, marque ainsi la



reconnaissance des efforts du Maroc dans la lutte contre le sida et la pertinence des interventions mises en place.

Toutefois, malgré toutes les réalisations et la faible prévalence du VIH au Maroc, la vigilance reste de mise et la détermination à toujours mieux faire continue à guider l'ensemble des démarches mises en place par le Ministère de la Santé et ses partenaires.

Le Plan stratégique national de lutte contre le sida 2007/2011, est le résultat d'un travail collectif engagé par tous les acteurs institutionnels et associatifs impliqués dans la lutte contre le sida au Maroc. Il constitue, de ce fait, une étape essentielle de la mobilisation autour de la riposte nationale face au sida. Ambitieux mais réaliste, ce plan vise l'accès universel des populations vulnérables aux programmes de prévention, la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH ainsi que la mise en place d'un dispositif d'appui psychosocial.

Ce cadre national d'action nous offre l'opportunité de capitaliser les expériences acquises et de tenir compte des leçons apprises afin d'améliorer la qualité des interventions et de les étendre au niveau des régions prioritaires.

Le Royaume du Maroc marque ainsi son engagement ferme à contribuer aux objectifs fixés au niveau mondial par la déclaration de l'UNGASS et à l'atteinte les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

*Dr Mohamed Cheikh Biadillah
Ministre de la Santé*

11 Décembre 2006



Sommaire

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA RIPOSTE NATIONALE	13
I.1 Analyse de la situation	14
I.1.1 Situation épidémiologique	14
I.1.2 Projections du nombre de personnes vivant avec le VIH	16
I.1.3 Déterminants de la vulnérabilité au VIH	17
I.2 Synthèse de la réponse nationale	19
I.2.1 En matière d'engagement et de mobilisation	19
I.2.2 En matière de prévention	20
I.2.3 En matière de dépistage volontaire du VIH	21
I.2.4 En matière de prise en charge et appui psychosocial	21
I.2.5 En matière de coordination de la lutte contre le sida	22
I.2.6 En matière de décentralisation dans les régions prioritaires	23
I.2.7 En matière de surveillance et de suivi évaluation	23
I.2.8 En matière de mobilisation des ressources	24
I.3 Points forts, points faibles, obstacles et opportunités	26
I.3.1 Points forts	26
I.3.2 Opportunités d'amélioration	27
I.3.3 Obstacles	29
I.3.4 Opportunités	29
CHAPITRE II : STRATEGIES POUR LA PERIODE 2007-2011	31
II.1 Vision stratégique	32
II.2 But et objectifs stratégiques	33
II.3 Principes directeurs	34



II.4 Priorités du PSN, groupes et régions prioritaires, prestations essentielles de services.....	36
II.4.1. Priorités.....	36
II.4.2. Régions et groupes vulnérables prioritaires.....	37
II.4.3. Prestations essentielles de services.....	39
II.5 Objectifs, résultats et produits attendus des activités.....	40
II.5.1 Premier objectif spécifique : Renforcer les activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations les plus exposées au risque d'infection.....	40
II.5.2 Deuxième objectif spécifique : Accroître et diversifier les opportunités de conseil et de dépistage du VIH dans le respect du droit des personnes.....	46
II.5.3 Troisième objectif spécifique : Assurer des soins de qualité et une prise en charge psychosociale, incluant l'accès aux ARV.....	48
II.5.4 Quatrième objectif spécifique : Renforcer le leadership pour une gestion et une coordination efficaces de la riposte multisectorielle au sida.....	53
II.6 Suivi évaluation.....	60
CHAPITRE III : ESTIMATION DE LA COUVERTURE, BESOINS FINANCIERS ET DEFIS OPERATIONNELS.....	61
III.1 Projections de la couverture par les prestations essentielles de services.....	62
III.2 Estimation du budget et sources de financement.....	63
III.2.1 Besoins financiers.....	63
III.2.2 Sources de financement.....	64
III.3 Droits des personnes, équité et approche genre.....	65
III.4 Les conditions d'accompagnement.....	66
ANNEXES	
Annexe 1 : Cadre logique du PSN 2007-2011.....	69
Annexe 2 : Indicateurs de suivi évaluation.....	79



Liste des abréviations

AESVT	Association des enseignants des sciences de la vie et de la Terre
ALCS	Association Marocaine de Lutte contre le sida
AMJCS	Association Marocaine des Jeunes contre le sida
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
AMSED	Association Marocaine de Solidarité et Développement
ARV	Antirétroviraux
CCM	Comité de Coordination du Maroc
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDMR	Centre de diagnostic des maladies respiratoires
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPILS	Comités provinciaux intersectoriels de lutte contre le sida
CR	Centre de référence de lutte contre le sida
CRILS	Comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida
CRIS	Système d'information sur la riposte des pays
FAR	Forces Armées Royales
FM	Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme
GTZ	Agence de coopération technique allemande
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IDH	Indice de développement humain
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
INH	Institut National d'Hygiène
IST	Infections sexuellement transmissibles
IPM	Institut Pasteur du Maroc
LCS	Lutte contre le sida
LM-LMST	Ligue Marocaine de lutte contre les MST
MENA	Afrique du nord et Moyen Orient
MEN	Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique
MS	Ministère de la Santé



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 sida
OPALS	Organisation panafricaine de lutte contre le sida
ORE	Observatoire régional d'Epidémiologie
PE	Pôle d'excellence
PEC	Prise en charge
PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PS	Professionnels (les) du sexe
PSN	Plan Stratégique National
pTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'assurance maladie pour les économiquement défavorisés
SEJ	Secrétariat d'Etat à la Jeunesse
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SNU	Système des Nations Unies
UDI	Usagers de drogues injectables
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation les sciences et la culture
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
UNODC	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre les drogues et le crime
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



Introduction

La concertation et le travail en commun dans le cadre d'un partenariat multisectoriel ont été les principes de base de l'élaboration de ce Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) qui fait suite à un véritable exercice de planification stratégique. Les analyses spécifiques et ateliers de planification menés au cours de la revue du plan précédent ont permis de dresser un état des lieux indispensable, complet et sans complaisance de la situation et de la réponse.

Le processus de préparation du PSN a consisté à analyser de façon rigoureuse les résultats du précédent plan 2002-2006, tant en ce qui concerne les acquis et les performances que les points faibles et obstacles dans la mise en oeuvre des interventions de lutte contre le sida.

Le travail d'analyse de la situation et de la riposte nationale au sida, mené au cours des années 2005 et 2006 dans le cadre du processus de revue du PSN, a comporté plusieurs étapes menées de manière concomitante ou simultanée.

Les données épidémiologiques les plus récentes ont été analysées pour mettre en évidence les dynamiques actuelles de l'épidémie, établir des estimations de son ampleur et des projections quant à son évolution future. Les résultats des différentes études socio anthropologiques sur la vulnérabilité au VIH, conduites au cours des dernières années, ont été synthétisés et une évaluation rapide de la situation sur les risques liés à la consommation des drogues injectables a été conduite pour compléter l'analyse de la situation.

Des consultations externes ont concerné (i) les interventions de prévention de proximité auprès des populations clés plus exposées au risque d'infection (ii) la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et (iii) la décentralisation des activités au niveau des comités intersectoriels régionaux. Une revue interne des centres de dépistage du VIH a été également entreprise.

Toutes ces consultations et revues ont été sanctionnées par des rapports d'analyse qui ont été partagés avec l'ensemble des partenaires et discutés dans des ateliers spécifiques. Des ateliers sectoriels ont été organisés par le Ministère de l'Education Nationale et le Secrétariat d'Etat à la Jeunesse sur la prévention du VIH auprès des jeunes, ainsi que par le Ministère de la Justice sur la lutte contre le sida dans les prisons. Enfin, un atelier d'analyse de la situation et de la réponse a réuni les partenaires locaux dans la région de Sous Massa Draa.



Ce processus a été entièrement intégré avec la préparation du rapport national sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le sida (UNGASS) et la consultation nationale relative à l'initiative de l'OMS/ONUSIDA sur l'accès universel à la prévention et aux soins.

L'atelier national de consensus, qui a eu lieu les 27 et 28 avril 2006, a regroupé l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux pour analyser, à la lumière des données actualisées sur la situation épidémiologique, les points forts, les points faibles, les obstacles et les opportunités de la riposte au sida et définir les grands axes de la stratégie pour les prochaines années.

Ainsi deux grandes étapes ont été franchies: d'une part, la revue du plan stratégique national (PSN) qui a donné lieu à un bilan de la situation dans tous les domaines et en second lieu, la préparation du nouveau PSN qui a permis de tracer les principales orientations pour les années 2007-2011. Le PSN 2007-2011 a été conçu en tenant compte des leçons apprises par le constat des forces et faiblesses ; il permet de renforcer et capitaliser les acquis, en profitant des points forts et des opportunités existantes.

Le présent document du PSN 2007 à 2011 est structuré en trois chapitres. Le premier chapitre résume la situation de l'épidémie du VIH dans le pays ainsi que les projections concernant son évolution future. Les progrès notables enregistrés dans la mise en œuvre de la stratégie nationale au cours des années 2002 à 2006 sont par la suite relatés, tout en mettant en exergue les faiblesses et les obstacles rencontrés. Le deuxième chapitre du document traite des priorités du PSN, des prestations essentielles de services et des populations clés plus exposées au risque d'infection au profit desquels ces prestations seront délivrées. Il met en évidence, par la suite, les résultats attendus en fonction des quatre axes stratégiques retenus. Le troisième chapitre est réservé à l'estimation de la couverture et des besoins financiers du PSN ainsi qu'aux principaux défis opérationnels à sa mise en œuvre. La matrice du cadre logique du PSN est ensuite détaillée dans la partie annexe du document, de manière à orienter tous les intervenants des niveaux centraux et périphériques, lors de la formulation de leurs plans opérationnels pour la mise en œuvre de ce plan.





CHAPITRE I

ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

I.1. Analyse de la situation

I.1.1 Situation épidémiologique

Séroprévalence du VIH

Le système de surveillance sentinelle de l'infection par le VIH permet de suivre les tendances de la séroprévalence dans différents groupes de la population au niveau des sites sélectionnés dans les différentes régions du pays tout en veillant au respect des règles d'éthique telles qu'édictées par l'OMS au niveau international (dépistage anonyme non corrélé). Le système de surveillance a été élargi aux populations clés plus exposées au risque d'infection depuis l'année 2001 dans le cadre de la surveillance de deuxième génération du VIH, et étendu pour atteindre 26 sites en 2005.

La surveillance sentinelle montre que la séroprévalence chez les femmes enceintes est relativement faible (0,06% en 2005) et marque une quasi-stabilité depuis l'année 2000, année où la prévalence la plus élevée (0,15%) avait été relevée.

La prévalence du VIH chez les populations clés plus exposées au risque d'infection, couverts par la surveillance sentinelle bien que stable, montre des chiffres plus élevés. Entre 2% et 3% chez les professionnelles du sexe et entre 0,6% et 1,1% chez les prisonniers de sexe masculin. Ces chiffres indiquent une tendance à la concentration de l'épidémie au sein de certaines populations. Deux autres groupes concernés par la surveillance sentinelle, les porteurs d'IST et les tuberculeux, enregistrent une prévalence plus faible.

Les estimations, faites à partir des données sur la séroprévalence, et en utilisant les techniques préconisées par l'ONUSIDA et l'OMS, montrent une augmentation régulière du nombre de personnes vivant avec le VIH qui est passé de 14 500 en 2003 à 20 000 en 2006.

Analyse des cas de sida notifiés

Depuis la déclaration du premier cas en 1986 et jusqu'en fin décembre 2006, un nombre cumulé de 2169 cas de sida a été reporté. L'incidence est en augmentation régulière depuis 1993. Ainsi, sur des périodes de 5 ans, on enregistre une augmentation notable du nombre de cas notifiés qui est passé de 70 cas entre 1986 et 1990 à 236 entre 1991 et 1995, puis à 528 entre 1996 et 2000 et à 1044 entre 2001 et 2005.



L'analyse des données par âge montre que les tranches les plus touchées sont celles des adultes jeunes, respectivement : 15 à 24 ans (8% des cas), 25 à 29 ans (15%), 30 à 34 ans (24%), 35 à 39 ans (18%), 40 à 50 ans (19%).

En plus de la progression du nombre de cas de sida on a noté des transformations dans le profil de la maladie. Si durant la période 1986 - 1990, il y avait un équilibre entre les différents modes de transmission ; aujourd'hui (au cours de la période 2001- 2006) la transmission hétérosexuelle englobe à elle seule, près de 83%.

Parallèlement, on note une dynamique focale intéressant cinq régions qui englobent presque les trois quarts des cas de sida déclarés au niveau national. Il s'agit des régions de Souss Massa Drâa (21% des cas), Grand Casablanca (15% des cas), Marrakech Tensift Al Haouz (15% des cas), Rabat Salé Zemmour Zaers (9% des cas) et Doukkala Abda (8% des cas). Une analyse plus fine des données de ces régions montre que la part de la transmission homosexuelle est de 12% au niveau de Marrakech Tensift Al Haouz, Rabat Salé Zemmour Zaers et Tanger Tétouan. Cette dernière région enregistre également 10% de transmission par usage de drogues injectables.

La transformation du profil des cas de sida a concerné aussi le genre des malades. La part des femmes qui ne représentait que 18% entre 1986 et 1990, est passée à 42% entre 2001 et 2005. Ceci est fortement corrélé aux autres transformations à savoir le mode de transmission hétérosexuel prédominant et les facteurs de risque d'exposition à l'infection VIH, notamment le multi- partenariat sexuel retrouvé dans 66% des cas et l'atteinte du conjoint dans 7% des cas (dans 1% des cas chez l'homme et dans 17% des cas chez la femme). 33% des femmes infectées par le VIH sont mariées.

95% des patients sont de nationalité marocaine et la majorité d'entre eux (83%) réside en milieu urbain. Au cours de ces cinq dernières années (2001- 2005), la part du rural a augmenté au niveau de certaines régions en particulier la région de Souss Massa Drâa (24% des cas de la région), notamment dans la province de Taroudant (34% des cas de la province) ainsi que la région de Doukala Abda (28% des cas de la région).

Sous type VIH circulants

Une transformation génotypique des souches virales a été notée ces dernières années. L'étude sérotypique menée par l'Institut National



d'Hygiène (INH), entre 1993 et 1997, avait montré une prédominance du sous-type B (93,5%), reflétant un profil occidental du VIH. Une seconde étude génotypique menée par le même institut entre 2001 et 2005, a montré une grande diversité des sous-types viraux du VIH-1 circulants au Maroc avec une émergence notable des sous-types non-B (34%) et qui proviendraient d'origines géographiques diverses aussi bien d'Europe que d'Afrique subsaharienne. Ainsi, sévissent deux épidémies, l'une plus ancienne due au sous-type B, l'autre plus récente due au sous-type non-B et focalisée dans le nord et dans le sud du pays.

Situation épidémiologique des IST

L'incidence des IST reste élevée. Elles figurent parmi les principales causes de consultation au niveau des établissements de Soins de Santé de Base (SSB), particulièrement chez la femme.

En dépit de la grande proportion de sous- notification, notamment l'absence de déclaration du secteur privé et la part importante de l'automédication, le nombre de cas d'IST notifiés par les services du Ministère de la Santé a accusé une augmentation régulière. 370 000 cas ont été notifiés en 2005, parmi eux, 111 507 cas de cervicites chez la femme (33%), 57 681 cas écoulements urétraux chez l'homme (17%) et 10 263 ulcérations génitales chez les 2 sexes (3%).

La tranche d'âge la plus touchée est celle des adultes jeunes entre 20 et 40 ans (65% des cas). Les régions qui enregistrent la plus forte incidence des IST sont celles qui notifient le plus grand nombre de cas de SIDA, notamment : Marrakech- Tensift- Al Haouz (13%), Rabat- Salé- Zemmour- Zaers (12% des cas), Meknes- Tafilalet (9% des cas), Souss-Massa-Drâa (8% des cas) et le Grand Casablanca (8% des cas).

1.1.2 Projections du nombre de personnes vivant avec le VIH

Deux scénarios d'évolution future de l'épidémie VIH ont été retenus :

- Le premier scénario en parfaite cohérence avec le PSN 2007-2011, prévoit le maintien de la prévalence actuelle au sein de la population générale (0,1%) ;
- Le second scénario reflète une augmentation pour atteindre un doublement de la prévalence du VIH dans la population générale en 2011.



Selon les projections effectuées au moyen du logiciel «Spectrum», proposé par l'ONUSIDA, la progression du nombre de PVVIH devrait continuer. Le nombre des PVVIH atteindrait en 2011, les 30 000 selon le premier scénario avec une moyenne de 2000 nouvelles infections par an, et 40 000 selon le second scénario avec une moyenne de 4000 nouvelles infections par an. Dans aucun de ces 2 scénarii, il n'y a d'impact significatif ni sur l'évolution de la population totale ni sur l'espérance de vie à la naissance.

I.1.3 Déterminants de la vulnérabilité au VIH

L'analyse des principaux déterminants de l'infection par le VIH a permis d'identifier, en plus des déterminants individuels liés aux comportements des personnes, les déterminants sociaux de vulnérabilité liés à l'environnement social et communautaire.

Déterminants individuels de la vulnérabilité au VIH

Au niveau des connaissances

- Confusion entre informations scientifiques et rumeurs : la grande majorité de la population a entendu parler du sida et des IST, mais une certaine confusion entoure les informations relatives aux causes, modes de transmission et moyens de prévention ;
- Manque d'information sur les moyens préventifs et curatifs disponibles et les prestataires de services. Cette absence d'information est particulièrement criante pour les personnes les plus vulnérables.

Au niveau des attitudes

- Recours à la prostitution et acceptation de relations sexuelles occasionnelles contre des avantages matériels ;
- Refus de l'utilisation du préservatif et gêne psychologique à son acquisition ;
- Difficultés de négociations pour l'utilisation du préservatif rapportées le plus souvent par les femmes ;
- Silence vis à vis du partenaire sur l'existence d'une IST ;
- Fatalisme ou désespoir devant le risque potentiel de contamination par le VIH notamment chez les personnes qui s'adonnent au sexe commercial ;
- Manque de confiance dans les structures de santé publique et de recours aux soins adéquats.



Au niveau des pratiques

- Multipartenariat sexuel ou celui de l'époux ou du partenaire ;
- Manque d'utilisation du préservatif, quasi absent des relations sexuelles conjugales il est souvent refusé dans les relations occasionnelles ;
- Concomitance d'une IST ignorée ou non traitée qui augmente le risque de contamination ;
- Violence sexuelle entraînant des microtraumatismes génitaux.

Déterminants sociaux et macro économiques de la vulnérabilité au VIH

La pauvreté et l'emploi précaire : 25% de la population demeure économiquement vulnérable alors que 10% vit en dessous du seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté absolue est de 7,7% et le taux de pauvreté relative de 14,2%. (Rapport National sur les OMD 2005). Selon les enquêtes sur l'emploi en 2004, le chômage touche 10,8% de la population active, et il atteint 18,4% en milieu urbain. C'est parmi les jeunes de 15-24 ans qu'on observe le taux le plus élevé. 70 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) notifiées étaient sans emploi ou occupaient un emploi précaire mal rémunéré.

L'analphabétisme et l'illettrisme : L'analphabétisme demeure à un niveau très élevé particulièrement chez les femmes. Le taux d'analphabétisme qui est passé de 55% en 1994 à 43% en 2004, reste encore un défi que le pays est fermement décidé à relever. De plus, et malgré un taux de scolarisation en cycle primaire atteignant 87% en 2004, la population d'enfants non scolarisés est d'environ 2,5 millions. Il est à préciser que 65% des cas notifiés de sida sont analphabètes ou ont juste atteint un niveau d'instruction primaire.

La migration et l'exode rural : Une moyenne annuelle de 100.000 personnes migrent chaque année vers les villes soit près de 300 personnes par jour. Le taux d'urbanisation qui est passé à 55% en 2004 sera de 60% dans moins de 10 ans. La migration touche le plus souvent des personnes jeunes ayant un faible niveau d'instruction voire analphabètes. Les études ont montré que les ouvriers et les ouvrières agricoles, migrants saisonniers instaurent une promiscuité sexuelle à l'origine de la prise de risque d'exposition aux IST et au VIH. Le Maroc, est aussi confronté au phénomène croissant de migration clandestine «de transit» vers l'Europe des populations originaires d'Afrique Sub-Saharienne et d'Asie. La marginalisation de ces migrants les expose aux risques sanitaires et à l'infection par le VIH ; les femmes ont parfois recours au travail du sexe comme unique moyen de subsistance.



Le recours à la prostitution surtout parmi les femmes, qui continuent à payer un lourd tribut à la dépendance économique et au contexte culturel. Les facteurs identifiés chez les PS sont le jeune âge (51% avaient moins de 27 ans), le célibat prolongé (34%), le divorce (51%) et la responsabilité du ménage (65%).

La consommation de drogues. Selon l'étude réalisée en 2005 auprès d'un échantillon d'usagers de drogues injectables (UDI), 73% partagent ou réutilisent les seringues, 50% des hommes et 70% des femmes ont des partenaires sexuels multiples alors que seulement 10% des hommes et 22% des femmes utilisent régulièrement un préservatif.

I.2 Synthèse de la riposte nationale

Dans cette partie, seront soulignés les principaux efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires (ONG et secteurs) dans la riposte à l'épidémie du VIH ainsi que les progrès réalisés durant la période 2002-2006.

1.2.1 En matière d'engagement et de mobilisation

- Inauguration par SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI, en novembre 2002, de l'Hôpital de jour pour la prise en charge du VIH à Casablanca et nouvelle visite à ce même service en avril 2005. Plusieurs manifestations scientifiques et sociales pour la lutte contre le sida ont été tenue sous le haut patronage Royal ;
- Participation de Son Altesse Royale Lalla Salma à la réunion des premières dames d'Afrique sur le sida, en juin 2005 et présidence de la Délégation marocaine à l'UNGASS en juin 2006 ;
- Intégration de la lutte contre le sida par plusieurs secteurs ministériels, parmi eux, le Ministère de l'Education nationale, le Secrétariat d'Etat chargé de la Jeunesse, le Ministère de la Justice, le Ministère des Habous et Affaires Islamiques, le Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées, le Ministère de la Communication et l'Entraide Nationale ;
- Rôle très actif des ONG thématiques en matière de plaidoyer auprès des décideurs et dans la mise en œuvre des actions de lutte contre le sida. L'année 2006 a vu la création de trois nouvelles ONG thématiques nationales et deux régionales.



1.2.2 En matière de prévention

- Signature en 2004 d'une charte «Initiative Média contre le sida» entre les ministères de la Santé et de la Communication, les Directeurs des chaînes de télévision et les stations de radio et la Fédération des éditeurs de journaux.
- Mise en œuvre d'une campagne nationale de communication sociale en matière de sida au cours des années 2004 à 2006, en quatre phases (1) Sensibilisation sur l'existence du sida ; (2) Modes de transmission et prévention ; (3) lutte contre la stigmatisation et la discrimination ; (4) Promotion des services de dépistage anonyme et gratuit. 1320 spots TV et radio ont été diffusés avec 100 annonces presse, 200 affiches urbaines et plus de 4000 km parcourus par les caravanes de sensibilisation.
- Conduite en 2006 d'une campagne communication, dans des manifestations culturelles régionales (festivals et moussems), les lieux de rencontres tels que, les marchés ruraux « souks » et les plages ainsi que des lieux difficiles d'accès au moyen de caravanes mobiles.
- Elaboration par le PNLS d'un guide national de l'éducation par les pairs et organisation d'ateliers de formation des formateurs dans 6 régions.
- Extension de l'éducation par les pairs dans les collèges et lycées (Ministère de l'Education Nationale) par la création et l'aménagement des clubs de santé, la formation des animateurs et des éducateurs pairs. En 2006, 400 clubs de santé sont dénombrés au sein de 23 provinces et 453 éducateurs pairs scolarisés ont été formés dans 32 établissements scolaires. Un plan sectoriel de lutte contre le sida en milieu scolaire a été élaboré en 2006.
- Organisation de campagnes de sensibilisation dans les maisons de jeunes (Secrétariat d'Etat chargé de la Jeunesse). Plus de 60 000 personnes ont été touchées dans 90 maisons de jeunes rurales et leurs environs. Un plan de lutte contre le sida du SEJ a été élaboré en 2006.
- Renforcement des programmes de LCS dans les prisons (Ministère de la Justice) par la formation du personnel, la formation d'éducateurs pairs et la sensibilisation des détenus. L'engagement de ce secteur s'est concrétisé par l'élaboration d'un plan sectoriel de lutte contre le sida en milieu carcéral.
- Renforcement et extension des programmes de proximité auprès des professionnels (les) du sexe, HSH et ouvrières (mis en œuvre par l'ALCS). En 2005, plus de 31 700 personnes des groupes ayant des comportements à risques ont été éduqués et sensibilisés, près de 3 millions de préservatifs distribués.



- Production d'un long métrage en dialecte marocain et traitant des différents volets du sida et d'un CD-ROM «Questions, Réponses » sur le sida adapté pour les jeunes (OPALS).
- Mises en œuvres d'activités et campagnes de sensibilisation de la population notamment les jeunes et les femmes (OPALS, AMJCS, AMPF, CRM, LM-MST, AESVT) et utilisant diverses approche et supports de communication (kiosques mobiles, Films, Théâtre etc.).
- Réalisation de pièces théâtrales (LM-LMST) pour sensibiliser la population et notamment les jeunes et les femmes. La pièce théâtrale «Laab Hada» a été visionnée par environ de 10 000 personnes.
- Mise en place d'un programme de sensibilisation et de formation des Imams et Oulémas en collaboration avec le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques. Une étude sur les connaissances et les attitudes a été réalisée et un guide de formation élaboré (LM-LMST).
- Intégration de l'éducation en matière d'IST et de sida dans le cadre des programmes d'alphabétisation des femmes (AMSED). Plus de 7500 femmes ont pu bénéficier des séances d'éducation avec l'implication de plus d'une dizaine d'ONG locales.

1.2.3 En matière de dépistage volontaire du VIH

- Extension des centres de conseil et test VIH volontaire (CTV) gérés par les ONG thématiques (ALCS, OPALS et LM-LMST) à plusieurs villes du pays, pour atteindre 24 centres en 2006.
- Initiation et mise en œuvre d'une stratégie mobile de dépistage (ALCS) pour améliorer l'accès aux groupes vulnérables et étendre la couverture au sein des zones prioritaires.
- Introduction des tests rapides mis à la disposition des centres de dépistage et unités mobiles des ONG. Ceux-ci ont permis d'améliorer significativement l'activité de dépistage et de diminuer les délais de remise des résultats.
- Augmentation significative du nombre de personnes testées qui a été multiplié par sept entre 2001 et 2005 passant de 1500 à 11.300.

1.2.4 En matière de prise en charge et appui psychosocial au PVVIH

- Révision de la stratégie nationale pour le diagnostic et la prise en charge de l'infection à VIH dans ses aspects organisationnels et techniques au cours des années 2002 et 2004.



- Mise en place du nouvel hôpital de jour au niveau du Service des Maladies infectieuses du CHU Ibn Rochd à Casablanca.
- Renforcement de l'organisation de la prise en charge pédiatrique au niveau des PE de Rabat et de Casablanca. Formation des pédiatres impliqués et adaptation des besoins.
- Opérationnalisation de 6 centres référents régionaux (CR) à Tanger, Fès, Marrakech, Agadir, Meknès et Oujda. Equipement des CR d'Agadir et de Marrakech pour la numération des CD4.
- Mise en place du génotypage des résistances aux ARV au niveau de l'Institut National d'Hygiène (INH).
- Réduction des prix des ARV grâce à l'inclusion dans le cadre de l'initiative «Access» ; la suppression des taxes et droits de douane et l'introduction des médicaments génériques. Le coût mensuel de traitement ARV par patient est passé de 13 000 Dirhams (Dh) en 1998 à 800 Dh en 2004 ;
- Mobilisation de ressources auprès du FM pour l'acquisition des ARV et des équipements et réactifs pour le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH.
- Mise en oeuvre par l'ALCS d'un programme d'éducation thérapeutique destiné à obtenir une bonne observance du traitement ARV. Grâce à ce programme, les résultats en matière d'observance sont comparables aux pays occidentaux.
- Généralisation de l'accès aux ARV à partir de 2003, à l'ensemble des PVVIH diagnostiqués et nécessitant ce traitement. En décembre 2006, 1538 PVVIH étaient sous traitement ARV, soit une augmentation significative par rapport à l'année 2001 (167 malades traités).

1.2.5 En matière de coordination de la lutte contre le sida

- Création en 2002 du comité de coordination du Maroc (CCM) composé des représentants du PNLS, des ONG thématiques, des secteurs, des agences des Nations Unies et des coopération bilatérale. Le CCM a été élargi à de nouveaux partenaires, du secteur privé et des départements gouvernementaux.
- Supervision par le CCM de l'état d'avancement du programme d'appui du FM, et suivi de la revue du PSN.
- Mise en place d'une unité de gestion pour assurer le secrétariat du CCM, appuyer le PNLS dans la mise en oeuvre et le suivi du programme et assurer le partage de l'information.



- Mise en place de trois sous-comités, émanant du CCM : (1) Sous-comité d'Information Éducation et Communication (2) Sous-comité de Suivi et évaluation (3) Sous-comité de prise en charge des PVVIH ;
- Organisation d'une retraite des membres du CCM en novembre 2005, qui a permis d'établir des recommandations pour mieux structurer le travail du Comité en tant qu'instance de coordination nationale de la LCS.

1.2.6 En matière de décentralisation dans les régions prioritaires

- Mise en place de comités intersectoriels régionaux de lutte contre le sida (CRILS) dans cinq régions prioritaires: Sous Massa Draa, Marrakech Tensift El Haouz, Tadla Azilal, Casablanca et Tanger Tétouan ;
- Préparation et mise en œuvre de plans d'actions régionaux adaptés aux contextes locaux et qui regroupent les interventions des différents partenaires ;
- Conduite en 2004 d'une évaluation de l'expérience des CRILS et définition des mesures et actions nécessaires au renforcement de ces comités qui constituent les piliers de l'intervention locale en matière de LCS.

1.2.7 En matière de surveillance et de suivi évaluation

- Extension du système de surveillance sentinelle pour atteindre 26 sites en 2006. Intégration dans la surveillance des populations clés plus exposées au risque d'infection, notamment les professionnelles du sexe et les prisonniers ;
- Conduite d'une étude épidémiologique pour surveiller l'apparition de résistances des IST aux antibiotiques ;
- Conduite d'une évaluation du PSN 2002/2006 selon une approche participative impliquant les différents partenaires du programme (ONG, les secteurs et les acteurs au niveau local). Cette revue a été une occasion pour revoir la situation, identifier les progrès ainsi que les obstacles et définir les stratégies pour la période 2007 à 2011 ;
- Conception d'un système national de suivi et d'évaluation en mesure de constituer un outil de gestion au niveau central et local. Analyse de situation et organisation d'un atelier pour la définition d'une liste d'indicateurs standardisés et des mécanismes pour la collecte et la gestion des données.



1.2.8 En matière de mobilisation des ressources

- Préparation en mars 2002, d'une proposition pour le premier appel du Fonds mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM). Cette proposition a été acceptée avec un budget de 9,2 millions de dollars US. L'appui a permis de généraliser l'accès au traitement ARV, mettre en œuvre la campagne nationale de communication sociale et étendre les activités de prévention de proximité ;
- Préparation d'une nouvelle proposition au 6^{ème} appel à soumission du FM en août 2006. Cette proposition d'un montant de 26,4 millions de dollars US à été acceptée, elle permettra l'appui au PSN 2007-2011 ;
- Elaboration d'un plan d'appui du SNU à la riposte nationale au sida pour la période 2004 à 2006 qui a intégré l'appui des agences du SNU (OMS, UNFPA, PNUD, UNESCO, UNICEF, UNIFEM et ONUSIDA) dans cinq domaines stratégiques. Préparation d'un nouveau plan d'appui du SNU pour la période 2007-2011 ;
- Mobilisation de l'appui de la coopération bilatérale notamment : l'USAID (projet PROGRESS), la Coopération technique belge (CTB), la coopération française (programme Esther) et la GTZ (projet PADRESS) ;
- Organisation par l'ALCS en décembre 2005, d'une émission télévisée, le Sidaction pour le plaidoyer et la mobilisation des fonds ;
- Augmentation du financement des activités liées au sida de 19% en moyenne chaque année entre 2002 et 2005.



Institutions partenaires dans le cadre du PSN

Départements gouvernementaux

- Ministère de la Santé
- Ministère de l'Éducation Nationale de l'Enseignement Supérieur de la Formation des Cadres et de la Recherche Scientifique
- Secrétariat d'État chargé de la jeunesse
- Ministère de la Justice (administration pénitentiaire)
- Secrétariat d'État chargé de l'entraide Nationale
- Ministère de la Communication
- Ministère des Habous et des Affaires Islamiques

ONG thématiques de lutte contre le SIDA

- Association Marocaine de lutte contre le sida (ALCS)
- Organisation panafricaine de lutte contre le sida section Maroc (OPALS)
- Ligue marocaine de lutte contre les MST (LM-LMST)
- Association marocaine des jeunes contre le sida (AMJCS)
- Association marocaine de solidarité et développement (AMSED)
- Association Soleil de soutien aux enfants infectés ou affectés
- Association du jour
- sida Entreprise Maroc

ONG non thématiques

- Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF)
- Croissant rouge marocain (CRM)
- Association des Enseignants des sciences de la vie et de la terre (AESVT)
- Associations locales de développement

Universités

- CHU Ibn Sina
- CHU Ibn Rochd



I.3 Points forts, points faibles, obstacles et opportunités

I.3.1 Points forts

Environnement de la réponse nationale

- L'implication politique au plus haut niveau ;
- L'existence d'une vision stratégique claire exprimée dans le PSN ;
- La mobilisation des plusieurs partenaires institutionnels sous l'initiative du MS ;
- Le dynamisme et la mobilisation des ONG dans tous les axes prioritaires ;
- La contribution du gouvernement, notamment dans l'achat des ARV.

Prévention

- La mise en œuvre d'une campagne de communication sociale sur le sida ;
- La mobilisation des médias nationaux et la signature de la charte "médias contre le sida" ;
- L'intégration de l'éducation par les pairs dans les clubs de santé de plusieurs collèges et lycées et son extension à plusieurs régions ;
- La mise en place par les ONG d'interventions de proximité auprès des populations clés plus exposées au risque d'infection (PS, HSH) et son extension à plusieurs villes.

Accès au conseil et dépistage volontaire

- L'élargissement de l'accès au conseil et test VIH par l'extension du nombre de centres et la mise en place d'une stratégie mobile ;
- Les pré-requis pour une prestation de qualité: respect de la confidentialité, disponibilité des équipements et des tests ;
- La diminution des délais de remise des résultats grâce à l'implantation des tests rapide VIH et la décentralisation de la confirmation par le Western Blot.

Prise en charge des PVVIH

- La disponibilité des ARV grâce à la réduction des prix et la mobilisation des fonds ;
- La décentralisation de la PEC par la création de CR régionaux et l'instauration d'une coordination entre les PE et les CR ;



- Des normes nationales organisationnelles et techniques clairement définies dans la circulaire ministérielle et le guide national de PEC.

Coordination, décentralisation et surveillance

- La mise en place du CCM qui inclut l'ensemble des partenaires impliqués ;
- La constitution dans certaines régions de Comité régionaux intersectoriels (CRILS) qui réunissent les acteurs locaux ;
- Le système national de surveillance sentinelle du VIH mis en oeuvre annuellement et progressivement étendu aux différents régions du pays.

1.3.2 Opportunités d'amélioration

En matière d'implication des partenaires

- L'implication des secteurs-clés dans la lutte contre le SIDA doit être renforcée afin d'améliorer la couverture des populations vulnérables. Il s'agit notamment des secteurs de l'emploi, du développement social, du tourisme, du transport et de l'agriculture ;
- Le secteur privé médical et non médical, n'est pas suffisamment mobilisé. Le rapprochement du milieu du travail et surtout des entreprises nécessite une implication accrue de ces secteurs ;
- La majorité des ONG non thématiques et de développement n'intègrent pas la problématique du sida dans leurs activités comme axe transversal ;
- Le manque de visibilité des PVVIH qui le plus souvent restent dans l'anonymat ;
- La participation des autorités locales et des communes reste limitée, bien que celles-ci n'entravent pas le travail de proximité mené par les ONG ;
- Les programmes et stratégies nationales de développement et de réduction de la pauvreté n'intègrent pas la LCS.

En matière de prévention

- L'insuffisance de la couverture par les activités de prévention des populations clés plus exposées au risque d'infection . Certains programmes ont un caractère ponctuel et restent limités à quelques localités ;
- L'absence de programmes structurés de prévention pour certaines populations clés plus exposées au risque d'infection notamment des usagers de drogues injectables (UDI) et des populations migrantes en situation illégale ;
- L'insuffisance des précautions universelles dans les établissements de santé, vu le manque de disponibilité du matériel à usage unique.



En matière de soins, traitement et appui

- Le processus de décentralisation de la PEC des PVVIH, n'est pas suffisamment opérationnel. Les provinces de Safi, Beni Mellal et Laayoune sont dépourvues de centre de PEC alors qu'un nombre appréciable de malades est notifié ;
- Les iniquités des plateaux techniques des hôpitaux régionaux qui vont à l'encontre de la décentralisation du diagnostic et de la PEC des PVVIH ;
- L'absence d'une stratégie de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (pTME), qui n'est intégrée qu'à travers des schémas thérapeutiques ;
- La PEC des enfants vivant avec le VIH reste confinée à Rabat et à Casablanca ;
- L'appui psychosocial aux PVVIH est insuffisant. Il se limite au travail de quelques ONG.

En matière de droits humains et de protection des personnes vulnérables

- L'inexistence d'un comité d'éthique pour se pencher les droits des PVVIH et sur l'environnement juridique de la LCS ;
- L'approche basée sur les droits humains n'est pas intégrée à la planification et la gestion des actions de LCS ;
- Les programmes de protection destinés aux enfants très vulnérables notamment les enfants des rues ou victimes de réseaux de délinquance et d'exploitation sexuelle restent limités.

En matière de décentralisation des activités de LCS

- Les comités régionaux de lutte contre le sida (CRILS) ne sont fonctionnels que dans quelques unes des régions prioritaires ;
- La faiblesse des budgets pour la mise en œuvre des plans régionaux ;
- L'absence d'institutionnalisation des CRILS et de règles régissant leur organisation et fonctionnement.

En matière de suivi et d'évaluation

- Le système d'information utilisé n'a pas suivi l'expansion de la stratégie nationale et il ne répond que partiellement aux besoins ;
- Le manque d'information sur les activités de LCS mises en œuvre par les partenaires du MS ;
- L'inexistence d'une base de données intégrant toutes les activités de LCS.



1.3.3 Obstacles

Un certain nombre d'obstacles socioculturels, institutionnels ou financiers entravent la lutte contre le sida et demandent une attention particulière du nouveau PSN.

- Les obstacles socioculturels liés aux tabous et mentalités qui constituent des freins pour les intervenants et alimentent la stigmatisation et le rejet des PVVIH ;
- Le caractère illégal de certains comportements comme la prostitution rend difficile l'accès populations clés plus exposées au risque d'infection aux interventions de proximité et aux services de dépistage et de prise en charge ;
- Le niveau socio-économique qui favorise le recours à la prostitution.
- La réticence de certains acteurs ou décideurs pour les interventions de LCS, c'est notamment le cas des employeurs au sein des entreprises et usines ;
- L'instabilité des volontaires et intervenants au niveau des ONG étant donné l'absence d'un statut ou cadre régissant leur travail ;
- La faiblesse des capacités de plusieurs partenaires dans le domaine de gestion financière et programmatique ;
- La durabilité de la lutte contre le sida reste tributaire de fonds extérieurs, notamment l'appui du Fonds mondial qui représente plus de 50% des financements.

1.3.4 Opportunités à la lutte contre le sida

Le Maroc mène une politique volontariste de développement social et humain sur laquelle le PSN 2007-2011 pourra s'appuyer pour saisir les opportunités d'intégration de la LCS.

- L'initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), lancée en mai 2005, par SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI, est le nouveau cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, la marginalisation et la précarité des couches vulnérables de la population. Ce grand programme s'articule autour de la relance de la croissance, la participation des citoyens à la dynamique de développement, particulièrement celle des populations vulnérables et défavorisés et spécifiquement les «adultes jeunes» ;
- La part des dépenses publiques affectée aux secteurs sociaux représente désormais plus de 50% du budget de l'Etat. Le secteur de l'éducation et de la formation, l'élargissement de l'accès de la population aux équipements et services sociaux de base, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED) en constituent les principales composantes ;



- La réforme du code de la famille qui donne un fondement et des garanties juridiques au principe de l'égalité entre les sexes et renforce la protection des droits et la responsabilité conjointe des deux parents dans la gestion de la famille.
- Le processus de réforme du système national de santé et la mise en place de l'assurance maladie obligatoire qui permettra un meilleur accès aux soins pour les populations vulnérables ;
- La dynamique sociale du pays avec l'amélioration des Droits de l'Homme et des processus démocratiques.



CHAPITRE II

STRATEGIES POUR LA PERIODE 2007•2011



II.1 Vision stratégique du PSN

Le PSN 2007-2011 a été élaboré dans un souci constant d'innovation, d'adaptation et de mise en œuvre des recommandations internationales. Guidé par les «Trois Principes» définis par ONUSIDA, il oriente les actions de tous les partenaires, sous une autorité nationale multisectorielle de coordination et intègre un plan commun et unique de suivi évaluation. Il contribue à l'élargissement de la réponse nationale pour atteindre en 2010 les objectifs définis par la Déclaration d'engagement sur le sida (UNGASS) et par-delà les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. L'approche volontariste qui sera mise en œuvre par les institutions publiques et privées, les ONG, les associations communautaires de développement, les professionnels de santé et les PVVIH, devra permettre de développer un corpus d'activités cohérentes et articulées pour permettre d'appréhender les enjeux contemporains de l'épidémie du VIH.

Aussi, le PSN donnera l'opportunité aux acteurs institutionnels et associatifs de la lutte contre le sida de capitaliser les expériences acquises et les leçons apprises, pour améliorer la qualité des interventions et les étendre au niveau des régions prioritaires.

La stratégie est dynamique et ambitieuse, mais reste techniquement et financièrement faisable et adaptée au contexte politique, culturel et social du pays. La vision stratégique s'exprime clairement autour de l'intensification des services de prévention, de soins et d'appui dans le contexte d'une riposte multisectorielle pour parvenir à un accès universel pour les populations clés plus exposées au risque d'infection VIH ou à son impact.

L'intensification des activités suit les principes d'une prévention efficace sur la base d'actions politiques et programmatiques essentielles. Les programmes sont fondés sur le respect des droits de la personne et du genre adaptés aux différents contextes épidémiologiques, économiques et socioculturels. Les interventions sont définies dans le cadre d'un effort soutenu dans le temps, avec la participation des groupes cibles, afin d'atteindre une couverture et une intensité suffisante.

Dans ce dessein, les acteurs doivent s'investir pour dépasser tous les obstacles sociaux, culturels, institutionnels et financiers qu'ils ont identifiés durant le processus de planification stratégique. Ces acteurs doivent avoir une vision partagée de l'évolution de la réponse nationale vers l'objectif final du PSN, un consensus sur les stratégies, un engagement à collaborer dans une structure nationale de coordination commune et le respect des principes directeurs qui découlent de l'orientation des politiques nationales.



II.2 But et objectifs stratégiques

Dans la concrétisation des OMD et des objectifs fixés par l'UNGASS, le but auquel doit contribuer le PSN est d'améliorer l'état de santé de la population par le maintien d'un faible niveau de prévalence du VIH. La concrétisation de ce but, ne dépend pas uniquement du PSN, mais aussi de toutes les interventions susceptibles d'améliorer le niveau socio économique du pays et par delà de réduire la vulnérabilité au VIH.

L'ensemble des interventions de lutte contre le sida programmées dans le PSN convergent vers l'atteinte de l'objectif stratégique ci-après.

Objectif stratégique du PSN

Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH

Pour atteindre l'objectif stratégique, le PSN 2007/2011 a défini quatre objectifs spécifiques. Ceux-ci ciblent la prévention à l'attention des populations clés plus exposées au risque d'infection, la prise en charge globale des PVVIH et la mise en place d'un dispositif d'appui psychosocial, le tout accompagné de mesures et d'actions destinées à assurer un environnement social favorable et une gestion efficace et efficiente.

Objectifs spécifiques du PSN

- 1 Renforcer les activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations clés plus exposées au risque d'infection.
- 2 Accroître et diversifier les opportunités de conseil et de dépistage du VIH, dans le respect du droit des personnes.
- 3 Assurer des soins de qualité et une prise en charge psychosociale pour les personnes vivant avec le VIH, incluant l'accès aux ARV.
- 4 Renforcer le leadership national pour une gestion et une coordination efficaces de la riposte multisectorielle au sida.



II.3 Principes directeurs

Pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'impact de la réponse nationale, sept principes directeurs ont été définis.

Premier principe directeur : *Placer les personnes plus exposées au risque d'infection au cœur de la préoccupation de tous les acteurs du PSN, en garantissant des prestations essentielles de services liées aux déterminants et aux impacts réels de l'infection.*

Le PSN construit ses stratégies en fonction de l'amélioration de la qualité de la réponse au bénéfice des personnes les plus exposées au risque d'infection et avec leur participation. Chaque personne appartenant à ces populations bénéficiera de prestations essentielles de services, spécifiques aux déterminants et aux impacts identifiés. Les acteurs locaux continueront à donner la priorité à la qualité et l'efficacité de ces prestations basées sur les besoins et les droits et en liaison avec les autres services sociaux.

Deuxième principe directeur : *Développer la riposte nationale sous forme de réponses locales coordonnées et décentralisées, et d'actions d'appui et de consolidation à l'échelle nationale.*

L'action est axée sur un choix raisonné de régions où l'analyse de la situation épidémiologique et socio anthropologique a montré une nette dynamique focale liée au VIH. La riposte nationale renforce les compétences, les capacités institutionnelles et l'organisation nécessaires aux acteurs locaux et aux communautés concernées pour être efficaces dans la prévention du VIH et la réduction de son impact. Elle se déclinera dans un ensemble de réponses locales coordonnées et consolidées par des actions de mobilisation et de communication. Cela se traduira par l'élaboration de plans d'action pour chaque région prioritaire dans un souci pratique d'une mise en œuvre décentralisée.

Troisième principe directeur : *Garantir une extension progressive de la couverture géographique des groupes vulnérables prioritaires.*

Ce principe directeur est le corollaire du premier principe pour permettre à toutes les personnes plus exposées au risque d'infection de bénéficier de prestations essentielles de services de qualité. La couverture des différentes régions du pays sera progressive, au fur et à mesure de l'amélioration de la qualité et de la mobilisation adéquate des moyens humains et matériels.

Quatrième principe directeur : *Impliquer les partenaires multisectoriels dans la riposte nationale au sida.*

Les déterminants de la vulnérabilité au VIH et les catégories d'impact sont de dimensions à la fois individuelle, socioculturelle et économique. La réponse



nationale intègre ces dimensions dans son approche multisectorielle. Le partenariat avec les secteurs sera consolidé et étendu. Chaque secteur partenaire définira mieux son rôle et ses responsabilités dans la réponse nationale en fonction des prestations essentielles de services dépendant de son mandat et des populations placées sous sa tutelle. Cela se traduira par l'élaboration de plans sectoriels de LCS pour chaque secteur-clé.

Cinquième principe directeur : *Garantir l'équité et le respect des droits de la personne et du genre.*

Stigmatisation et discrimination, inégalité des genres, sont autant de freins à la LCS, isolant les personnes plus exposées au risque d'infection, infectées ou affectées, les éloignant des services de prévention, de dépistage et de prise en charge. Pour combattre ou anticiper ces situations d'exclusion et assurer le respect de l'éthique, des actions spécifiques doivent être mises en œuvre par les acteurs institutionnels et associatifs. Le PSN intègre dans toutes ses stratégies, ces problématiques pour lesquelles une part importante du plaidoyer, de la mobilisation, de la communication sociale et de la formation des intervenants, est réservée.

Sixième principe directeur : *Gérer et coordonner la réponse nationale au niveau central et régional en vue d'harmoniser et assurer la pertinence et l'efficacité des interventions.*

La réponse nationale connaît une large expansion, le partenariat entre les secteurs gouvernementaux et les associations a été élargi et les sources de financement se sont diversifiées. Le PSN, se doit de mettre en œuvre tous les moyens et outils pour harmoniser, coordonner et suivre les activités de LCS aux niveaux national et local. Aussi le PSN, devra œuvrer pour la mise en œuvre des trois principes «Tree Ones», notamment "une instance unique de coordination" et "un système national de suivi évaluation".

Septième principe directeur : *Pérenniser la riposte par un appui politique et une mobilisation des fonds au niveau national*

La pérennisation de la riposte nationale passe par un engagement constant de l'Etat et une intégration d'une partie des dépenses dans le Budget national en fonction des prestations essentielles de services. Le PSN devra œuvrer pour assurer l'appui politique et une plus grande mobilisation des fonds au niveau national. Il oeuvrera en outre, à augmenter progressivement la couverture sociale des PVVIH dans le cadre du système d'assurance maladie.



II.4 Priorités du PSN, groupes et régions prioritaires, prestations de services

II.4.1. Priorités du PSN

Le PSN 2007 2011 se fixe comme priorité l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et l'appui en matière de VIH. Ceci se traduit par :

- (1) L'accès de toute la population à des informations et une communication de masse sur les IST et sida.
- (2) L'accès des populations clés plus exposées au risque d'infection, identifiés dans les régions prioritaires, à des interventions de proximité (prévention, prise en charge des IST, conseil et dépistage volontaire).
- (3) L'accès des personnes vivant avec le VIH dans toutes les régions du pays, à la prise charge médicale y compris aux ARV et à l'appui psychosocial.

La priorité sera ainsi donnée aux activités des axes suivants :

- La communication sociale de masse régulière et continue, pour la prévention du VIH, couvrant tout le pays ;
- La réduction de la vulnérabilité à l'infection par le VIH chez les jeunes scolarisés ou non scolarisés dans les régions prioritaires ;
- L'amélioration progressive de la couverture des populations clés plus exposées au risque d'infection par les interventions de prévention de proximité dans les régions prioritaires ;
- Le renforcement de la prise en charge précoce des IST et l'intégration de la prévention du VIH dans les services de santé reproductive dans tout le pays ;
- La mise en place d'un programme de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables dans les régions prioritaires concernées ;
- L'amélioration de l'accès au conseil et test VIH volontaire et au dépistage clinique dans les régions prioritaires ;
- L'accès aux ARV et à l'appui social en vue de la réduction de l'impact médical et social du sida chez les personnes vivant avec le VIH au affectées par le VIH ;



- La mise en œuvre progressive d'un programme de pTME dans les régions prioritaires ;
- Le renforcement du partenariat et du plaidoyer pour une plus grande mobilisation dans la lutte contre le sida ;
- Le renforcement des capacités de coordination, de gestion et de suivi évaluation de la riposte au niveau national et des régions prioritaires.

II.4.2. Régions et groupes vulnérables prioritaires

L'analyse de la situation épidémiologique et des déterminants de l'infection par le VIH réalisée dans le cadre de l'élaboration du PSN, a permis de mettre en évidence les régions prioritaires où vivent des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Ainsi la priorité mais non l'exclusivité pour les interventions du PSN est donnée aux 9 régions ci-après.

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| • Grand Casablanca | • Doukkala Abda |
| • Marrakech Tensift Al Haouz | • Fès Boulemane |
| • Rabat Salé Zemmour Zaïr | • Meknes Tafilalet |
| • Sous Massa Draa | • Tadla Azilal |
| • Tanger Tétouan | |

Le concept «régions prioritaires du PSN» sous-entend, l'intensification des interventions et la mise en place des conditions optimales pour la coordination et la gestion décentralisées de la lutte contre le VIH/SIDA, ceci par :

- La déclinaison du PSN en plan régional ;
- Le renforcement et mise en place du Comité Régional Intersectoriel (CRILS) ;
- La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités du plan régional ;
- La mise en place d'un système de suivi et évaluation et de bases de données régionales.



Les populations clés plus exposées au risque d'infection identifiées, constituent la priorité des interventions qui seront menées dans le cadre du PSN. Ce sont notamment, les jeunes scolarisés ou non scolarisés, les femmes en situation de vulnérabilité, les professionnels (les) du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les usagers de drogues injectables (UDI), les personnes atteintes d'IST, les détenus, les routiers, les enfants en situation de précarité, les personnes soumises à une mobilité fréquente et les populations migrantes étrangères.

La démarche retenue auprès de ces populations est dynamique et participative et basée sur une approche «droits humains». Celles-ci bénéficieront d'actions de prévention de proximité. L'accès aux soins sera privilégié pour permettre aux personnes qui découvriront leur statut sérologique d'être prises en charge et le cas échéant de bénéficier de traitements par les ARV. La participation active des personnes concernées sera privilégiée à toutes les étapes de mise en œuvre des activités notamment à travers l'éducation par les pairs et la médiation, mais aussi lors de la réalisation des études et de l'évaluation des actions.

Populations clés prioritaires

Populations clés plus exposées au risque d'infection

- Les jeunes, des deux genres, scolarisés ou non
- Les femmes en situation de vulnérabilité
- Les enfants en situation précaire
- Les professionnels (les) du sexe, féminins et masculins
- Les usagers de drogues injectables
- Les migrants, en particulier ceux en situation irrégulière
- Les populations en situation de mobilité fréquente
- Le personnel des services en uniforme
- Les prisonniers
- Les personnes atteintes d'IST

Populations clés exposées à l'impact du sida

- Les personnes vivant avec le VIH
- Les personnes affectées par le VIH



II.4.3. Prestations essentielles de services

Durant le processus de planification stratégique, l'analyse des déterminants de la vulnérabilité à l'infection par le VIH et à l'impact du sida a permis l'identification des prestations de services dites essentielles qui sont délivrées au bénéfice direct des personnes clés plus exposées au risque d'infection. Le concept des prestations essentielles de services repose sur le principe que l'accès à ces prestations, dont l'efficacité est prouvée ou supposée, permettra de prévenir de nouvelles infections par le VIH ou de réduire l'impact du sida. Bien que les prestations essentielles de services aient été identifiées spécifiquement pour chacun de ces populations, elles peuvent être résumées ci-après.

Prestations essentielles de prévention

- Communication de masse ;
- Education formelle par les institutions éducatives publiques et privées ;
- Communication communautaire de proximité, informelle par les pairs, au niveau individuel ou de groupe ;
- Disponibilité des préservatifs ;
- Diagnostic et traitement précoce des IST ;
- Conseil et dépistage volontaire et confidentiel du VIH ;
- Traitement de substitution aux drogues injectables ;
- Echange de seringues pour les UDI ;
- Mesures universelles de précaution dans les établissements de soins.

Prestations essentielles de réduction d'impact

- Prise en charge des personnes vivant avec le VIH ;
- Prophylaxie et traitement des infections opportunistes ;
- Accès aux ARV ;
- Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (pTME) ;
- Appui psychologique et social ;
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- Activités génératrices de revenu.



II.5 Objectifs, résultats et produits attendus des activités du PSN

II.5.1 Premier objectif spécifique du PSN : Renforcer les activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations les plus exposées au risque d'infection


 **Résultat 1.1 : La communication sociale de masse, pour la prévention du VIH est continue et régulière**

La stratégie nationale de communication sociale en matière de lutte contre le sida est révisée et mise en œuvre.

La stratégie de communication sera évaluée afin d'orienter les messages et moyens à mettre en œuvre dans le cadre des campagnes futures. Ces dernières se veulent plus offensives, mieux ciblées et adaptées aux différents contextes culturels et linguistiques des régions prioritaires. De nouveaux supports seront développés et la communication sera relayée au niveau régional, tirant partie des événements locaux. Des approches de communication novatrices et culturellement adaptées comme l'implication des Imams et des Mourchيدات, l'utilisation du chant populaire et du théâtre issus du patrimoine culturel national, seront promues.

Produits attendus des programmes et activités

- Avant la fin de l'année 2007, la stratégie nationale de communication sociale en matière de lutte contre le sida sera évaluée et révisée ;
- La stratégie de communication révisée sera mise en œuvre à partir de l'année 2008 ;
- Progression annuelle de 10% du nombre de personnes sensibilisées.

 **Résultat 1.2 : La couverture des populations clés plus exposées au risque d'infection par des actions de prévention de proximité est renforcée et étendue, dans le respect des droits de la personne.**

La couverture des populations clés plus exposées au risque d'infection est appelée à s'étendre à d'autres foyers. Cela nécessite une mobilisation et une implication accrues des ONG et des secteurs sociaux. Cette extension et ce



renforcement de la couverture seront organisés en fonction des besoins géographiques. Ainsi, la couverture nationale s'optimisera en partageant les zones, les ressources et les compétences entre les différents partenaires, selon les capacités régionales et la valeur ajoutée spécifique.

Les programmes d'éducation en matière de VIH chez les jeunes scolarisés et non scolarisés sont renforcés et étendus.

Les jeunes et les adolescents restent des cibles privilégiées pour les actions de prévention; d'eux viendront les changements de comportement. Les nombreuses actions menées grâce à un partenariat solide avec le MEN, le SEJ et les ONG seront poursuivies et renforcées. Les guides de formation déjà en place seront revus, les composantes IST et sida s'intégreront mieux dans les curriculums des collèges et lycées et l'éducation par les pairs sera renforcée au sein des clubs de santé dans les collèges et lycées des 9 régions prioritaires.

A ces actions intra scolaires s'ajouteront toutes les opportunités extrascolaires notamment au sein des institutions publiques et privées qui accueillent les jeunes, comme les centres de formation et d'accueil, les maisons de jeunes, les associations de quartiers mais aussi en dehors des institutions (rue, cybercafés, etc.). Diverses approches déjà testées dans le cadre du PSN précédent, seront mises en oeuvre par les ONG, l'Entraide Nationale et le Secrétariat d'Etat chargé de la Jeunesse: éducation par les pairs, kiosques et unités mobiles d'information, l'éducation par les CD roms etc.

Les opportunités pour éduquer les femmes en matière de prévention du VIH et d'habiletés de négociation sont saisies et accrues à tous les niveaux.

Le PSN prévoit une plus grande la mobilisation des ONG féminines pour étendre les activités de sensibilisation des femmes. Ces actions permettront de développer les approches visant à renforcer le pouvoir de négociation des femmes pour la prévention du VIH, particulièrement celles qui sont en situation de vulnérabilité. L'approche basée sur les droits humains sera privilégiée dans le cadre des actions prévues qui incluent la formation des éducatrices sur la base du guide national de référence élaboré en 2006. Ainsi, l'éducation sera étendue et renforcée dans tous les lieux qui regroupent les femmes: foyers féminins, associations de femmes, associations de développement, programmes d'alphabétisation, lieux de travail etc.



Les programmes de prévention du VIH adaptés aux différentes catégories des populations clés plus exposées au risque d'infection sont renforcés et étendus.

Les interventions de proximité mises en œuvre auprès des Professionnelles du sexe, HSH et ouvrières, seront renforcées et étendues aux autres sites et adaptées aux diverses catégories de vulnérabilité. Celles-ci visent à instaurer parmi ces publics une démarche durable de prévention et de soins et contribuer à répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux. Elles privilégieront l'approche d'éducation par les pairs, la promotion et la distribution de préservatifs et l'orientation vers les services de dépistage et de PEC. Le volet réinsertion sociale par le bais d'activités génératrices de revenus sera aussi initié. Le renforcement des capacités des intervenants de proximité est primordial et sera, quand cela est possible, institutionnalisé constituant ainsi la reconnaissance de leur travail. Par la capitalisation de leurs expériences, ces éducateurs spécialisés contribueront à renforcer localement les capacités des autres associations.

La prévention du VIH au sein de la population carcérale est renforcée.

Le plan sectoriel de lutte contre le sida en milieu carcéral sera mis en œuvre. Ce plan permettra d'étendre les programmes de formation du personnel, l'éducation par les pairs, la sensibilisation des détenus et l'aménagement des centres d'écoute aux différentes prisons du pays. Des conventions de partenariat avec les ONG seront mises en œuvre, pour favoriser l'accès à la prévention et au dépistage en milieu carcéral.

Un programme de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables (UDI) est mis en œuvre et progressivement étendu.

Les usagers de drogues injectables (UDI) qui n'étaient pas ciblés jusqu'ici bénéficieront d'un programme spécifique. Les efforts seront focalisés sur la mise en place et l'extension progressive d'un programme de réduction des risques qui comporte l'implantation de centres à bas seuil d'exigence, l'introduction du traitement de substitution, un programme d'échange de seringues ainsi qu'une stratégie d'éducation et de prévention de proximité.

Un programme de réduction de la vulnérabilité au VIH, adapté aux populations migrantes en situation irrégulière est mis en œuvre et étendu.

Une analyse de la situation relative à la vulnérabilité des populations migrantes et à l'accès aux soins sera conduite en vue de développer un programme spécifique pour ces populations. Ce programme sera focalisé



sur des interventions de proximité par le biais d'éducateurs/médiateurs pairs, l'orientation et l'accompagnement vers les services de dépistage volontaire et de PEC ainsi que l'appui psychosocial. Sa mise en œuvre sera assurée en collaboration avec les ONG et les partenaires internationaux.

Des programmes adaptés aux enfants en situation de précarité et de vulnérabilité au VIH sont mis en œuvre dans les régions prioritaires.

Les programmes de protection, menés par les ONG et les secteurs sociaux, destinés aux enfants très vulnérables qui restent actuellement limités, s'étendront aux enfants au travail, enfants des rues et enfants victimes de réseaux de délinquance et d'exploitation sexuelle. Des évaluations de la situation seront conduites et des programmes spécifiques de formation mis en œuvre au sein des ONG et secteurs qui travaillent auprès des enfants.

Les actions de prévention du VIH au profit des différentes catégories de personnel en uniforme sont renforcées

L'expérience des Services de santé des Forces armées royales (FAR) en matière de prévention sera capitalisée, renforcée et étendue aux autres catégories de services en uniforme. Des plans et programmes d'intervention seront élaborés pour chacun des services, incluant la formation des éducateurs et la mise en œuvre des activités de sensibilisation et d'éducation au sein de ces services.

L'accès au préservatif est amélioré

La promotion du préservatif et son système de distribution dans tous les lieux de proximité, seront consolidés afin d'améliorer l'accès et la disponibilité de ce moyen de protection. En complément des interventions de proximité, une stratégie de marketing social du préservatif sera élaborée et mise en œuvre en collaboration avec le secteur privé. Cette stratégie vise à initier une démarche d'utilisation régulière du préservatif pour la prévention.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, le programme de réduction des risques chez les UDI sera mis en place dans 2 sites et étendu à 3 autres sites en 2009 ;
- A la fin de l'année 2008, un programme de réduction de la vulnérabilité au VIH auprès des populations migrantes en situation irrégulière sera mis en œuvre ;
- A la fin de l'année 2008, une stratégie de marketing social du préservatif sera élaborée et mise en œuvre ;
- A la fin de l'année 2009, les programmes d'éducation en matière de sida chez les jeunes scolarisés auront été étendus aux 9 régions prioritaires ;
- A la fin de l'année 2009, 450.000 jeunes auront été éduqués et sensibilisés en matière de prévention du VIH, pour atteindre 600 000 fin 2011 ;
- A la fin de l'année 2009, les interventions de proximité seront étendues aux populations clés plus exposées au risque d'infection des 9 régions prioritaires ;
- A la fin de l'année 2011, 400 000 personnes plus exposées au risque d'infection auront été couvertes par des interventions de prévention.

 **Résultat 1.3 : Les services de santé ont renforcé les actions de prise en charge des IST et de prévention du VIH dans leurs prestations.**

Les services de santé reproductive ont renforcé la prise en charge des IST et intégré la prévention du VIH

Pour permettre une meilleure couverture de services pour les femmes, le PSN prévoit de s'appuyer sur les programmes de santé reproductive (SMI et PF) mis en œuvre dans les structures de soins de santé de base. La prise en charge syndromique des IST, implantée dans les services du MS depuis l'année 2000, sera redynamisée afin de répondre aux besoins actuels. De même, la sensibilisation sur la prévention du VIH sera intégrée dans les activités des services de santé reproductive qui drainent un nombre considérable de femmes. Une étude de prévalence des IST chez les femmes permettra d'actualiser les données et de réviser l'algorithme de prise en charge syndromique. Des supports adaptés seront élaborés et la formation du personnel assurée sur la base du guide national. Ces actions concerneront également les ONG qui offrent des consultations pour les professionnels du sexe et autres populations vulnérables.



Le secteur privé médical participe activement à la lutte contre le sida

Le renforcement de la participation du secteur privé médical constitue un élément fondamental du PSN. Les interventions dans ce cadre prévoient la conduite d'un plaidoyer au niveau des associations professionnelles, la définition des rôles et responsabilités du secteur privé médical et la sensibilisation et formation des prestataires.

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, les algorithmes de prise en charge des IST chez la femme auront été révisés et le guide national adapté.
- A la fin de l'année 2008, les prestataires de SR du secteur public au niveau des provinces prioritaires auront été recyclés.
- A la fin de l'année 2008, un document sur les rôles et responsabilités du secteur privé en matière de lutte contre le sida aura été élaboré.
- A la fin de l'année 2009, les services de santé reproductive des régions prioritaires auront intégré la prévention du VIH parmi leurs activités.

Résultat 1.4 : Les mesures universelles de précautions sont renforcées dans les établissements sanitaires

Les compétences pour assurer les mesures universelles de précaution sont renforcées.

La formation et l'élaboration d'outils et supports pour le personnel des établissements sanitaires renforceront leurs compétences pour une meilleure évaluation du risque et pour la gestion des déchets piquants et tranchants. Des fongibles et consommables médicaux (gants, masques et autres moyens de protections) seront disponibles dans les services de soins et les laboratoires qui prennent en charge les PVVIH.

Les moyens pour la prophylaxie de la transmission du VIH sont disponibles dans les services de soins.

La disponibilité des kits de prophylaxie post-exposition au VIH sera assurée dans les hôpitaux régionaux et les équipes hospitalières concernées notamment les pôles d'excellence (PE), les centres référents (CR) et les laboratoires en charge des PVVIH. Des formations sur l'utilisation des kits seront dispensées et un système de permanence établi.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin 2008, le personnel des établissements sanitaires des régions prioritaires aura été formé pour assurer les mesures universelles de précaution.
- A la fin de l'année 2008, les moyens pour la prophylaxie de la transmission du VIH seront disponibles dans les services en charge des PVVIH et les laboratoires .

II.5.2 Deuxième objectif spécifique du PSN : Accroître et diversifier les opportunités de conseil et de dépistage du VIH dans le respect du droit des personnes.

 **Résultat 2.1 : Le dépistage clinique est renforcé dans les services de diagnostic et de traitement des secteurs public et privé**

Les indications du dépistage clinique sont élargies

En vue d'un diagnostic précoce, les indications du dépistage clinique du VIH s'élargiront à un certain nombre de pathologies liées à cette infection. Un guide de dépistage clinique sera élaboré, des formations des prestataires des secteurs public et privé organisées et un système de référence et contre référence mis en place entre les prestataires. Compte tenu du lien particulier entre l'infection par le VIH et la tuberculose, le dépistage volontaire du VIH sera intégré dans 6 centres antituberculeux (CDMR).

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, les indications du dépistage clinique auront été élargies et un guide de référence élaboré.
- A la fin de l'année 2008, 3 CDMR dans les régions prioritaires ont intégré le dépistage du VIH dans les activités de prise en charge de la tuberculose.

 **Résultat 2.2 : L'accès au conseil et test VIH volontaire est amélioré dans les régions prioritaires**

L'implantation des centres de conseil et test VIH est étendue

De nouveaux centres de dépistage volontaire seront mis en place par les ONG thématiques. Une liste des villes où implanter les nouveaux centres sera établie



et régulièrement actualisée pour une meilleure répartition et optimisation des interventions. Les responsabilités, et les liens fonctionnels seront définis pour une meilleure rentabilité de l'intervention des ONG qui disposent de locaux au sein des formations sanitaires.

L'activité de conseil et test VIH est intégrée dans les centres de santé des sites sélectionnés

Le dépistage volontaire du VIH sera intégré dans plusieurs centres de santé du MS au niveau des régions prioritaires. La sélection des centres sera guidée par la proximité de populations clés plus exposées au risque d'infection vulnérables et l'absence d'ONG thématiques à même d'offrir des activités de dépistage volontaire. Le transfert des compétences des ONG vers ces centres permettra la formation des équipes médicales et paramédicales et d'assurer le respect des principes et règles d'éthique et de confidentialité.

Une stratégie par unité de dépistage mobile est mise en oeuvre

La stratégie mobile de dépistage sera renforcée et étendue dans toutes les régions prioritaires pour un meilleur recrutement et un renforcement de l'accès au dépistage. Les campagnes de dépistage seront intensifiées pour atteindre les populations vulnérables et apporter un appui aux interventions de proximité menées dans les différents sites urbains et ruraux identifiés au niveau des régions prioritaires.

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, une liste des sites pour l'implantation des centres de dépistage aura été élaborée ;
- A la fin de l'année 2008, 20 nouveaux centres de dépistage auront été mis en place dans les régions prioritaires au sein des ONG et des services de Santé ;
- A la fin de l'année 2009, la stratégie par unité de dépistage mobile aura été étendue aux 9 régions prioritaires ;
- A la fin de l'année 2011, 150 000 test VIH volontaires auront été réalisés dans les centres et les unités mobiles de dépistage.



 **Résultat 2.3 : Les modalités de gestion et de contrôle des activités de conseil et dépistage volontaire du VIH sont normalisées et régulièrement mises à jour.**

Un système d'accréditation des centres de conseil et test VIH est opérationnel

Un système d'accréditation des centres de conseil et tests VIH volontaire, sera mis en place en vue d'assurer la qualité des prestations dispensées. Il permettra la mise à jour régulière par un comité d'examen national, de la liste des centres qui répondent à une liste de critères minimums requis, selon les normes définies au niveau national.

La stratégie de dépistage biologique est adaptée et régulièrement mise à jour

La stratégie de dépistage biologique du VIH notamment l'utilisation des tests rapides et la confirmation par le Western Blot, sera évaluée et adaptée pour simplifier les modalités de diagnostic et réduire les délais opérationnels de remise des résultats aux personnes concernées.

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2008, un système d'accréditation des centres de dépistage aura été mis en place ;
- A la fin de l'année 2008, la stratégie de dépistage biologique du VIH aura été révisée.

II.5.3 Troisième objectif spécifique du PSN : Assurer des soins de qualité et une prise en charge psychosociale pour les personnes vivant avec le VIH, incluant l'accès aux ARV

L'accès aux ARV de tous les PVVIH éligibles au traitement s'inscrit dans la démarche du Maroc pour assurer l'accès universel à la prévention et aux soins. Il s'agit d'assurer la continuité du traitement pour tous ceux bénéficiant des ARV et de l'offrir à tout nouveau patient répondant aux critères d'éligibilité tels qu'énoncés par la circulaire ministérielle sur la prise en charge de l'infection à VIH et conformément aux recommandations internationales. Ainsi, le PSN vise à capitaliser un savoir acquis en matière de prise en charge thérapeutique des PVVIH par une extension et une décentralisation des services de soins tout en assurant la qualité optimale des prestations.



Résultat 3.1 : L'accès aux ARV, le traitement des Infections Opportunistes (IO) et le suivi biologique sont assurés

Les médicaments ARV et pour les infections opportunistes sont disponibles pour les PVVIH qui nécessitent un traitement

L'approvisionnement régulier en médicaments nécessaires au traitement des PVVIH sera consolidé. La quantification des besoins en ARV a été faite à partir des prévisions concernant le nombre de PVVIH qui vont nécessiter un traitement. Grâce à la promotion de l'offre de dépistage volontaire, plus de personnes seront dépistées précocement et par conséquent, prises en charge plus tôt, ce qui s'accompagnera d'une augmentation des files actives des différents services de prise en charge médicale. Ainsi, le PSN s'est fixé comme objectif de prendre en charge par les ARV de 4500 personnes (adultes et enfants à l'horizon 2011, soit une couverture de 75% du nombre estimé de PPVIH qui nécessitent un traitement.

Un effort constant sera déployé, afin de continuer à réduire les coûts des ARV. Du suivi des conventions avec les institutions internationales et les entreprises pharmaceutiques à l'acquisition des médicaments génériques auprès des centrales d'achat, en passant par une simplification thérapeutique, toutes les opportunités de réduction de coûts des médicaments et des réactifs seront saisies. Le plaidoyer auprès des institutions publiques ou privées de couverture médicale sera maintenu pour étendre la PEC des traitements et du suivi biologique.

Le suivi biologique est assuré pour les personnes vivant avec le VIH

L'investissement consenti en matière de modernisation et de mise à jour de l'équipement nécessaire au suivi biologique (CD4, charge virale, etc.) sera poursuivi et complété par l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de maintenance des appareils existants ou nouvellement acquis.

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2008, les prix des ARV auront été réduits ;
- A la fin de l'année 2008, une stratégie de maintenance des équipements biologiques sera en place ;
- A la fin de l'année 2011, 4500 personnes (adultes et enfants) seront pris en charge par les ARV et bénéficieront d'un suivi biologique ;
- A la fin de l'année 2011, 75% des personnes estimées ayant une infection VIH avancée recevront une association d'anti-rétroviraux.



Résultat 3.2 : Les capacités des intervenants et la décentralisation de la prise en charge des Personnes vivant avec le VIH sont renforcées.

Ce résultat vise l'extension des services de PEC, une plus grande accessibilité particulièrement aux personnes les plus démunies et un renforcement de la qualité des prestations de soins grâce à la mise en œuvre d'un programme de formation continue des prestataires.

Les directives en matière de prise en charge sont régulièrement adaptées, révisées et diffusées

Les directives nationales relatives aux modalités organisationnelles et techniques de la prise en charge des PVVIH seront régulièrement révisées et diffusées dans le cadre de circulaires ministérielles. Des recommandations précises sur les médicaments à utiliser en première ligne, ceux qui sont à réserver à la deuxième ligne et les critères de changement, simplifieront les protocoles thérapeutiques qui seront régulièrement adaptés. Une composante pédiatrique complète et un volet nutrition seront intégrés au guide national de prise en charge des PVVIH.

Les capacités des intervenants en matière de prise en charge sont renforcées.

Les intervenants des PE et des CR seront régulièrement informés des directives et pratiques en matière de prise en charge, grâce à une adaptation régulière des guides nationaux ainsi que la mise en œuvre d'un système de formation continue, de journées d'information et d'un système de supervision.

Les services cliniques sont renforcés et étendus à 2 nouveaux pôles d'excellence (PE) et 4 nouveaux centres référents (CR).

Deux PE au niveau des CHU de Marrakech et de Fès seront ouverts auxquels s'ajouteront 4 nouveaux CR dans les villes de Safi, Beni Mellal, Kénitra et Ouarzazate. Ceci inclut la mise à disposition des équipements, des médicaments et des réactifs ainsi que le renforcement des capacités des prestataires. Le système de référence entre les PE et les CR, pour un suivi personnalisé du traitement des PVVIH, sera consolidé par l'utilisation des nouvelles technologies de communication.

Une attention particulière sera accordée à la création des meilleures conditions pour la prise en charge thérapeutique et sociale des enfants avec les objectifs de développer le cadre technique et l'organisation des soins. Le PE de Rabat désigné comme le pôle central de prise en charge des enfants sera renforcé, ainsi que les services de pédiatrie des CR régionaux d'Agadir et de Marrakech.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, les PE et CR existant auront été renforcés ;
- A la fin de l'année 2007, les protocoles de prise en charge auront été revus et diffusés ;
- A la fin de l'année 2008, le système de référence, de communication et de supervision entre les PE et les CR sera consolidé ;
- A la fin de l'année 2009, les PE de Marrakech et de Fès et les CR de Safi, Beni Mellal, Kénitra et Ouarzazate auront été mis en place

Résultat 3.3 : Les personnes vivant avec le VIH ont accès à une prise en charge psychosociale de qualité.

Les programmes d'éducation thérapeutique pour améliorer l'observance aux traitements ARV sont renforcés.

Le programme d'éducation thérapeutique mis en place à Casablanca, Marrakech et Rabat et qui a montré des résultats très satisfaisants en matière d'observance et sur la santé des patients sera maintenu et étendu aux CR. L'aspect communautaire de ce programme sera également renforcé afin d'assurer l'appropriation du projet par les bénéficiaires. L'intégration des PVVIH au sein des équipes d'éducateurs thérapeutiques sera également promue et privilégiée.

Les outils d'appui à la prise en charge psychosociale sont élaborés et implantés.

Il est prévu la mise en place de dispositifs et d'outils (guides) ainsi que le renforcement des capacités des intervenants du secteur public et de la société civile dans ce domaine. Ce paquet d'appui sera adapté aux demandes et besoins des PVVIH et aux besoins différenciés des femmes et des hommes. Son cadre technique sera structuré par la définition du rôle et des moyens des ONG et des autres secteurs sociaux qui seront mobilisés et impliqués. Le support psychologique et thérapeutique par les assistantes sociales, les médiateurs et les pairs sera privilégié.

Les actions d'accompagnement sont renforcées

Le système d'accompagnement par le biais d'agents sociaux, et la création par les ONG, d'espaces d'écoute et de groupes de support, constituent des actions principales qui permettront de rompre l'isolement et la création de liens de solidarité entre les PVVIH. Ces actions seront complétées par un soutien juridique et la possibilité de réinsertion sociale par le biais des activités génératrices de revenu (AGR).



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2008, le paquet d'appui psychosocial est élaboré et un système d'accompagnement des PVVIH mis en place ;
- A la fin de l'année 2008, les programmes d'éducation thérapeutique auront été renforcés et étendus à tous les centres référents.



Résultat 3.4 : Une stratégie de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (pTME) est mise en œuvre et progressivement étendue.

Une stratégie pTME est élaborée et mise en œuvre

Le PSN prévoit de développer une véritable stratégie pTME incluant l'information des femmes, le dépistage, la prophylaxie ARV, les pratiques obstétricales, le traitement et le suivi de l'infection VIH chez la femme enceinte et l'enfant. Sa mise en œuvre débutera au niveau de sites pilotes dans les régions prioritaires (PE de Rabat et Casablanca, CR d'Agadir et Marrakech). Les prestataires des services de santé de base et des hôpitaux, seront formés. Le recrutement et l'accès au dépistage seront améliorés, les pratiques obstétricales et la prophylaxie et le traitement des femmes enceintes et des enfants adaptés. La stratégie de pTME sera évaluée dans les sites pilotes, dès 2008, avant d'être étendue aux autres régions prioritaires.

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, un programme pTME pilote aura été mis en œuvre dans 2 régions prioritaires et dans une maternité de CHU ;
- A la fin de l'année 2008, l'expérience pTME aura été évaluée et une stratégie nationale développée ;
- A la fin de l'année 2010, la stratégie nationale de pTME sera mise en place dans toutes les régions prioritaires.



II.5.4 Quatrième objectif spécifique du PSN : Renforcer le leadership pour une gestion et une coordination efficaces de la riposte multisectorielle au sida.

Résultat 4.1: Le partenariat public/privé et société civile, dans la lutte contre le sida est renforcé et étendu.

Le PSN vise à insuffler une dynamique de mobilisation et d'implication de tous les secteurs de la société, à appuyer la décentralisation des activités de LCS et à créer une plus grande synergie entre tous les acteurs multisectoriels au niveau des régions prioritaires. Cette stratégie d'intégration sera également promue pour les grands projets de développement et particulièrement l'INDH.

Les secteurs clés ont élaboré et mis en œuvre leurs plans de LCS

L'appui sera apporté à l'intégration de la composante sida dans le cadre des activités de plusieurs secteurs ministériels (notamment les Ministères des Habous et Affaires islamiques, de l'emploi, du développement social, de l'agriculture etc.) ainsi que du secteur privé. Les secteurs seront appuyés dans l'élaboration de leurs plans d'actions en vue d'une mise en œuvre efficace des activités au profit des publics cibles dont ils sont responsables. Un accent particulier sera mis sur la mobilisation du secteur privé pour une réduction de la vulnérabilité en milieu de travail.

L'intégration de la lutte contre le sida dans les programmes de développement et de réduction de la pauvreté est renforcée.

Cette stratégie innovante vise à mobiliser les associations à base communautaire pour qu'elles intègrent progressivement la prévention du VIH en s'appuyant sur le savoir faire acquis des ONG thématiques. Les associations de développement à base communautaire mobilisées serviront par la suite de relais pour encadrer le travail des autres ONG présentes dans leur environnement qui pourront préparer et mettre en œuvre des projets adaptés au contexte de la vulnérabilité au niveau local.

La décentralisation des activités de lutte contre le sida dans les régions prioritaires est renforcée

Le PSN oeuvrera au renforcement de la décentralisation et la coordination des activités de LCS au niveau des 9 régions prioritaires. Les Comités Régionaux multisectoriels de LCS (CRILS) seront accompagnés pour élaborer leurs plans d'actions et assurer le suivi régulier de leurs activités. Ces comités seront aussi soutenus par un fonds d'appui pour mettre en œuvre des projets en collaboration avec les ONG locales. Les CRILS oeuvreront aussi à promouvoir les liens fonctionnels entre les acteurs qui assurent des activités de LCS et ceux qui délivrent des prestations sociales au profit des populations clés plus exposées au risque d'infection.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2008, les 9 régions prioritaires disposeront d'un CRILS et d'un plan stratégique régional de lutte contre le sida ;
- A la fin de l'année 2008, 6 Ministères disposeront d'un plan sectoriel de lutte contre le sida et mettront en œuvre des plans d'action annuels ;
- A la fin de l'année 2008, la commission sociale de la CGEM aura recommandé à ses adhérents, d'intégrer les actions de lutte contre le sida dans les programmes des comités d'hygiène et de sécurité ;
- Chaque année, 20 nouvelles organisations à base communautaire intègrent la lutte contre le sida dans le cadre de leurs activités.

Résultat 4.2 : Le plaidoyer mené auprès des décideurs et des acteurs sociaux a permis une plus grande mobilisation et protection des droits des PVVIH

La mobilisation des décideurs et acteurs sociaux dans la lutte contre le sida est renforcée

Le plaidoyer auprès des décideurs politiques et des différents acteurs de la société, sera maintenu et relayé au niveau des médias pour renforcer la promotion des droits des PVVIH, mobiliser les secteurs, les institutions et les individus. Forums de partenariat et ateliers au niveau des secteurs et des instances politiques et syndicales, manifestations et journées de lutte contre le SIDA, débats d'éthique, en seront les vecteurs.

Les personnes vivant avec le VIH sont mieux protégées par les lois existantes et impliquées dans la lutte contre le sida.

Un comité national d'éthique sera mis en place au niveau du MS, pour veiller sur tous les aspects relatifs aux droits des PVVIH et au respect des principes d'éthique dans la mise de œuvre des actions de LCS. Un débat national sera organisé sur le sujet du sida et les Droits de l'Homme. L'implication des PVVIH dans la LCS se renforcera aux niveaux national et local dans le cadre de la mise en œuvre des actions de plaidoyer d'écoute et de soutien psychosocial. Un renforcement des capacités des PVVIH sera mené au moyen de formations, visites d'études et la participation aux évènements régionaux et internationaux.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2008, un comité national d'éthique aura été mis en place ;
- A la fin de l'année 2008, un programme de renforcement des capacités des PVVIH aura été mis en œuvre.

Résultat 4.3 : La gestion des activités de lutte contre le sida aux niveaux central et local est améliorée

Les capacités des institutions oeuvrant en matière de LCS sont renforcées

Le soutien au développement des capacités des associations, l'intégration d'une culture de gestion, de suivi évaluation et l'établissement de cadres de partenariat mieux structurés entre les pouvoirs publics, les autorités locales et le tissu associatif, représentent des défis à relever par le PSN. Un appui pour un renforcement sur le plan qualitatif des ressources humaines sera mis en œuvre afin de permettre aux partenaires de jouer un rôle plus important et d'être une force de proposition, d'innovation et de partenariat autour des questions stratégiques. Des formations diplômantes sur le management des associations et la gestion programmatique des activités de LCS seront mises en place.

Le système de contrôle de qualité des prestations de service est opérationnel.

Avec l'extension des activités, l'augmentation de leur volume, et la multiplicité des partenaires impliqués, l'assurance de la qualité des interventions constitue un défi majeur. En plus des programmes réguliers de supervisions menés par les niveaux national et régional, un système de contrôle de la qualité des services délivrés sera mis en place. Ce système comprendra l'élaboration et l'application de protocoles de contrôle de qualité basés sur des normes définies au niveau national.

L'assistance technique pour appuyer la mise en œuvre du PSN et renforcer les capacités de programmation et de gestion est mobilisée.

Au regard de l'importance des activités, des tâches de gestion et de coordination des interventions, le PNLS et l'unité de gestion du FM, seront renforcés en ressources humaines et en moyen de travail. Par ailleurs, un plan de mobilisation de l'assistance technique nationale et internationale sera élaboré et mis en œuvre avec la collaboration des Agences des Nations Unies et des partenaires bilatéraux.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, un plan de mobilisation de l'assistance technique aura été préparé et sera mis en œuvre ;
- A la fin de l'année 2007, le PNLS et l'unité de gestion seront renforcés en ressources humaines ;
- A partir de l'année 2008, une formation nationale en gestion programmatique des activités de LCS sera mise en place ;
- A partir de l'année 2008, le système de contrôle de qualité des prestations essentielles de service sera mis en œuvre.

Résultat 4.4 : La coordination de la lutte contre le sida aux niveaux national et local est renforcée

La mission du CCM est élargie et institutionnalisée en tant qu'instance nationale de coordination de la LCS.

Le PSN s'engage résolument dans la mise en œuvre des trois principes. La mission du comité de coordination du Maroc (CCM) sera élargie pour en faire la seule et unique instance de coordination nationale de la LCS. Pour obtenir sa reconnaissance légale, le CCM sera institutionnalisé par une circulaire ministérielle. Les modalités et mécanismes de fonctionnement et d'organisation seront revus et consignés dans un guide national. Une Charte régissant les principes de base du travail et de la collaboration au sein de cette instance sera adoptée par tous ses membres.

L'organisation et le fonctionnement des Comités régionaux et provinciaux intersectoriels (CRILS et CPI) dans les régions prioritaires sont renforcés.

Le même processus sera suivi pour les niveaux régional et provincial. Les recommandations issues de l'étude sur l'organisation et le fonctionnement des CRILS, menée dans le cadre de la revue du PSN, seront mises en œuvre. Les CRILS seront institutionnalisés, un guide sur leur fonctionnement sera élaboré et des formations régionales permettront d'assurer son implantation. Un appui sera apporté à toutes les régions prioritaires dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de plans d'actions adaptés aux contextes et besoins spécifiques locaux.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, le CCM aura été institutionnalisé en tant que seule instance de coordination nationale et les CRILS en tant qu'instances régionales ;
- A la fin de l'année 2008, les modalités d'organisation et de fonctionnement du CCM et des CRILS auront été revues.

Résultat 4.5 : La capacité nationale en matière de gestion de l'information stratégique et de suivi évaluation est renforcée

Le système de surveillance de deuxième génération est progressivement étendu et adapté aux populations clés plus exposées au risque d'infection.

La surveillance sentinelle du VIH sera renforcée et étendue pour disposer régulièrement des tendances de la prévalence du VIH au sein des populations clés plus exposées au risque d'infection dans les régions prioritaires. En parallèle, les enquêtes et les recherches opérationnelles seront multipliées pour mieux comprendre les facteurs de vulnérabilité, avoir une meilleure connaissance des comportements et disposer de données sur les résultats et l'impact des programmes. L'intégration du volet sociologique au sein des ORE, permettra l'adjonction d'un volet « recherche opérationnelle qualitative » et la mise en œuvre d'un système d'information géographique centré sur les besoins des populations clés plus exposées au risque d'infection. Un partenariat sera établi avec les universités, pour la conduite des études socio anthropologiques, l'analyse stratégique des acteurs et l'élaboration de cartographies de la vulnérabilité au VIH.

Un système de suivi et d'évaluation du PSN, incluant l'ensemble des actions des partenaires, est opérationnel.

Le PSN prévoit de doter le pays d'un système unique de suivi et évaluation en mesure d'assurer la disponibilité des données et indicateurs relatifs à la situation et la riposte au sida, et constituer un outil de gestion aux niveaux central et local. La mise en œuvre de ce système devra permettre d'asseoir un pool de compétences capables d'aider les autorités sanitaires et politiques à prendre des décisions prospectives en matières de LCS. Un guide national de référence sera élaboré pour définir les indicateurs et les procédures de mise en œuvre de ce système. Une unité centrale de suivi



et d'évaluation sera mise en place au sein du PNLs et des unités régionales intégrées aux ORE. Une base de donnée informatisée (logiciel CRIS) sera constituée au niveau central et des ORE. Les acteurs centraux et locaux relevant des différents partenaires seront formés à la collecte et à la gestion des données.

La mise en œuvre des différentes composantes du plan stratégique national de lutte contre le sida est périodiquement évaluée

Des revues régulières des différentes interventions mises en œuvre, programmes d'intervention de proximité, de dépistage, de prise en charge et d'appui, seront mises en œuvre selon un échéancier préétabli. Ces évaluations permettront de tirer les leçons, de réorienter les interventions et de dégager les meilleures pratiques en matière de LCS.

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, le système national unique de suivi évaluation de la riposte au sida aura été mis en place ;
- A la fin de l'année 2008, la surveillance sentinelle du VIH aura été étendue à toutes les populations clés plus exposées au risque d'infection ciblés par le PSN ;
- A la fin de l'année 2008, le volet socio anthropologique aura été intégré aux ORE de 3 régions prioritaires (Agadir, Tanger et Casablanca).

Résultat 4.6 : La recherche et l'innovation en matière de lutte contre le sida sont promues et renforcées

Des projets de recherche opérationnelle en matière d'innovation sont mis en œuvre

Afin de promouvoir l'innovation en matière de lutte contre le SIDA, des projets de recherche opérationnelle seront appuyés chaque année. Un comité sera mis en place pour l'identification et la formulation des priorités en matière de recherche, l'élaboration des cahiers de charge, la sélection et le suivi des projets. Des appels à soumission seront lancés et un fonds spécial sera réservé pour appuyer les projets les plus porteurs en matière d'innovation pour la LCS.



Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2007, des budgets spécifiques pour le financement de la recherche et de l'innovation seront programmés dans les projets d'appui au PSN ;
- A la fin de l'année 2009, au moins 6 projets de recherche opérationnelle en matière d'innovation auront été mis en oeuvre.

 **Résultat 4.7 : Les ressources financières pour un appui aux domaines prioritaires de la réponse nationale sont mobilisées et pérennisées**

Les ressources financières sont mobilisées au niveau nationale

La mobilisation de fonds auprès des instances publiques et privées nationales et locales sont les fondements d'un PSN durable. La pérennisation se fera grâce à l'engagement constant de l'Etat par l'intégration des dépenses dans le budget du MS et des autres secteurs gouvernementaux. Le Plaidoyer auprès des institutions privées pour le financement de projets sera renforcé et des évènements pour la mobilisation des fonds seront organisés.

Les ressources au niveau international sont mobilisées auprès des différents bailleurs de fonds et agences de coopération

La mobilisation de fonds auprès des partenaires internationaux au développement, agences de coopération multilatérale et bilatérale, Fonds mondial, et la recherche de nouveaux bailleurs de fonds seront un souci constant dans le cadre du PSN. Un travail régulier de liaison et de proposition de projets auprès de ces institutions devra être mené ainsi que la coordination pour assurer la complémentarité et la synergie optimales entre les différentes sources d'appui. Des réunions avec les bailleurs internationaux, pour la mobilisation des fonds, le suivi et la coordination des programmes d'appui seront régulièrement organisés.

Produits attendus des programmes et activités

- A la fin de l'année 2008, une stratégie de mobilisation des fonds auprès des partenaires internationaux sera mise en oeuvre ;
- A partir de l'année 2008, les contrats programmes des délégations du ministère de la Santé des régions prioritaires intègrent la LCS ;
- Les fonds mobilisés jusqu'en 2009, couvrent 100% des besoins induits par la mise en oeuvre du PSN.



II.6 Suivi et évaluation du PSN

La stratégie de suivi et évaluation du PSN 2007-2011, vise à mettre en place d'un système 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 impact des interventions mises en oeuvre.

Le système national unique de suivi et évaluation se compose des éléments suivants : une liste d'indicateurs par domaine d'action du PSN, des outils de collecte de données standardisés pour le suivi des activités, un dispositif organisationnel pour le fonctionnement du système et des bases de données aux niveaux central et régional.

Le guide national de suivi et évaluation comprendra la liste 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. Il est destiné à harmoniser la collecte des données primaires sur le terrain selon un cadre commun de suivi et évaluation.

La liste des indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation (annexe 2) a été définie conformément aux objectifs poursuivis pour la mise en œuvre du PSN 2007-2011. Le calcul de ces indicateurs se basera sur les données collectées dans le cadre du suivi des activités des partenaires ou des enquêtes (Surveillance épidémiologique, enquête CAP, enquêtes DHS, étude spéciale etc.).

Une unité de suivi et évaluation sera créée au sein du PNLS pour assurer la mise en œuvre, la gestion de la base de donnée nationale et l'élaboration des rapports semestriels et annuels du PSN. Les ORE assureront la mission de centralisation, de synthèse et d'exploitation des données au niveau des régions et coordonneront la transmission des données au niveau national.

Une base de données nationale sera implantée au niveau de l'unité de suivi et évaluation pour la centralisation des données sur l'ensemble des activités menées dans le cadre du PSN 2007-2011. Des bases de données régionales seront installées au niveau des ORE.



CHAPITRE III

Estimation de la couverture, besoins financiers et défis opérationnels



III.1 Projections de la couverture par les prestations essentielles de services

La définition des objectifs de couverture a été faite sur la base d'estimations des populations qui ont besoins de services: personnes vulnérables et PVVIH qui nécessitent un traitement ARV.

Les personnes nécessitant des services de prévention ont été approchées sur la base des données disponibles sur les effectifs des populations, les cartographies élaborées dans les sites d'intervention, ainsi que la consultation des personnes ressources et intervenants dans les régions prioritaires. Les objectifs ont été quantifiés en fonction de la couverture actuelle et des capacités des intervenants actuels ou qui seront mobilisés.

Les effectifs de PVVIH qui nécessiteront un traitement ARV, ont été estimés à partir des projections faite au moyen du logiciel spectrum. Les objectifs ont été fixés sur la base d'un taux de couverture annuel. Selon le modèle utilisé, le taux de couverture par les ARV, estimé à 60% en 2006, devrait atteindre 75% à partir de 2009, ceci en lien avec l'amélioration de l'accès au dépistage et la décentralisation des services de PEC.

Aussi, sur la base des besoins programmatiques du PSN, les objectifs de couverture, ci-après, ont été définis pour la période 2007 à 2011:

- Prévention de proximité auprès de 400 000 personnes appartenant aux populations clés plus exposées au risque d'infection ;
- Prévention et éducation de 600 000 jeunes scolarisés et non scolarisés ;
- Prise en charge de 350 000 porteurs d'IST chaque année ;
- Réalisation de 150 000 tests de dépistage volontaires ;
- Prise en charge par les ARV de 4 500 PVVIH (Adultes et enfants) en 2011;
- Réalisation de 1 300 PTME pour les femmes enceintes séropositives.



Projections de la couverture (2007 à 2011)

	2007	2008	2009	2010	2011
Jeunes	80 000	100 000	120 000	140 000	160 000
Professionnels (les) du sexe, HSH	40 000	50 000	60 000	70 000	80 000
Migrants étrangers	1 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Prisonniers, routiers, ouvrières	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000
Usagers de drogues injectables *	500	2 000	3 000	5 000	7 000
Conseil et dépistage	25 000	30 000	30 000	30 000	35 000
PVVIH adultes, enfants (ARV) *	2 200	2 700	3 300	3 900	4 500
Femmes enceintes (pTME)	100	150	250	350	450

* Pour les UDI et les PVVIH, les chiffres sont cumulatifs et incluent les personnes prises en charge les années précédentes et qui demeurent dans les files actives.

III.2 Estimation du budget du PSN et sources de financement

III.2.1 Besoins financiers

Sur la base de la matrice du cadre logique du PSN 2007-2011 (annexe 1), une analyse détaillée des besoins financiers a été réalisée à partir des activités et des coûts unitaires des différentes interventions programmées. Le résultat de ce travail a permis de définir les besoins financiers globaux et par objectif stratégique prioritaire du PSN. Le budget pour la mise en œuvre du PSN 2007-2011 a été estimé à 48 millions de dollars US (soit près 420 millions de Dirhams). La prévention (objectif stratégique 1) accapare 45% du budget estimé, contre 6% pour le dépistage (objectif stratégique 2) et 33% pour la prise en charge médicale et psychosociale (Objectif stratégique 3). Quant aux stratégies horizontales (objectifs stratégiques 4) 16% du budget estimé leur est alloué.



Estimation des besoins financiers pour la mise en œuvre du PSN 2007- 2011 (millions de dollars US)

	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
Objectif 1	5,0	3,8	4,5	3,8	4,4	21,5	45%
Objectif 2	0,70	0,55	0,55	0,50	0,55	2, 8	6%
Objectif 3	2,9	3,0	3,0	3,3	3,5	15,7	33%
Objectif 4	1,7	1,6	1,75	1,4	1,55	8,0	16%
Total PSN	10,3	8,9	9,8	9,0	10,0	48,0	100%

III.2.2 Sources de financement du PSN

Cet exercice a été effectué en prenant en considération toutes les ressources disponibles incluant le budget de l'Etat, les autres partenaires nationaux, le Fonds mondial, le Système des Nations Unies et la coopération bilatérale.

La contribution nationale est estimée à 13 millions de dollars US (près de 115 millions de Dh). La contribution du MS s'élève à 10,1 millions de dollars (près de 87 millions de Dirhams) sera principalement consacrée à l'acquisition des médicaments ARV et pour les IO, les réactifs et produits de laboratoire, les préservatifs et les consommables. Pour cela le MS devra augmenter de 10% chaque année le budget alloué au PNLs. Les autres contributions qui sont celles des ministères partenaires, du secteur privé et des fonds collectés, viendront appuyer principalement les actions de prévention.

La contribution au PSN provenant des sources externes est estimée à 35 millions de dollars US (près de 300 millions de dirhams) soit environ 75% 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 2007/2011, un montant d'un peu plus de 26,4 millions de dollars US (près de 230 millions de Dirhams), dans le cadre du «programme d'appui à l'extension de la stratégie nationale de lutte contre le sida». Un plan d'appui des Nations Unies à la mise en oeuvre du PSN a été préparé, le budget de cet appui a été estimé à 4 millions de dollars US.



Répartition des sources de financement du PSN 2007-2011 (en millions de dollars US)

	2007	2008	2009	2010	2011	2011
1. Sources nationales	2,5	2,3	2,8	2,6	3,1	13,3
Ministère de la Santé*	1,6	1,8	2,0	2,3	2,4	10,1
Autres partenaires nationaux, secteur **	0,9	0,5	0,8	0,3	0,7	3,2
2. Sources externes	7,8	6,6	7,0	6,4	6,9	34,7
Fonds mondial*	5,9	4,9	5,4	4,9	5,3	26,4
Nations Unies, bilatéraux, autres **	1,9	1,7	1,6	1,5	1,6	8,3
Total PSN	10,3	8,9	9,8	9,0	10,0	48,0

* Fonds mobilisés ** A mobiliser en partie

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.

III.3 Droits des personnes, équité et approche genre dans le PSN

Le principe du respect de l'éthique et de la déontologie constitue l'un des fondements du PSN. Ce dernier vise à réduire les situations d'exclusion des PVVIH et des personnes en situation de vulnérabilité ou de marginalité. A cet effet, des actions spécifiques et des mesures d'accompagnement seront mises en oeuvre par les acteurs institutionnels pour permettre aux populations d'accéder aux services offerts tels que la prévention, le dépistage, la prise en charge et le soutien psychosocial. L'intervention des institutions religieuses à travers les messages de solidarité, est également à même de créer une dynamique d'acceptation sociale des PVVIH. La promotion de la participation des personnes vivant avec le VIH est aussi un gage de reconnaissance sociale à l'échelle du pays.

Le PSN est basé sur le principe de l'équité. L'accès aux soins pour les PVVH est gratuit pour tous et l'éligibilité des personnes à un traitement ARV s'effectue selon des critères biologiques et cliniques conformément aux recommandations nationales et internationales.



Le PSN ne fait pas de différences entre les sexes et propose des actions spécifiquement destinées aux femmes. Il intègre l'approche genre de manière transversale dans les différents domaines d'interventions. En outre, l'intégration de la prévention du VIH dans les services de santé reproductive, la prise en charge des IST ainsi que la mise en oeuvre de la pTME seront à même de réduire les inégalités de genre en terme d'accès aux services, de prévention et de soins. Des actions spécifiques seront menées pour la vulgarisation des messages de prévention en tenant compte du haut degré d'analphabétisme dans certains segments de la population féminine et du contexte socioculturel qui limite les effets des actions de prévention.

III.4 Les conditions d'accompagnement du PSN

Au cours de la mise en oeuvre du PSN certaines contraintes et certains risques, qui ne sont pas du ressort des acteurs institutionnels de la LCS apparaîtront, disparaîtront ou évolueront. Leur prise en compte explicite, par le PSN, constitue un gage de réalisme pour une gestion contextuelle du programme.

Principes de reconnaissance et d'adhésion.

La mise en oeuvre et la pérennité du PSN dépendent en premier lieu des convictions des acteurs ministériels et de leurs émanations régionales. Cette nécessaire adhésion, tout le long de la chaîne qui va du niveau central au niveau local, constitue une des raisons qui expliquent l'importance accordée à la décentralisation effective des actions et activités de LCS. En ce sens, il est fait l'hypothèse qu'au niveau régional, les responsables locaux et les prestataires de soins soutiennent le PSN et adhèrent à ses actions. Il est aussi fait l'hypothèse que les secteurs ministériels respectent leurs engagements institutionnels. En effet, si les stratégies multisectorielles du PSN sont claires, le cadre institutionnel dans ses dimensions multisectorielle et multidisciplinaire demande à être effectif et opérationnel. Chaque secteur doit définir ses rôles, ses responsabilités et se donner les moyens humains et financiers de son action.

Les principes de reconnaissance et d'adhésion interpellent d'autres acteurs notamment les autorités locales pour jouer un rôle de facilitateur et les médias qui sont supposés marquer leur adhésion à travers le respect par les professionnels de la « Charte médias contre le sida ». Les ONG, en tant que médiateurs avec la société civile et acteurs incontournables de proximité, doivent jouer un rôle encore plus important que par le passé. Pour le secteur privé médical il est fait l'hypothèse qu'il adhère au PSN et qu'il applique les directives médicales en matière de LCS. Quand au secteur privé non médical



l'hypothèse stipule que les Comités d'hygiène, de sécurité et de l'environnement institués par le Code du Travail intègrent la prévention et la lutte contre le sida dans leurs programmes.

Enfin, une dernière hypothèse à caractère général stipule que le PSN ne peut produire pleinement ses résultats que si l'environnement socioculturel est réceptif à ses actions.

Moyens requis pour la mise en œuvre du PSN

Un premier corps d'hypothèses porte directement sur les ressources financières. L'hypothèse selon laquelle les ressources pour la mise en œuvre du PSN sont diversifiées insiste sur la nécessité de ne pas dépendre de sources limitées en nombre et dont l'incidence de chacune d'elles serait grande sur le budget du programme. Une telle diversification serait le meilleur remède quant à l'incertitude qui pèse sur les disponibilités financières en quantité suffisante. La seconde hypothèse pose que le Fonds mondial maintient son appui au PSN durant toute la période et ce compte tenu de l'importance des sommes consacrées par ce fonds à la LCS au Maroc.

Le deuxième corps d'hypothèses traite indirectement des disponibilités financières et est plus tourné vers les dépenses liées au PSN. Dans ce sens, il est fait l'hypothèse que les prix des ARV permettent leur accessibilité et que celle-ci ne soit pas affectée par les accords de l'OMC. Par ailleurs, le fait que le matériel à usage unique soit disponible au niveau des structures de soins dépend directement du coût du matériel et du budget qui pourrait être consacré à son acquisition. Enfin, une mesure qui pourrait à la fois alléger le budget du PSN et garantir une meilleure accessibilité des PVVIH aux ARV et autres médicaments réside dans le fait que l'AMO et le RAMED remboursent les médicaments nécessaires à la PEC des PVVIH.

Mesures institutionnelles

Il s'agit en premier lieu de faire en sorte que certaines pratiques de la médecine traditionnelle, en l'occurrence les soins dentaires, ne soient pas l'occasion de transmission du VIH entre individus. En ce sens, le PSN pose que la pratique de la médecine traditionnelle est normalisée pour lutter contre les pratiques à risques. Une question qui perdure depuis des années et qui se pose en termes de prévention générale a trait aux déchets générés par les hôpitaux et les centres de soins. La gestion de ces déchets demandant à la fois une volonté politique et des moyens matériels, il est fait l'hypothèse que celle-ci est améliorée dans le cadre la réforme du système de soins.



ANNEXE 1

CADRE LOGIQUE DU PSN 2007•2011



Objectif stratégique du PSN

Résultat 1

Résultat 2

Résultat 3

Résultat 4

Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2007-2011
Cadre logique GLOBAL

Date de début : 1^{er} janvier 2007
Date de fin : 31 décembre 2011

Hierarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification (MDV)	Hypothèses/risques (H/R)
But	IOV	MDV	H/R
Améliorer l'état de santé de la population par le maintien d'un faible niveau de prévalence du VIH	La prévalence du VIH/SIDA est inférieure à 0,2 % chez les femmes enceintes et à 5 % chez les populations clés plus exposées au risque d'infection.	11, 12	L'INDH a permis d'améliorer les indicateurs socio-économiques du pays
Objectif stratégique	IOV	MDV	H/R
Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH.	Les programmes de communication sociale en matière de sida touchent la population marocaine à travers les mass médias et autres approches, de manière continue et régulière. 50% des populations clés plus exposées au risque d'infection dans les 9 régions prioritaires ont accès à des programmes de prévention de proximité pour la prévention du VIH 75% de personnes estimées ayant une infection VIH avancée, reçoivent une association d'ARV.	2, 5, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé adhèrent et appuient la mise en œuvre des actions du PSN
Résultats	IOV	MDV	H/R
1. Les activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations clés plus exposées au risque d'infection sont renforcées.	1.000.000 de personnes appartenant aux populations clés plus exposées au risque d'infection sont touchées par des interventions de prévention de proximité conformes aux normes de qualité.	1	La lutte contre le sida continue à être une priorité pour le MS
2. Les opportunités de conseil et de dépistage du VIH, dans le respect du droit des personnes, sont accrues et diversifiées.	150 000 tests VIH volontaires auront été réalisés dans les centres et les unités mobiles de dépistage à la fin de l'année 2011. 100% des bénéficiaires des tests de dépistage sont satisfaits du respect de leurs droits.	1 10	Les partenaires du MS (société civile et secteur privé) sont mobilisés pour la mise en œuvre du PSN Le système de prise en charge est amélioré dans le cadre la vision à l'horizon 2015 du ministère de la Santé
3. Des soins de qualité et une prise en charge psychosociale pour les PVVIH sont assurés, incluant l'accès aux ARV.	4500 PVVIH (adultes et enfants) sont pris en charge par les ARV en 2011 30% du nombre estimé des femmes enceintes infectées par le VIH reçoivent un traitement ARV complet pour réduire le risque de transmission mère enfant selon le protocole national.	5, 11, 12 5, 11, 12	Les secteurs ministériels respectent leurs engagements institutionnels.
4. Le leadership pour assurer une gestion et une coordination efficaces de la riposte multisectorielle au sida est renforcer.	Les trois principes sont appliqués : 1/ Le PSN est mis en œuvre au niveau national et régional et régulièrement revu 2/ Le CCM assume pleinement ses missions en tant qu'instance nationale de coordination multisectorielle 3/ Le système national de suivi évaluation incluant les interventions de tous les partenaires est opérationnel	1, 7, 8, 10, 18	



Composante/activité	Ressources	MDV	H/R
1.1. Développer et mettre en œuvre une communication sociale régulière pour la prévention du VIH.	\$3.370.000	1, 14	Respect des engagements de la charte média
1.2. Renforcer et étendre la couverture des populations clés plus exposées au risque d'infection par des actions de prévention de proximité de qualité.	\$14.740.000	1, 15, 18, 19	L'environnement socioculturel est réceptif aux actions du PSN.
1.3. Renforcer les actions de prévention des IST et VIH dans le cadre des prestations des services de santé dans les régions prioritaires du PSN.	\$2.845.000	1,2, 17, 18	Les partenaires du MS (société civile et secteur privé) sont mobilisés
1.4. Renforcer les mesures universelles de prévention dans les établissements sanitaires des régions prioritaires	\$582.000	1, 3, 18	La stabilité des volontaires des ONG.
2.1. Renforcer le dépistage clinique dans les services de diagnostic et de traitement des secteurs public et privé	\$70.000	1, 2, 4	La gestion des déchets médicaux est améliorée dans le cadre la réforme du système de soins.
2.2. Améliorer l'accès au conseil et test VIH volontaire dans les régions prioritaires.	\$2.600.000	1, 2, 9, 16, 17	Le matériel à usage unique est disponible au niveau des structures de soins.
2.3. Normaliser et mettre à jour régulièrement les modalités de gestion et de contrôle des activités de dépistage VIH.	\$76.000	10, 17	La pratique de la médecine traditionnelle est normalisée pour lutter contre les risques de transmission du VIH.
3.1. Assurer l'accès aux ARV, le traitement des IO et le suivi biologique pour les PVVIH.	\$13.500.000	5, 6, 18	L'adhésion du personnel soignant aux actions du PSN.
3.2. Renforcer la décentralisation de la prise en charge du VIH.	\$1.225.000	1, 3, 5, 6, 18	Les prix des ARV permettent leur accessibilité.
3.3. Assurer l'accès des PVVIH (incluant enfants et familles) à une prise en charge psychosociale de qualité.	\$284.000	1, 3, 7, 18	Aboutissement des accords de l'OMC .
3.4. Mettre en œuvre et étendre progressivement dans les régions prioritaires une stratégie de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (pTME).	\$485.000	1, 3, 5, 7, 18	L'AMO et le RAMED remboursent tous les médicaments nécessaires à la PEC des PVVIH
4.1. Renforcer et étendre le partenariat public/privé et société civile, dans la LCS	\$3.735.000	1, 8, 9	Les responsables régionaux adhèrent et soutiennent le PSN.
4.2. Conduire une plaidoyer auprès des décideurs et des acteurs sociaux pour une plus grande mobilisation et protection des droits des PVVIH.	\$230.000	1, 3, 9	Le secteur privé se mobilise pour appuyer la mise en œuvre du PSN.
4.3. Améliorer la gestion des activités de lutte contre le sida aux niveaux central et local.	\$2.825.000	1, 3, 7, 8, 10, 18	Stabilité des intervenants des secteurs ministériels et ONG.
4.4. Renforcer la coordination de la lutte contre le sida aux niveaux national et local.	\$180.000	1, 8, 9 et 10	L'appropriation du concept d'assurance qualité par les secteurs et les ONG.
4.5. Renforcer la capacité nationale pour la gestion de l'information stratégique et le suivi évaluation.	\$865.000	3, 7, 11, 12, 13, 17, 18	Délais acceptables de l'approbation des textes instituant le CCM et les CRILS
4.6. Promouvoir et renforcer la recherche et l'innovation en matière de lutte contre le sida.	\$100.000	10, 17	Le FM maintient son appui durant toute la période du PSN
4.7. Mobiliser et pérenniser les ressources financières pour un appui aux domaines prioritaires de la réponse nationale.	\$50.000	1, 4, 8, 18	Les ressources pour la mise en œuvre du PSN sont diversifiées.



Objectif stratégique du PSN

Résultat 1

Résultat 2

Résultat 3

Résultat 4

Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2007-2011
Cadre logique PREVENTION

Date de début : 1^{er} janvier 2007

Date de fin : 31 décembre 2011

Hierarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification (MDV)	Hypothèses/risques (H/R)
Objectif stratégique	IOV	MDV	H/R
Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH.	Les programmes de communication sociale en matière de sida touchent la population marocaine à travers les mass médias et autres approches, de manière continue et régulière. 50% des populations clés plus exposées au risque d'infection dans les 9 régions prioritaires ont accès à des programmes de prévention de proximité pour la prévention du VIH 75% de personnes estimées ayant une infection VIH avancée, reçoivent une association d'ARV.	2, 5, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé adhérent et appuient la mise en œuvre des actions du PSN
Objectif spécifique	IOV	MDV	H/R
Renforcer les activités de prévention de qualité répondant aux besoins populations clés plus exposées au risque d'infection	1.000.000 de personnes appartenant aux populations clés plus exposées au risque d'infection dans les régions prioritaires sont touchées par des interventions de prévention de proximité conformes aux normes de qualité.	1	Les partenaires du MS (société civile et secteur privé) sont mobilisés pour la mise en œuvre du PSN L'environnement socioculturel est réceptif aux actions du PSN.
Résultats	IOV	MDV	H/R
1. La communication sociale de masse pour la prévention du VIH est continue et régulière	Progression annuelle de 10 % du nombre de personnes sensibilisées.	1, 14	Respect des engagements de la charte média
2. La couverture des populations clés plus exposées au risque d'infection par des actions de prévention de proximité de qualité est renforcée et étendue, dans le respect du droit de la personne	450.000 jeunes, dans les régions prioritaires, auront été éduqués et sensibilisés en matière de prévention VIH entre 2007-2009. 75.000 professionnels (les) du sexe, dans les régions prioritaires, auront bénéficié des interventions de proximité en matière de VIH à la fin 2009.	1 1	Les partenaires du MS (société civile et secteur privé) sont mobilisés pour la mise en œuvre du PSN La stabilité des volontaires des ONG.
3. Les actions de prévention des IST et VIH dans le cadre des prestations des services de santé sont renforcées dans les régions prioritaires du PSN	Progression de 10 % chaque année du pourcentage de jeunes qui identifient correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH.	15, 19	La gestion des déchets médicaux est améliorée dans le cadre la réforme du système de soins.
4. Les mesures universelles de précaution sont renforcées dans les établissements sanitaires des régions prioritaires	A la fin de l'année 2009, 50% des professionnels (les) du sexe, dans les régions prioritaires rapportent avoir utilisé le préservatif avec tous les clients au cours du dernier mois. A la fin de l'année 2009, les services de santé reproductive des régions prioritaires auront intégré la prévention des IST et VIH. A la fin de l'année 2008, le personnel des établissements sanitaires des régions prioritaires aura été formé pour assurer les mesures universelles de précaution	1 1, 2, 17 1, 3	Le matériel à usage unique est disponible au niveau des structures de soins. La pratique de la médecine traditionnelle est normalisée pour lutter contre les pratiques à risques.



Composante/activité	Ressources	MDV	H/R
1.1. Evaluer la campagne nationale de communication sociale précédente.	\$20.000	14, 18	Voir H/R au niveau des résultats de la Prévention
1.2. Préparer et réaliser des campagnes avec des supports adaptés	\$3.260.000	1, 14, 18	
1.3. Mobiliser et former les professionnels des médias	\$90.000	1, 3	
2.1. Renforcer et étendre les programmes d'éducation en matière de VIH pour les jeunes scolarisés et non scolarisés.	\$6.000.000	1, 3, 15, 19	
2.2. Saisir et accroître à tous les niveaux les opportunités d'éduquer les femmes en matière de prévention de VIH et d'habilités de négociation.	\$600.000	1, 3, 19	
2.3. Renforcer les programmes de prévention au VIH ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection (PS, HSH, ouvrières, populations mobiles).	\$3.100.000	1, 3, 16	
2.4. Renforcer la prévention du VIH au sein de la population carcérale.	\$400.000	1, 3, 17	
2.5. Mettre en place et étendre progressivement un programme de réduction des risques VIH chez les Usagers de Drogues Injectables (UDI).	\$900.000	1, 3, 4, 17	
2.6. Elaborer et mettre en œuvre un programme de réduction de la vulnérabilité au VIH, adapté aux populations migrantes en situation irrégulière.	\$600.000	1, 3, 17	
2.7. Renforcer et étendre les programmes de protection en matière de VIH pour les enfants.	\$450.000	1, 3, 15, 19	
2.8. Renforcer des actions de prévention du VIH au profit des différentes catégories de personnel en uniforme.	\$500.000	1, 3	
2.9. Améliorer l'accès au préservatif pour les populations clés plus exposées au risque d'infection.	\$2.190.000	1, 4, 17	
3.1. Renforcer la prise en charge des IST et la prévention du VIH dans les services de santé reproductive.	\$2.755.000	3, 4, 6, 18	
3.2. Renforcer la prise en charge des IST et la prévention du VIH dans le cadre des prestations du secteur privé médical.	\$90.000	1, 3	
4.1. Renforcer les compétences pour assurer les mesures universelles de précaution d'ici 2011.	\$102.000	3, 4, 17	
4.2. Mettre à la disposition des services de prise en charge des PVVIH (PE, CR) et des laboratoires des moyens de prophylaxie de la transmission du VIH	\$480.000	4, 5	



Objectif stratégique du PSN

Résultat 1

Résultat 2

Résultat 3

Résultat 4

Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2007-2011
Cadre logique DEPISTAGE

Date de début : 1^{er} janvier 2007
Date de fin : 31 décembre 2011

Hierarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification (MDV)	Hypothèses/risques (H/R)
Objectif stratégique	IOV	MDV	H/R
Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH.	Les programmes de communication sociale en matière de sida touchent la population marocaine à travers les mass médias et autres approches, de manière continue et régulière. 50% des populations clés plus exposées au risque d'infection dans les 9 régions prioritaires ont accès à des programmes de prévention de proximité pour la prévention du VIH 75% de personnes estimées ayant une infection VIH avancée, reçoivent une association d'ARV.	2, 5, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé adhérent et appuient la mise en œuvre des actions du PSN
Objectif spécifique	IOV	MDV	H/R
Accroître et diversifier les opportunités de conseil et de dépistage du VIH, dans le respect du droit des personnes.	150 000 tests VIH volontaires auront été réalisés dans les centres et les unités mobiles de dépistage à la fin de l'année 2011. Le comité d'éthique atteste de la conformité des pratiques de dépistage aux règles du volontariat, de l'anonymat et de la confidentialité.	1 10	L'environnement socioculturel est favorable au renforcement du dépistage du VIH
Résultats	IOV	MDV	H/R
1. Le dépistage clinique est renforcé dans les services de diagnostic et de traitement dans les secteurs public et privé (Tuberculose et autres indications)	A la fin de l'année 2008, 3 CDMR ont intégré le dépistage du VIH dans le cadre de leurs activités A la fin de l'année 2008, 20 nouveaux centres de dépistage auront été mis en place au sein des ONG et dans les services de Santé.	1, 2, 4 1, 2, 4	Les partenaires du MS (société civile et secteur privé) sont mobilisés pour la promotion du dépistage
2. L'accès au conseil et test VIH volontaire est amélioré dans les régions prioritaires.	A la fin de l'année 2009, la stratégie par unité de dépistage mobile aura été étendue aux 9 régions prioritaires.	1, 17	La disponibilité et la stabilité des médecins et des volontaires des ONG formés en matière de conseil et test VIH.
3. Les modalités de gestion et de contrôle des activités de dépistage du VIH sont normalisées et régulièrement mises à jour.	En 2009, 20% des personnes enquêtées parmi les populations clés plus exposées au risque d'infection, rapportent avoir bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et connaître le résultat. A la fin de l'année 2008, un système d'accréditation des centres de dépistage sera en place	16, 17 10	L'adhésion du personnel soignant (hôpitaux et centres de santé) au dépistage anonyme et volontaire du VIH
Composante/activité	Ressources	MDV	H/R
1.1. L'intégration du dépistage volontaire du VIH est élargie à 6 centres antituberculeux	\$15.000	2, 4	Voir H/R au niveau des résultats dépistage
1.2. Les capacités des professionnels du secteur public et privé en matière de dépistage clinique sont renforcées.	\$55.000	1, 3	
2.1. Etendre l'implantation des centres de conseil et test VIH gérés par les ONG dans les régions prioritaires pour atteindre 50 centres en 2011	\$115.000	1, 10	
2.2. Intégrer l'activité de conseil et test VIH au niveau de 20 centres de santé de sites sélectionnés d'ici 2011	\$55.000	1, 2, 4, 10	
2.3. Mettre en œuvre une stratégie par unité de dépistage mobile dans les régions prioritaires	\$780.000	1, 10	
2.4. Assurer la disponibilité des tests de dépistage au niveau des centres de conseil et test VIH et des laboratoires	\$1.650.000	6	
3.1. Rendre opérationnel un système d'accréditation des centres de conseil et test VIH à partir de fin 2007	\$50.000	10	
3.2. Adapter et mettre à jour régulièrement la stratégie de dépistage biologique.	\$26.000	7	



Objectif stratégique du PSN

Résultat 1

Résultat 2

Résultat 3

Résultat 4

Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2007-2011
Cadre logique SOINS ET APPUI

Date de début : 1^{er} janvier 2007
Date de fin : 31 décembre 2011

Hierarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification (MDV)	Hypothèses/risques (H/R)
Objectif stratégique	IOV	MDV	H/R
Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH.	Les programmes de communication sociale en matière de sida touchent la population marocaine à travers les mass médias et autres approches, de manière continue et régulière. 50% des populations clés plus exposées au risque d'infection dans les 9 régions prioritaires ont accès à des programmes de prévention de proximité pour la prévention du VIH 75% de personnes estimées ayant une infection VIH avancée, reçoivent une association d'ARV.	2, 5, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé adhèrent et appuient la mise en œuvre des actions du PSN
Objectif spécifique	IOV	MDV	H/R
Assurer des soins de qualité et une prise en charge psychosociale pour les personnes vivant avec le VIH, incluant l'accès aux antirétroviraux.	4 500 PVVIH (adultes et enfants) sont pris en charge par les ARV en 2011 75% de personnes ayant une infection VIH avancée reçoivent une association d'anti-rétroviraux 30% des femmes enceintes infectées par le VIH reçoivent un traitement ARV complet pour réduire le risque de transmission mère enfant selon le protocole national.	5, 11, 12	Le système de prise en charge des malades est amélioré dans le cadre la vision à l'horizon 2015 du ministère de la Santé
Résultats	IOV	MDV	H/R
1. L'accès aux ARV, le traitement des Infections Opportunistes (IO) et le suivi biologique sont assurés pour les PVVIH 2. La décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH est renforcée 3. Les PVVIH (incluant enfants et familles) ont accès à une prise en charge psychosociale de qualité 4. Une stratégie de prévention de la transmission de la mère à l'enfant est mise en œuvre à partir de 2007 et progressivement étendue dans les régions prioritaires	A la fin de l'année 2009, 3300 personnes (adultes et enfants) seront pris en charge par les ARV et bénéficieront d'un suivi biologique. A la fin de l'année 2009, deux PE de Marrakech et Fès et les CR de Safi, Béni Mellal, Kénitra et Ouarzazate auront été mis en place. A la fin de l'année 2008, le paquet d'appui psychosocial est élaboré et un système d'accompagnement des PVVIH mis en place. A la fin de l'année 2010, la stratégie nationale de pTME sera mise en place dans toutes les régions prioritaires.	5 1, 5, 6 1, 6, 7 1, 2, 5, 7, 18	L'adhésion du personnel soignant aux actions du PSN Les prix des ARV permettent leur accessibilité Aboutissement des accords de l'OMC et des ADPIC L'AMO et le RAMEC remboursent tous les médicaments nécessaires à la PEC des PVVIH L'environnement socioculturel est favorable à l'appui aux PVVIH
Composante/activité	Ressources	MDV	H/R
1.1 Rendre disponible les ARV et les médicaments pour les IO 1.2 Assurer le suivi biologique pour les PVVIH 2.1 Adapter, réviser et diffuser régulièrement les directives en matière de prise en charge 2.2. Renforcer les compétences des intervenants pour la PEC et le suivi biologique des PVVIH. 2.3. Renforcer et étendre les services cliniques à 4 nouveaux CR et à 2 nouveaux PE d'ici à 2010 2.4. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique pour améliorer l'observance aux ARV. 3.1. Elaborer et implanter les outils d'appui à la prise en charge psychosociale. 3.2. Renforcer les actions d'accompagnement des PVVIH. 4.1. Elaborer une stratégie pTME 4.2. Mettre en œuvre et étendre la stratégie de pTME aux régions prioritaires.	\$11.170.000 \$2.330.000 \$55.000 \$310.000 \$360.000 \$500.000 \$64.000 \$220.000 \$25.000 \$460.000	5, 6, 18 5, 6, 18 3, 7, 18 1, 3, 18 1, 5, 6, 18 1, 5, 7, 18 1, 3, 7, 18 1, 3, 18 1, 7 1, 2, 3, 5, 7, 18	Voir H/R au niveau des résultats soins et appui



Objectif stratégique du PSN

Résultat 1

Résultat 2

Résultat 3

Résultat 4

Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2007-2011
Cadre logique LEADERSHIP

Date de début : 1^{er} janvier 2007
Date de fin : 31 décembre 2011

Hiérarchie des résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Moyens de vérification (MDV)	Hypothèses/risques (H/R)
Objectif stratégique	IOV	MDV	H/R
Assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui de qualité en matière de VIH.	Les programmes de communication sociale en matière de sida touchent la population marocaine à travers les mass médias et autres approches, de manière continue et régulière. 50% des populations clés plus exposées au risque d'infection dans les 9 régions prioritaires ont accès à des programmes de prévention de proximité pour la prévention du VIH 75% de personnes estimées ayant une infection VIH avancée, reçoivent une association d'ARV.	2, 5, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19	Les pouvoirs publics, la société civile et le secteur privé adhèrent et appuient la mise en œuvre des actions du PSN
Objectif spécifique	IOV	MDV	H/R
Renforcer le leadership pour assurer une gestion et une coordination efficaces de la riposte multisectorielle au sida.	Les trois principes sont appliqués : 1/ Le PSN est mis en œuvre au niveau national et régional et régulièrement revu 2/ Le CCM assume pleinement ses missions en tant qu'instance nationale de coordination multisectorielle 3/ Le système national de suivi évaluation incluant les interventions de tous les partenaires est opérationnel	1, 8, 18 1, 8, 10, 18 1, 7, 8	Les secteurs ministériels respectent leurs engagements institutionnels. Les responsables et décideurs des régions prioritaires soutiennent et facilitent la mise en œuvre du PSN
Résultats	IOV	MDV	H/R
1. Le partenariat public/privé et société civile, dans la lutte contre le sida est renforcé et étendu.	A la fin de l'année 2008, 6 Ministères disposeront d'un plan sectoriel de LCS et mettront en œuvre des plans d'action annuels.	1, 8	Les responsables régionaux adhèrent et soutiennent le PSN.
2. Le plaidoyer mené auprès des décideurs et des acteurs sociaux a permis une plus grande mobilisation et protection des droits des PVVIH.	A la fin de l'année 2008, la commission sociale de la CGEM aura recommandé à ses adhérents, d'intégrer les actions de lutte contre le sida dans les programmes des comités d'hygiène et de sécurité.	9	Le secteur privé se mobilise pour appuyer la mise en œuvre du PSN.
3. La gestion des activités de lutte contre le sida est améliorée aux niveaux central et local.	Chaque année, 20 nouvelles organisations à base communautaire intègrent la LCS dans le cadre de leurs activités.	1, 3, 18	La stabilité des intervenants des secteurs ministériels et ONG.
4. La coordination de la lutte contre le SIDA aux niveaux national et local est renforcée.	En 2008, les 9 régions prioritaires disposent chacune d'un CRILS et d'un plan stratégique régional de lutte contre le sida.	1, 8, 9	L'appropriation du concept d'assurance de la qualité par les secteurs et les ONG.
5. La capacité nationale pour la gestion de l'information stratégique et le suivi évaluation est renforcée.	A partir de l'année 2008, le système d'assurance qualité des activités de LCS est mis en œuvre.	10, 17, 18	Délais acceptables de l'approbation des textes instituant le CCM et les CRILS
6. La recherche et l'innovation en matière de lutte contre le sida sont promues et renforcées.	A la fin de l'année 2007, un système national unique de suivi évaluation de la riposte au sida aura été mis en place	3, 7, 13	Le FM maintient son appui au PSN durant toute la période.
7. Les ressources financières pour un appui aux domaines prioritaires de la réponse nationale sont mobilisées et pérennisées.	A la fin de l'année 2009, au moins 6 projets de recherche opérationnelle en matière d'innovation de la LCS auront été mis en œuvre Les fonds mobilisés jusqu'en 2009, couvrent 100% des besoins induits par la mise en œuvre du PSN.	10, 17 1, 8	Les ressources pour la mise en œuvre du PSN sont diversifiées
	A partir de l'année 2008, les contrats programmes des délégations du MS au niveau des régions prioritaires intègrent la LCS.	4, 8	



Composante/activité	Ressources	MDV	H/R
1.1 Elaborer et mettre en œuvre des plans sectoriels clés de LCS.	\$350.000	1, 8	Voir H/R au niveau des résultats leadership
1.2 Renforcer la décentralisation des activités de LCS dans les régions prioritaires.	\$1.235.000	1, 3, 8, 18	
1.3 Renforcer l'intégration de la LCS dans les programmes de développement et de réduction de la pauvreté.	\$2.150.000	1, 8	
2.1 Renforcer la mobilisation des décideurs et acteurs sociaux dans la LCS.	\$175.000	1, 3, 9	
2.2 Mieux protéger par les lois existantes les personnes infectées et affectées et les impliquer dans la LCS.	\$55.000	3, 9	
3.1 Renforcer les capacités des institutions oeuvrant en matière de lutte contre le SIDA.	\$375.000	1, 3, 7	
3.2 Opérationnaliser le système de contrôle de qualité des activités de LCS.	\$150.000	3, 10, 18	
3.3 Mobiliser l'assistance technique pour appuyer les capacités de gestion et de programmation aux niveaux central et local.	\$2.300.000	1, 8	
4.1 Elargir et institutionnaliser la mission du CCM en tant qu'instance nationale de coordination de la LCS.	\$80.000	9, 10	
4.2 Renforcer l'organisation et le fonctionnement des CRILS et CPI dans les régions prioritaires.	\$100.000	9, 10	
5.1 Etendre et adapter le système de surveillance de deuxième génération aux populations clés plus exposées au risque d'infection.	\$620.000	11, 12, 13	
5.2 Opérationnaliser un système unique de suivi évaluation du PSN, incluant l'ensemble des actions des partenaires.	\$145.000	3, 7, 13, 17, 18	
5.3 Evaluer périodiquement la mise en œuvre des composantes du PSN.	\$100.000	17, 18	
6.1 Mettre en œuvre des projets de recherche opérationnelle en matière d'innovation dans LCS.	\$100.000	1, 17	
7.1 Mobiliser les ressources nationales auprès des institutions publiques et privées.	\$30.000	1, 8, 18	
7.2 Mobiliser les ressources au niveau international auprès des bailleurs de fonds et agences de coopération.	\$20.000	1, 8, 18	



Liste des moyens de vérification (MDV) des indicateurs de la matrice du PSN

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 PE, CR et laboratoires
6. Registres du PNLS relatifs aux acquisitions et distribution des médicaments, des fongibles et des 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 (PNLS, régions, secteurs...) 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 des PVVIH
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. Enquête spécifique, recherche action
18. Rapports des évaluations, des revues et des supervisions.



ANNEXE 2

INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DU PSN



	Domaines	#	Indicateurs	Fréquence	Source
Prévention	Prise en charge des IST	1	Nombre de patients atteints d'IST pris en charge	Trimestrielle	Registres des consultations Fiche de déclaration, Rapport des ONG
		2	Pourcentage des patients qui consultent pour IST, correctement examinés et traités conformément aux directives nationales.	Tous les 2 ou 3 ans	Rapport de l'enquête d'évaluation de la qualité de prise en charge des IST
		3	Pourcentage des patients qui consultent pour IST, qui ont reçu les conseils appropriés sur les préservatifs et la notification des partenaires.	Tous les 2 ou 3 ans	Enquête d'évaluation de la qualité de prise en charge des IST
		4	Prévalence des IST chez les femmes en consultations pour PF ou en consultations prénatale	Tous les 2 ou 3 ans	Étude transversale de prévalence des IST
	Communication sociale de masse	5	Nombre de personnes sensibilisées sur le sida	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
		6	Nombre de moyens/ supports de communication de masse diffusés/distribués pour la sensibilisation en matière de sida	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
	Prévention de proximité auprès des jeunes	7	Nombre d'éducateurs formés en matière de prévention du VIH auprès des jeunes	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
		8	Nombre de jeunes scolarisés et non scolarisés éduqués pour la prévention du VIH	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
		9	Nombre de jeunes sensibilisés en matière de sida par différentes approches de communication	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
		10	Nombre de structures de jeunes (lycées, collèges, maisons de jeunes, centres de formation et d'accueil, foyers féminin, etc...) offrant une activité d'éducation en matière de sida	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
		11	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui identifient correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH	(i) tous les 2 ans ou 3 ans, (ii) tous les 5 ans	(i) Étude CAP auprès des jeunes ciblés, (ii) Enquête DHS population
	Prévention de proximité auprès des femmes	12	Nombre d'éducatrices formées en matière de prévention du VIH auprès des femmes	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
		13	Nombre de femmes sensibilisées en matière de sida par différentes approches de communication	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires
		14	Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Tous les ans ou les 2 ans	Rapport de surveillance sentinelle du VIH
	Prévention de proximité auprès des populations clés plus exposées au risque d'infection	15	Nombre d'intervenants auprès des populations clés plus exposées au risque d'infection, formés en matière de prévention du VIH selon les normes nationales	Trimestrielle	Registres et rapports d'activités des ONG et des secteurs
		16	Nombre de personnes parmi les populations clés plus exposées au risque d'infection, bénéficiaires des interventions de prévention de proximité	Trimestrielle	Registres et rapports d'activités des Ministères et des ONG partenaires
		17	Nombre d'Usagers de Drogue Injectables (UDI) bénéficiant du programme de réduction des risques	Trimestrielle	Registre des centres d'accueil pour usagers de drogues
		18	Pourcentage de personnes parmi les populations clés plus exposées au risque d'infection, que les programmes de prévention de proximité parviennent à atteindre.	Tous les 2 ou 3 ans	Étude de surveillance des comportements
		19	Pourcentage de personnes, parmi les populations clés plus exposées au risque d'infection, possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Tous les 2 ou 3 ans	Étude de surveillance des comportements



	Domaines	#	Indicateurs	Fréquence	Source
		20	Pourcentage de professionnels (les) du sexe qui rapportent avoir utilisé le préservatif avec tous les clients au cours du dernier mois.	Tous les 2 ou 3 ans	Étude de surveillance des comportements
		21	Indice de couverture par les préservatifs de la population sexuellement active	Trimestrielle	Rapports d'activités du MS, des ONG et des secteurs, Direction de la statistique
		22	Pourcentage des usagers de drogues injectables ayant adopté des comportements qui réduisent la transmission du VIH	Tous les 2 ou 3 ans	Étude de surveillance des comportements
		23	Taux de prévalence du VIH chez les populations clés plus exposées au risque d'infection	Annuelle	Rapport de la surveillance sentinelle du VIH
	Mesures universelles de précaution dans les établissements sanitaires	24	Nombre d'établissements hospitaliers qui mettent en œuvre des programmes de formation en matière d'application des mesures universelles de précaution au profit du personnel	Annuelle	Rapports d'activités
Dépistage	Dépistage clinique	25	Nombre de tests VIH effectués dans le cadre du dépistage clinique	Trimestrielle	Rapport d'activité des laboratoires hospitaliers de l'INH et l'IPM
	Conseil et test volontaire du VIH (CTV)	26	Nombre de structures qui offrent le conseil et test volontaire du VIH fonctionnelles selon les normes nationales.	Annuelle	Rapport d'activité des ONG, Ministère de la santé, rapport du comité d'accréditation
		27	Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH de manière volontaire au niveau des centres de conseil et test volontaire	Trimestrielle	Rapport d'activité des ONG, des CS et des CDMR,
		28	Pourcentage de personnes, parmi les populations clés plus exposées au risque d'infection, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Tous les deux ou trois ans	Enquêtes CAP, Rapport d'activité des CTV
Soins et appui	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	29	Pourcentage de femmes enceintes conseillées au cours de la prise en charge de leur grossesse, qui ont bénéficié d'un test VIH et ont reçu le résultat, parmi celles qui ont consulté dans les sites d'intervention pTME	Trimestrielle	Rapport d'activité des formations sanitaires
		30	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu un traitement ARV complet pour réduire le risque de transmission mère enfant selon le protocole de traitement national	Annuelle	Rapport d'activité des formations sanitaires
	Prise en charge des personnes vivant avec le VIH	31	Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA recevant une association d'ARV	Annuelle	Rapport d'activité des PE et CR, file active et dossiers des malades
		32	Pourcentage de personnes ayant une infection VIH avancée recevant une association d'ARV et qui sont toujours vivant après 12 mois de démarrage du traitement antirétroviral	Annuelle	Rapports d'activité des PE et CR, file active et dossiers des malades
		33	Pourcentage de personnes ayant une infection VIH avancée recevant un traitement ARV	Annuelle	Rapport d'activité et estimations des PVVIIH
		34	Nombre d'établissements en mesure de fournir des soins avancés pour l'infection à VIH, y compris la prescription des traitements ARV	Annuelle	Rapports d'activités des centres de prise en charge
		35	Nombre de cas de VIH et de sida notifiés	Mensuelle	Fiche de déclaration
	Prise en charge Psychosociale des PVVIIH	36	Nombre de PVVIIH ayant bénéficié d'une prise en charge psychosociale	Trimestrielle	Rapports d'activités des partenaires et des services d'assistance sociale



	Domaines	#	Indicateurs	Fréquence	Source
Leadership	Plaidoyer et mobilisation sociale	37	Nombre de responsables sensibilisés à la lutte contre le sida	Annuelle	Rapports d'activités des partenaires, rapports des ateliers
	Partenariat dans la lutte contre le sida	38	Nombre d'institutions publiques et privées qui mettent en œuvre des activités de lutte contre le sida au sein de leurs secteurs	Annuelle	Rapport d'activités des partenaires, plans d'actions, rapports des projets
	Plaidoyer et mobilisation sociale	39	Nombre d'ONG et d'organisations à base communautaire ayant intégré la lutte contre le sida dans le cadre de leurs activités.	Annuelle	Rapports d'activités des ONG et OBC
	Intégration de la lutte contre le sida dans les stratégies de développement	40	Nombre de programmes et projets de développement et de réduction de la pauvreté ayant intégré la lutte contre le sida dans leurs activités	Annuelle	Rapports d'activités des programmes et des projets
	Qualité des activités	41	Nombre de guides nationaux de référence relatifs aux prestations de services en matière de lutte contre le sida élaborés/révisés	Annuelle	Rapports de suivi du PSN
	Coordination et décentralisation	42	Nombre d'instances de coordination opérationnelles	Annuelle	Rapports d'activités du CCM, des CRILS et des CPI et des autres comités
	Ressources financières	43	Montant total du budget alloué à la lutte contre le sida	Annuelle	Budgets du MS et des secteurs, rapports financiers bailleurs de fonds, ONG
	Amélioration de la gestion	44	Nombre de personnes formées en matière de gestion des programmes de lutte contre le sida	Annuelle	Rapports d'activités des partenaires
	Surveillance/Suivi et Évaluation	45	Nombre de partenaires qui produisent régulièrement des rapports sur leurs activités	Annuelle	Rapports d'activités des partenaires
	Ressources Humaines mobilisées	46	Nombre de personnels mobilisés au niveau ONG de lutte contre le sida	Annuelle	Rapports d'activités des ONG partenaires



Réalisation : AZ Editions - Rabat
Tél.: 037 68 01 47/52

Dépôt légal : 2007/2257
ISBN : 9954 - 476 - 33 - 4



avec l'appui de



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS SUR LE VIH/SIDA

HCR UNODC
UNICEF CEA
FAO UNESCO
PNUD OMS
UNEP BANQUE MONDIALE