Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵓⵙⵙⵉⵍⵜ ⴷ ⵓⵙⵎⵓⵜⵜ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔ

PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL INTÉGRÉ DE LUTTE CONTRE LE SIDA LES HÉPATITES VIRALES ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

2024 - 2030

Ensemble pour un Maroc sans SIDA

Royaume du Maroc
Programme d'Appui
Du Fonds mondial
De Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵓⵙⵙⵉⵍⵜ ⴷ ⵓⵙⵎⵓⵜⵜ ⴰⵏⴰⵎⵓⵔ
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

ONUSIDA

PRÉFACE

Dans le cadre des objectifs de développement durable et en vue d'éliminer le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les hépatites virales (HV) à l'horizon 2030, le Maroc a élaboré le plan stratégique national Intégré de lutte contre le sida, les HV et les IST 2024-2030 dans le cadre d'une approche participative. Il s'agit du premier plan stratégique national dans la région du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord, qui intègre la lutte contre les trois maladies, tel que recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le plan stratégique intégré tient compte des progrès de la science, de la technologie et de l'innovation dans la prévention et la prise en charge des trois maladies. Il propose une approche centrée sur la personne et adopte un modèle de prestation de services de santé et de soins différenciés en termes de de prévention, dépistage et prise en charge.

Dans ce sens, quatre résultats stratégiques nationaux sont visés d'ici 2030: 1/ les nouvelles infections sont réduites d'au moins 90% pour le VIH, 60% pour les HV et 90% pour les IST ; 2/ la mortalité est réduite d'au moins 90% pour le VIH et d'au moins 80% pour les HV ; 3/ les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les IST et les HV sont levés ; 4/ La coordination nationale et le partenariat avec les secteurs gouvernementaux, les organisations de la société civile et le secteur privé sont efficients.

Désormais, l'enjeu majeur au Maroc est de veiller à la mise en œuvre de ce plan stratégique qui va nécessiter un suivi et une évaluation renforcée ainsi que la mobilisation des ressources financières nationales et internationales. La mise en œuvre réussie de ce plan requiert également un haut niveau d'engagement et à tous les niveaux pour l'atteinte des objectifs escomptés.

Je remercie ainsi tous les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, ainsi que les représentants des populations touchées qui se sont mobilisés dans le cadre d'un dialogue inclusif afin d'aboutir à l'élaboration de ce plan. Je remercie également les partenaires techniques et financiers pour leur appui.

Pr. Khalid AIT TALEB
Ministre de la Santé
et de la Protection Sociale

Remerciements

Ce document a été élaboré par le Service des MST-Sida, sous la direction et la supervision de Dr Mohammed YOUBI, Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies et avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Nous remercions les partenaires institutionnels qui ont participé à l'élaboration de ce travail, les organisations de la société civile, les représentants des populations clés et affectées par les maladies, l'ONUSIDA et les autres agences des Nations Unies, les structures centrales et déconcentrées du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale ainsi que les consultants d'ICI-Santé.

Sommaire

Préface 3

Résumé exécutif 13

1. Introduction 24

2. Méthodologie de la préparation du PSNI 2024-2030 25

3. Contexte national 26

4. Contexte épidémiologique 32

4.1 Données générales sur le VIH/sida 32

4.2 Prévalence du VIH parmi les populations clés 34

4.3 Les Infections Sexuellement Transmissibles 39

4.4 Les Hépatites Virales 40

5. Analyse de la riposte nationale au VIH/IST et HV 43

5.1 Introduction 43

5.2 Prévention pour les populations clés 43

5.3 Prévention ciblant les adolescents et jeunes vulnérables 48

5.4 Prévention de la transmission verticale du VIH 48

5.5 Prise en charge de qualité des personnes présentant des IST ayant recours aux services de Santé publique 49

5.6 Prophylaxie post-exposition des personnes victimes d'accidents d'exposition au sang ou d'exposition sexuelle (AES) 50

5.7 Dépistage du VIH 51

5.8 Prise en charge des personnes vivant avec le VIH 51

5.9 Prise en charge psychologique, sociale et juridique 55

5.10 Lutte contre la stigmatisation et la discrimination 56

5.11 Coordination, financement et suivi-évaluation de la riposte nationale 60

5.12 Analyse de la riposte nationale aux hépatites virales 61

6. Priorités issues de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale 65

6.1 Priorités thématiques 65

6.2 Priorités transversales 67

6.3 Démarche de Priorisation 69

7. Les référentiels et principes directeurs de la réponse nationale au VIH/IST et HV 71

7.1 Référentiels nationaux et internationaux 71

7.2 Valeurs et principes directeurs de la mise en œuvre du PSNI 2024-2030 73

8. Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le sida, les hépatites virales et les IST au Maroc 74

8.1 Vision de la réponse nationale VIH, IST et hépatites virales 74

8.2. But du PSNI 74

8.3 Résultats à atteindre d'ici 2030 74

8.4 Description des résultats d'impacts, d'effets et de produits 75

8.4.1 Résultat d'Impact 1 : D'ici 2030, les nouvelles infections sont réduites d'au moins 90% pour le VIH, d'au moins 60% pour les hépatites virales et d'au moins 90% pour les IST 75

8.4.2 Résultat d'Impact 2 : D'ici 2030, la mortalité est réduite d'au moins 90% pour le VIH et d'au moins 65% pour les hépatites virales 86

8.4.3 Résultat d'Effet Transversal 1 : D'ici 2030, les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les IST et les hépatites virales sont levés 94

8.4.4 Résultat d'effet transversal 2 : La coordination nationale et le partenariat avec les organisations de la société civile, les secteurs gouvernementaux et le secteur privé sont efficients dans le contexte de la refonte du système de santé et la généralisation de la Couverture Médicale Universelle 96

9. Mise en œuvre du PSNI 100

9.1 Optimisation de la mise en œuvre pour l'atteinte des résultats, prenant en compte les facteurs de risque 100

9.2 Plans Stratégiques Régionaux pour la lutte contre le VIH, hépatites virales et IST 2024-2030 101

9.2.1 Processus de préparation des PSR 102

9.2.2 Architecture globale des PSR 102

10. Suivi et évaluation du PSNI 103

10.1. Niveau opérationnel 103

10.2. Niveau déconcentré 104

10.3. Niveau central 105

11. Financement du PSNI 107

12. Cadres de Performance 107

12.1 Cadre de Performance du PSNI 109

12.2 Cadre de performance des PSR 123

13. Références 127

Liste des tableaux

Tableau 1 : Prévalence du VIH chez les Populations clés (IBBS) 38

Tableau 2 : Prévalence des germes dans les syndromes d'IST et chez les femmes consultant aux ESSP 39

Tableau 3 : Prévalence des IST au sein des populations clés, Études bio-comportementales 40

Tableau 4 : Séroprévalences de l'Hépatite B (Ac Anti HBc, Ag HBS), ENSPHV, 2019 41

Tableau 5 : Séroprévalence de l'Hépatite C (Ac anti VHC), ENSPHV, 2019.....42

Tableau 6 : Cibles de couverture par les ONG des PS, HSH et Transgenre par la prévention combinée 77

Tableau 7 : Cible de couverture des PID par la RdR..... 79

Tableau 8 : Cible de couverture des détenu-e-s 80

Tableau 9 : Cible de couverture des Migrants 81

Tableau 10 : Cibles de couverture pour l'élimination de TME..... 85

Tableau 11 : Cibles de couverture pour le dépistage VIH et HV 88

Tableau 12 : Cibles de couverture de prise en charge du VIH et HV 93

Tableau 13 : Répartition du budget par Résultat et par année..... 108

Liste des figures

Figure 1 : Les différentes phases de l'élaboration du PSN....26

Figure 2 : Répartition des RHS et des infrastructures sanitaires entre secteur public et secteur privé....27

Figure 3 : Nombre d'habitants par médecins selon les régions....28

Figure 4 : Évolution de la prévalence du VIH....32

Figure 5 : Répartition par sexe des PVVIH (gauche) et des nouveaux cas (droite) avec proportion d'enfants....32

Figure 6 : Évolution des nouvelles infections VIH....33

Figure 7 : Origine des nouvelles infections VIH....33

Figure 8 : Évolution du rapport incidence/prévalence....33

Figure 9 : Évolution des décès dus au sida....34

Figure 10 : Cascade 95-95-95 de la prévention parmi les populations clés pour 2022....45

Figure 11 : Résultats attendus du PSNI....74

Figure 12 : Systèmes et circuit de collecte des données dans le cadre du PSNI...107

Abréviations et sigles

AAD	Antiviraux à action directe
AES	Accidents d'exposition au sang
AHSUD	Association Hasnouna de Soutien aux Usagers de Drogues
ALCS	Association Marocaine de Lutte Contre le Sida
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
ANAM	Agence nationale de l'assurance maladie
ARV	Antirétroviraux
ASCS	Association Sud contre le sida
CCM	Comité de Coordination du Maroc
CDC	Center of Disease Control
CDTMR	Centre de Diagnostic et de Traitement des Maladies Respiratoires
CERED	Centre d'Études et de Recherches Démographiques
CHP	Centre Hospitalier Provincial
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIU	Code d'identification unique
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CNSS	Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
CPN	Consultation Prénatale
CRILS	Comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida
CR	Centre Référent
CS	Centre de santé
CV	Charge virale
DA	Division d'Approvisionnement
DELM	Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies
DGAPR	Délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion

DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DH	Droits Humains
DIM	Division de l'Informatique et de la Méthode
DMP	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DP	Direction de la Population
DRS	Direction régionale de la Santé
ENSP	Enquête Nationale de la Santé et de la Population
ENSPHV	Enquête Nationale de Séroprévalence des Hépatites Virales
EP	Éducateurs pairs
ESJ	Espaces Santé Jeunes
ESR	Education Sexuelle et Reproductive
ESSP	Établissements de Soins de Santé Primaire
eTME	Élimination de la Transmission Mère Enfant
FE	Femme enceinte
FM	Fonds mondial
FVVIH	Femmes vivant avec le VIH
GST	Groupements Sanitaires Territoriaux
HPV	Human Papilloma virus
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
HVB	Hépatite virale B
HVC	Hépatite virale C
IBBS	Integrated biological and behavioural study ou enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence
IEC	Information, Éducation et Communication
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
INH	Isoniazide
IO	Infections opportunistes
ISPITS	Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé
IST	Infections sexuellement transmissibles

LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MSPS	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
NASA	National Aids Spending Assessment ou Évaluation Nationale des Ressources et Dépenses
NN	Nouveau-Né
OBC	Organisations à base communautaires
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPALS	Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida
OSC	Organisation de la Société civile
PEC	Prise en Charge
PID	Personnes qui s'injectent des drogues
PMS	Paquet minimum de services
PNAPS	Programme National d'Accompagnement Psychologique et Social
PNLAT	Programme National de Lutte Anti-Tuberculose
PNLHV	Programme National de Lutte contre les Hépatites Virales
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PPP	Partenariat public privé
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PSF	Professionnelles du sexe féminines
PSNI	Plan Stratégique National Intégré
PSR	Plan stratégique régional
PS	Professionnelles du sexe
pTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personnes Vivant avec le VH
RAMED	Régime d'assistance médicale aux Économiquement Démunis
RdR	Réduction des Risques

RDS	Respondent Driven Sampling
RDV	Rendez-vous
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
RSS	Renforcement du Système de Santé
SC	Syphilis Congénitale
S&D	Stigmatisation et Discrimination
S&E	Suivi-évaluation
SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile et Planification Familiale
SMMAD	Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
SMS	Short Message Service
SOMIPEV	Société Marocaine d'Infectiologie Pédiatrique et de Vaccination
SRES	Services du Réseau des Établissements Sanitaires
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TB	Tuberculose
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
TME	Transmission mère-enfant du VIH
TSO	Traitement de substitution des Opioïdes
PID	Personnes qui s'injectent des drogues injectables
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	Violences basées sur le genre
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite virale C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé exécutif

Méthodologie et contexte de préparation

C'est dans une approche de concertation et de mobilisation de l'ensemble des partenaires institutionnels, des Organisations de la Société Civile (OSC), des personnes vivant avec le VIH, des représentants des populations clés bénéficiaires, ainsi que des partenaires financiers et de développement, que le Plan Stratégique National Intégré (PSNI) 2024-2030 a été développé. Une revue externe du précédent PSN a été conduite, prolongée par un atelier de planification stratégique en mars 2023, qui a permis de définir les axes, le cadre logique et le cadre de performance du PSNI 2024-2030.

Le contexte national dans lequel il s'inscrit est celui d'un pays dont les indicateurs macroéconomiques ont été impactés par la crise sanitaire de la COVID-19 et la crise financière internationale qui lui a succédé.

Le système de santé du Maroc est fondé sur la contribution concomitante du secteur public et d'un secteur privé en croissance significative. L'offre de soins du secteur public se répartit sur 4 niveaux d'établissements de santé (centres de santé, hôpitaux provinciaux, hôpitaux régionaux et Centre Hospitaliers Universitaires - CHU) et inclue également la santé militaire (Forces Armées Royales) et le secteur parapublique. Le secteur privé comprend des cabinets de soins et des cliniques privées. Les ressources humaines en santé (RHS) sont fortement concentrées dans les grands centres urbains. Les principaux indicateurs de santé issus de l'Enquête Nationale Population et Santé (ENPS) montrent des taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle en baisse notable et une couverture vaccinale nationale élevée. Depuis décembre 2022, c'est un total de 22 millions de marocains qui bénéficient de l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'ambitieuse refonte du système de santé en cours vise à parfaire l'implémentation territoriale du service public de santé et à améliorer sa gouvernance, à travers quatre piliers fondamentaux : (i) la mise en place d'une nouvelle gouvernance du système de santé ; (ii) la valorisation des ressources humaines en santé ; (iii) la réhabilitation de l'offre de soins ; et (iv) un système d'information intégré et digitalisé.

Contexte épidémiologique du VIH/sida au Maroc

La prévalence du VIH au Maroc reste stable en population générale (15 ans et plus), estimée à 0,07% en 2022, avec un nombre des personnes vivant avec le VIH estimé à 21 600 et une incidence du VIH stable à environ 0,2 ‰. Un total de 1 359 nouvelles d'infections par le VIH/sida ont été notifiées en 2022 avec 360 décès dus au sida (en réduction de 57% par rapport à 2010). Le nombre estimé des femmes enceintes vivant avec le VIH était de 390 en 2022, avec un taux de

transmission verticale du VIH (incluant la période d'allaitement jusqu'à 12 mois) estimé à 10,5% [9-14,5], ce qui demeure élevé et occasionne 94 [70-120] cas d'infection à VIH pédiatriques. La prévalence de la syphilis était de 0,3 % chez les femmes enceintes en 2019.

Les données des études bio-comportementales les plus récentes ont montré qu'il existe toujours des prévalences du VIH élevées parmi les populations clés au Maroc, avec une moyenne de 2% pour les PS en 2022 pour un effectif estimé à 73.000 ; de 4,1% pour le VIH et 6% pour la syphilis parmi les HSH en 2020, avec un effectif estimé à 46 000.

En 2017, les prévalences observées parmi les PID étaient de 6% à Tétouan, de 14% à Nador et de seulement 1,6% à Tanger, pour une population estimée à 1 200. La prévalence du VIH parmi les migrants d'Afrique subsaharienne était de 4,6% (4,2% chez les hommes et 4,9% chez les femmes), celle du VHC de 0,5% et celle de la syphilis de 2,2%.

Le nombre annuel moyen de cas d'IST notifiés était de 400 000 durant les 5 dernières années.

Contexte épidémiologique des hépatites virales au Maroc

Le Maroc est situé parmi les pays à moyenne endémicité pour les virus des hépatites virales B (VHB) et C (VHC). Selon les données de l'enquête nationale de séro-prévalence des hépatites virales (ENSP HV) de 2019, 0,7% de la population générale était atteinte d'une hépatite B chronique et 0,5% d'une infection à VHC.

En revanche, ces prévalences VHB et VHC dépassaient largement 1% chez les adultes en cas d'antécédents de soins dentaires médicalisés et/ou non médicalisés, de transfusion sanguine, de saignées traditionnelles (Hijama), de recours à des services de barbiers traditionnels, chez les anciens détenus, les personnes atteintes d'IST, les hémodialysés, les clients des barbiers, les femmes enceintes, les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnels de santé, les hémophiles, les personnes vivant avec le VIH et les patients ayant séjourné en milieu d'hospitalisation.

Analyse de la riposte nationale au VIH/IST

D'importants efforts ont été consentis par le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et les ONG pour assurer la continuité des programmes de prévention et de dépistage du VIH chez les populations clés ainsi que de prise en charge des personnes vivant avec le VIH durant la pandémie COVID-19. Mais ces interventions ont été lourdement impactées, notamment le dépistage qui n'a pas retrouvé son rythme antérieur, les prestations d'appui psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH, le diagnostic de la tuberculose, la santé mentale, l'accès aux consultations médicales et le suivi biologique.

La feuille de route de 2017 pour la certification de l'élimination verticale de la transmission du VIH et de la syphilis a dû être mise à jour en 2022 pour inclure le VHB. Les réalisations du programme sont en effet réduites : couverture du dépistage des femmes enceintes en CPN de seulement 19%, couverture de 63% des femmes enceintes séropositives en ARV, ce qui se traduit par un taux de transmission verticale du VIH qui demeure élevé, estimé à 10,5% en 2022. Des interventions structurantes pour encadrer et accompagner le processus d'élimination ont été réalisées entre 2020 et 2022, mais des défis considérables persistent : faible couverture nationale de la CPN, disponibilité sélective et largement insuffisante du dépistage du VIH dans un nombre limité des formations sanitaires, système de suivi longitudinal du couple mère-enfant peu opérationnel, faible implication du secteur privé, délai de péremption des ARV et ruptures des stocks fréquentes, faiblesse du système d'information (complétude et promptitude faible des données).

En matière d'infections sexuellement transmissibles (IST), les atteintes asymptomatiques limitent la portée de l'approche syndromique de prise en charge qui est toujours en vigueur. Une étude nationale de prévalence des IST et de surveillance de la résistance aux antimicrobiens doit permettre d'identifier les actions efficaces et efficientes qui doivent accompagner la révision des algorithmes de prise en charge.

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH est assurée dans des centres référents dont le nombre a été augmenté pour couvrir l'ensemble du territoire. Un audit de la qualité des données de la prise en charge du VIH a permis de rectifier à la baisse le nombre des personnes vivant avec le VIH actuellement sous ARV au Maroc en 2021. Les centres référents de Casablanca, d'Agadir, de Rabat et de Marrakech, regroupent plus des trois quarts des personnes vivant avec le VIH suivies. Environ 25% des personnes vivant avec le VIH ont plus de 50 ans, 4% ont moins de 18 ans, le sex-ratio est de 1/1 et 13% sont issues des populations clés. La délégation des tâches pour la prise en charge du VIH est en cours de pilotage avec le secteur privé et le secteur communautaire.

La prise en charge pédiatrique assure le suivi de 701 enfants et adolescents en fin 2022, dont les régimes ARV et la transition vers le Dolutégravir est prévue en 2023.

La Stratégie nationale Droits Humains et VIH a permis d'effectuer d'importants progrès dans la réduction de la discrimination depuis 2013. Parmi les faiblesses identifiées, le volet gouvernance de la stratégie et le fait qu'il n'y a pas eu d'évolution importante pour la réforme des politiques, notamment le plaidoyer pour le dépistage du VIH/IST et des hépatites virales chez les mineurs.

Les principales sources de financement de la riposte au VIH/sida au Maroc proviennent du MSPS dans le cadre du budget de l'état (87 % pour l'achat de médicaments ARV) et de la subvention Fonds Mondial. La riposte nationale au VIH

demeure dépendante du financement externe pour les activités de prévention portées par les OSC, qui jouent un rôle essentiel dans la réalisation des activités au profit des populations clés, ce qui pose un sérieux problème de durabilité et de pérennité de ces interventions.

Un Plan d'action pour la Préparation à la Transition du Financement pour le VIH et la tuberculose du Fonds mondial élaboré en 2019 donne lieu à des efforts substantiels en cours. La généralisation de la protection sociale et plus particulièrement de la couverture sanitaire universelle s'inscrit dans une vision appelée à s'étendre de manière progressive tout au long des cinq prochaines années.

Analyse de la riposte nationale aux Hépatites virales

L'élimination de l'hépatite virale C, grâce au renforcement des stratégies de dépistage et de diagnostic de l'hépatite virale C et à la disponibilité des antiviraux à action directe a été érigée en tant que priorité nationale par le MSPS dans l'actuel PSN. Depuis le lancement du PNLHV en 2022, plus de 1700 centres offrent le dépistage de l'hépatite C, 16 laboratoires assurent la confirmation par PCR et plus de 85 centres assurent la prise en charge thérapeutique. Une première campagne nationale de dépistage de l'hépatite virale C a été lancée en 2022. La mise en place du registre national électronique de l'hépatite virale C permet le suivi de la cascade de prise en charge. Cependant des défis persistent, notamment l'extension du programme de dépistage et de prise en charge vers le secteur privé, la micro-élimination de l'hépatite virale C dans les groupes à haut risque et la pérennisation du financement du PNLHV.

Priorités issues de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse

Une démarche de priorisation a été conduite dans le cadre d'un dialogue pays élargi, qui a permis de distinguer 5 priorités thématiques et 5 priorités transversales issues de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale.

Ces priorités ont guidé l'élaboration du PSNI, selon les référentiels nationaux et internationaux.

Plan Stratégique National Intégré 2024-2030

Le PSNI de lutte contre le sida, les hépatites virales et les IST au Maroc 2024-2030 est élaboré selon une approche axée sur les résultats, qui a permis de construire les différents niveaux de résultats, leur hiérarchie, leur lien de causalité et les synergies nécessaires entre ces résultats. Il comprend deux résultats d'impact et deux résultats stratégiques transversaux qui se déclinent en résultats d'effets et de produits. Cette approche se fonde sur le choix de priorités populationnelles, thématiques et géographiques qui guident des investissements stratégiques de ressources.

Résultat d'Impact 1 : *D'ici 2030, les nouvelles infections sont réduites d'au moins 90% pour le VIH, d'au moins 60% pour les hépatites virales et d'au moins 90% pour les IST.*

Résultat d'effet 1.1 : D'ici 2030, 95 % des populations clés exposées aux risques d'infection par le VIH, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent les services essentiels de prévention combinée
Produit 1.1.1 : 95% des PS et HSH et personnes transgenres bénéficient du paquet de services de prévention combinée selon les normes nationales
Produit 1.1.2 : Les PS et les HSH les plus à risque bénéficient d'une PrEP adaptée à leurs besoins
Produit 1.1.3 : 95% des PID bénéficient d'un paquet de services de prévention adaptés à leurs besoins, dans le cadre de la politique de réduction des risques (RdR)
Produit 1.1.4 : 90% des détenu-es bénéficient d'un paquet essentiel de services adaptés à leurs besoins, et au contexte de détention
Produit 1.1.5 : 90% des Migrant-es notamment ceux appartenant aux populations clés bénéficient du paquet de services de prévention combinée selon les normes nationales
Résultat d'effet 1.2 : D'ici 2030, les populations vulnérables ou à risque utilisent les services essentiels pour se protéger du VIH, des IST, et des hépatites, à travers des approches différenciées
Produit 1.2.1 : 80% des populations vulnérables et à risque utilisent les services essentiels pour se protéger du VIH, des IST, et des hépatites, à travers des approches différenciées
Produit 1.2.2 : Toute personne présentant des syndromes d'IST ayant recours aux services de Santé publics, communautaires ou privé reçoivent une prise en charge de qualité
Produit 1.2.3 : Les victimes d'accident d'AES ou victimes d'exposition sexuelle y compris les VBG bénéficient d'une prise en charge globale selon une approche différenciée
Produit 1.2.4 : les adolescent(e)s et des jeunes les plus vulnérables disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST
Produit 1.2.5 : 95% des jeunes et adolescents présentant une IST/HV/VIH reçus dans les centres de santé/espaces santé jeunes et médicaux-universitaires bénéficient d'une prise en charge appropriée d'ici 2030
Résultat d'Effet 1.3 : La triple élimination de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant est validée dès l'année 2026 et maintenue jusqu'en 2030
Produit 1.3.1 : Au moins 95% des femmes enceintes attendues sont dépistées pour VIH/Syphilis/HVB et reçoivent les résultats en CPN le plutôt possible au cours de la grossesse
Produit 1.3.2 : 95% des femmes dépistées séropositives au VIH, à l'hépatite B et la syphilis reçoivent le traitement approprié le plus rapidement possible pour éviter la TME du VIH/Syphilis/HV
Produit 1.3.3 : 95% des FVIH en âge de procréer ont accès à des services de PF adaptés
Produit 1.3.4 : 100% des enfants exposés bénéficient d'une prophylaxie aux ARV et de la vaccination contre l'hépatite B selon les protocoles pTME
Produit 1.3.5 : Au moins 95% des couples mère-enfant sont maintenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé
Produit 1.3.6 : Le processus de certification de l'eTME est initié avec la contribution des partenaires mis en place et est fonctionnel d'ici fin 2026

Résultat d'Impact 2 : *D'ici 2030, la mortalité est réduite d'au moins 90% pour le VIH et d'au moins 65% pour les hépatites virales*

Résultat d'effet 2.1 : D'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique au VIH et aux hépatites et reçoivent leurs résultats de dépistage grâce aux approches différenciées

Produit 2.1.1 : 95% des personnes vivant avec le VIH issues des populations clés (PS, HSH, PID, Tsg, détenus, migrants) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut sérologique au VIH et aux hépatites

Produit 2.1.2 : Les stratégies de dépistage les plus rentables sont développées et mise en œuvre

Produit 2.1.3 : les approches classiques de dépistage sont renforcées

Résultat d'effet 2.2 : d'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral selon les directives nationales

Produit 2.2.1 : au moins 95% des personnes vivant avec le VIH nouvellement dépistés sont connectées au système de prise en charge

Produit 2.2.2 : 95% des personnes vivant avec le VIH (adultes, jeunes et adolescents) bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales de prise en charge

Produit 2.2.3 : 95% des enfants vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales

Produit 2.2.4 : En 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH (enfants, jeunes et adolescent, adultes) sont maintenues dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) dans le cadre du PNAPS

Résultat d'effet 2.3 : En 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH traités ont une charge virale supprimée grâce au continuum de soins selon des approches différenciées avec la contribution active des associations et du secteur privé

Produit 2.3.1 : 95% des personnes vivant avec le VIH traités par ARV (adultes, enfants et adolescents) bénéficient de la mesure de la charge virale, selon les directives nationales

Résultat d'effet 2 .4 : 90% des personnes vivant avec le VIH ayant une coinfection TB / VIH et IO sont traités selon les directives nationales

Produit 2.4.1 : 90% des personnes vivant avec le VIH suivies bénéficient du dépistage, diagnostic précoce, traitement préventif ou curatif précoce de la tuberculose selon les directives

Résultat d'effet 2.5 : D'ici 2030, 70% des personnes présentant des hépatites virales B et C bénéficient d'un diagnostic et d'une prise en charge selon les directives nationales

Produit 2.5.1 : 95% des personnes atteintes d'hépatites virales B et C sont diagnostiquées

Produit 2.5.2 : 95% des personnes diagnostiquées positives aux hépatites virales B et C sont traitées dont 95% sont guéries (HVC) ou négativent leur CV (HVB)

Résultat d'effet 2.6 : D'ici 2030, 90% des femmes / filles séropositives et autres catégories de femmes vulnérables au VIH bénéficient d'une prise en charge de l'infection à HPV selon les directives nationales

Produit 2.6.1 : 95% des femmes/filles vivant avec le VIH de plus de 25 ans suivies et des populations clés (PS) sont dépistées pour le cancer du col

Produit 2.6.2 : 90% des femmes vivant avec le VIH présentant des lésions pré cancéreuses du col utérin sont traités selon les directives nationales

Produit 2.6.3 : 100% des adolescentes de moins de 15 ans bénéficient du vaccin contre HPV selon les directives nationales

Résultat d'effet transversale 1 : D'ici 2030, les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les IST et les hépatites virales sont levés.

Résultats produits	Stratégies
Produit 1.1 : Moins de 10% des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, des personnes atteintes de tuberculose et des patients affectés par les hépatites virales (HV) sont victimes de discrimination et de stigmatisation	**Stratégie 1 :** Sensibilisation des partenaires sociaux en matière de lutte contre la discrimination et les inégalités sensibles au genre en milieu institutionnel **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des individus et des communautés par la connaissance de leurs droits et pour l'adoption d'attitudes non-discriminatoires en matière VIH, TB et HV
Produit 1.2 : les droits des personnes vivant avec le VIH (personnes vivant avec le VIH), TB, hépatites virales sont protégés en milieu institutionnel	**Stratégie 1 :** Les autorités et agents d'application de la loi sont sensibilisés sur les droits humains, le VIH, TB et HVC **Stratégie 2 :** Amélioration de l'environnement légal et règlementaire en lien avec le VIH
Produit 1.3 Les inégalités liées au genre dans toute leur diversité pour l'accès des patients personnes vivant avec le VIH/TB, des populations clés et des groupes vulnérables, des hommes et des filles aux services de santé sont réduites d'ici 2030	**Stratégie 1 :** Les cas/situations des inégalités liées au genre et violences sexistes sont réduites **Stratégie 2 :** Les coûts catastrophiques hommes/femmes liées à la tuberculose/hépatites virales sont réduites
Produit 1.4 : La stratégie intégrée pour éliminer les stigmatisations, les discriminations et les inégalités au VIH, TB et Hépatites virales (HPV) dans toute leur diversité est soutenue par une gouvernance inclusive, bien coordonnée, réactive et durable.	**Stratégie 1:** Les mécanismes de coordination et de suivi de la stratégie sont renforcés les mécanismes de coordination et de suivi de la stratégie sont renforcés **Stratégie 2:** Déclinaison des interventions phares de la stratégie Droits Humains et VIH, TB, hépatites virales au niveau des régions **Stratégie 3:** La communication autour de la stratégie Droits Humains et VIH est assurée

Résultat d'effet transversal 2 : La coordination nationale et le partenariat avec les organisations de la société civile, les secteurs gouvernementaux et le secteur privé sont efficients dans le contexte de la refonte du Système de Santé et la généralisation de la Couverture Médicale Universelle.

Résultats produits	Stratégies
Produit 2.1 : La coordination multisectorielle de la riposte nationale au VIH/HV/IST à tous les niveaux est renforcée	**Stratégie 1:** Renforcement du cadre de coordination multisectorielle entre le secteur public, le secteur privé et le secteur communautaire **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des organes de gestion de la réponse national au VIH /HV/IST **Stratégie 3:** Renforcement de la collaboration et la coordination entre les pôles médicaux et communautaires dans les centres d'addictions **Stratégie 4:** Renforcement de l'approche «Villes Sans Sida»
Produit 2.2 : Le cadre de partenariat entre les OSC et les institutions publiques est mis en place	**Stratégie 1 :** Renforcement des capacités organisationnelles et managériales du PNLS, des réseaux de personnes vivant avec le VIH, hépatites virales et autres organisations de la société civile **Stratégie 2 :** Renforcement du lien entre les structures communautaires et structures de santé dans le cadre de la mise en œuvre du PMS (comités locaux de partenariat) **Stratégie 3:** Renforcement de la mobilisation des communautés en faveur de la réponse au VIH/ hépatites virales /IST par la contractualisation **Stratégie 4 :** L'observatoire communautaire de la réponse au VIH/sida (incluant le respect des droits humains) est fonctionnel
Produit 2.3 : La contribution de l'État, du secteur privé, des collectivités territoriales et villes, au financement de la lutte le VIH/ HV/IST est sécurisée	**Stratégie 1 :** Plaidoyer pour un financement pérenne et durable tout en veillant à la contribution de l'ensemble des acteurs (État, du secteur privé et des collectivités communautaires, partenaires de développement) à la réponse au VIH/HV/IST **Stratégie 2 :** Analyse des dépenses liées à la prise en charge du VIH/hépatites virales /IST à travers les comptes de la santé actualisés **Stratégie 3:** Plaidoyer pour l'augmentation continue et durable de la contribution des partenaires bilatéraux et multilatéraux **Stratégie 4 :** Négociations pour assurer que les produits de santé relatifs au diagnostic et au traitement du VIH, hépatites virales et IST sont pris en charge dans le dispositif de l'AMO

Produit 2.4 : D'ici 2030, 100% des médicaments et produits de santé respectant les normes de qualité sont disponibles à tous les niveaux	**Stratégie 1 :** Optimisation de L'utilisation des fonds pour l'achat des médicaments et des produits de santé du programme VIH/HV/IST de 2024 à 2030 **Stratégie 2 :** Amélioration du cycle de gestion des médicaments et des produits de santé **Stratégie 3 :** Amélioration de la coordination de la gestion des produits et approvisionnements au niveau central et déconcentré **Stratégie 4 :** Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement en gestion des achats et stocks à tous les niveaux **Stratégie 5 :** Renforcement de la règlementation pour la disponibilité des médicaments et le bon usage (Amélioration de l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des médicaments et les produits de santé **Stratégie 6 :** Renforcement du plateau technique au niveau du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) à tous les niveaux, contrôle de la qualité au niveau de toute la chaine d'approvisionnement, et la qualité des médicaments et les produits de santé **Stratégie 7 :** Renforcement des capacités de distribution en médicaments et produits de santé de qualité, pour la prise en charge du VIH/HV/IST dans les délais et en bonne quantité au niveau national et décentralisé
Produit 2.5 : Le système de suivi et d'évaluation est renforcé pour produire des données de qualité à tous les niveaux	**Stratégie 1 :** Amélioration et renforcement du Système d'Information **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de SE (qualité et quantité) **Stratégie 3 :** Disponibilité permanente des outils (papier et électronique) de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, de laboratoire et logistiques) **Stratégie 4 :** Renforcement du leadership régional et local pour la planification et la supervision dans le cadre des GST

Produit 2.6 : L'information stratégique sur la riposte nationale au VIH/sida et IST/ hépatites virales est disponible, analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux pour la prise de décision	**Stratégie 1 :** Renforcement la surveillance épidémiologique du VIH/hépatites virales /IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire **Stratégie 2 :** Réalisation des enquêtes, recherche et études sur le VIH/sida et les IST/hépatites virales (Actualisation des études bio-comportementales sur les populations clés, cartographies et estimations de la taille des populations clés, coûts **Stratégie 3 :** Surveillance de la résistance et la toxicité aux ARV / Traitements des hépatites virales selon les recommandations de l'OMS ainsi que la résistance aux antimicrobiens **Stratégie 4 :** Renforcement de la rétro-information et du cadre de diffusion de l'information stratégique
Produit 2.7 : Des mesures de préparation aux Pandémies sont élaborées et mises en place	**Stratégie 1 :** Développement de la sensibilisation/ communication autour des risques liés aux pandémies pour les populations à risques

Mise en œuvre, suivi et financement du PSNI

Pour sa mise en œuvre, le PSNI de lutte contre le VIH/sida, les hépatites virales et les IST 2024-2030 constituera la référence pour tous les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de la riposte aux maladies ciblées. Toutes les parties prenantes prendront leur part de responsabilité dans l'atteinte des résultats, ce qui exige un haut niveau de coordination, de programmation, de redevabilité et de suivi évaluation, ainsi que le renforcement de la synergie d'actions entre le secteur public, privé et société civile.

Le PSNI 2024-2030 sera mis en œuvre à travers un plan opérationnel et décliné en plans d'action régionaux annuels multisectoriels. Ces plans annuels apporteront plus de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation. Ils seront déclinés en plans provinciaux, adaptés aux contextes locaux et mis en œuvre avec l'implication des parties prenantes.

Le système national de S&E de la riposte aux maladies est construit autour d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique et comprend des processus de planification, de collecte des données et de synthèse de l'information. Il contribue de manière utile à la prise de décision et à la capitalisation en matière de riposte. Conçu sous forme pyramidale, il est structuré en niveaux pour la collecte, le traitement et la transmission des données. Le fonctionnement optimal du système national de S&E suppose que le rôle et les responsabilités des différents acteurs intervenant dans le dispositif soient clairement définis et vulgarisés.

Dans le cadre du plan de préparation à la transition, une stratégie nationale de mobilisation des ressources sera mise en œuvre. L'analyse de l'environnement national et local des ressources montre qu'il existe des opportunités pour un financement durable de la riposte nationale aux trois maladies ciblées dans ce plan.

Le budget du PSNI 2024-2030, s'élève pour les 3 premières années à prés de 535 millions de Dirhams.

Enfin, pour compléter le document, un cadre de performance élaboré pour le PSNI a établi les cibles à atteindre pour les années 2024 à 2030 dans chaque résultat d'impact, d'effet et de produit.

1. Introduction

A travers le Programme National de lutte contre Sida (PNLS), la Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie (DELM) a entrepris une revue externe du Plan Stratégique National d'extension 2020-2023 pour la lutte contre le VIH/Sida au Maroc, avec l'appui de l'ONUSIDA et du Fonds mondial. Il s'agissait de réaliser une synthèse de l'analyse épidémiologique et d'impact des interventions de lutte contre le VIH/sida pour le nouveau cycle de planification.

La synthèse de l'analyse épidémiologique et d'impact a pour but de dresser un panorama de l'ampleur et des tendances de la charge de morbidité et mortalité liée au VIH et des effets potentiels des interventions de prévention, de traitement et de renforcement du système de santé sur l'infection à VIH et le sida.

Une revue externe du Plan Stratégique National 2020-2023 a été menée en 2022 afin de considérer, sur le plan qualitatif et quantitatif, la mise en œuvre des activités de la riposte sur les premières années de mise en œuvre du PSN. Plusieurs sources de données ont été étudiées (documents d'évaluations, rapports nationaux sida, études et enquêtes) et complétées par des informations factuelles issues d'entretiens et de focus groupes menés avec différents acteurs de la riposte nationale, y compris des populations clés. En outre, dans la perspective d'un nouveau plan stratégique intégré, l'analyse a été complétée par la prise en compte des données épidémiologiques et programmatiques sur les IST et les hépatites virales.

Les informations issues de cette analyse revêtent une importance pour le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS), ainsi que la société civile, les populations clés et les partenaires au développement.

Il faut prendre en compte le fait que les acteurs institutionnels, communautaires et du secteur privé ont été confrontés aux effets de la pandémie Covid-19 au cours des deux premières années de mise en œuvre du précédent PSN.

Une fois la revue épidémiologique et programmatique validée, le processus d'élaboration des orientations stratégiques du nouveau PSN 2024-2030 s'est déroulé au cours d'un atelier national de concertation qui a regroupé toutes les parties prenantes. Les priorités ont été déterminées ainsi que la présentation du cadre de résultat des impacts des effets et des produits. Ainsi un corpus d'activités a pu être sélectionné, selon une approche différenciée et centrée sur les personnes bénéficiaires.

2. Méthodologie de la préparation du PSNI 2024-2030

Au Maroc, la riposte au VIH/sida est mise en œuvre conformément aux orientations des stratégies qui sont élaborées dans le respect des règles d'équité et de Droits Humains. Elle résulte d'une approche de concertation et de mobilisation de l'ensemble des partenaires institutionnels, des Organisations de la Société Civile (OSC), des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et des représentants des populations clés bénéficiaires, ainsi que des partenaires financiers et de développement.

C'est dans cette dynamique que l'ensemble des parties prenantes a pu mettre en commun toutes les analyses et les réflexions sur l'évolution de l'épidémiologie et de la réponse, dans la perspective de constituer un corpus d'information qui a été la base sur laquelle le nouveau Plan Stratégique National Intégré (PSNI) a été développé pour la période 2024-2030.

La préparation du PSNI 2024-2030 a démarré par une revue externe dont la méthodologie a d'abord consisté en une collecte de tous les documents, rapports, référentiels et études, réalisés sur le VIH/sida au Maroc ces dernières années. Une fois cette documentation mise à la disposition de l'équipe d'experts, l'analyse documentaire a pu être conduite, complétée par une analyse bibliographique. Des entretiens qualitatifs avec une sélection de personnes ressources ont été conduits parallèlement, avec des équipes de professionnels de santé des principaux centres référents de prise en charge du VIH, des partenaires associatifs et communautaires, des personnes vivant avec le VIH et représentants des populations clés, mais aussi avec des directions de l'administration centrale du MSPS et avec les partenaires du Système des Nations Unies présents au Maroc, au premier rang desquels l'ONUSIDA.

Enfin, un atelier de restitution et de planification stratégique s'est tenu à Rabat en mars 2023. Avec l'appui de ses partenaires (ONUSIDA, Fonds mondial / Comité de Coordination Maroc) et en présence de toutes les parties prenantes de la riposte à l'épidémie de VIH, la DELM a procédé au cours du même atelier à une concertation autour des axes, du cadre logique et du cadre de performance du PSNI 2024-2030.

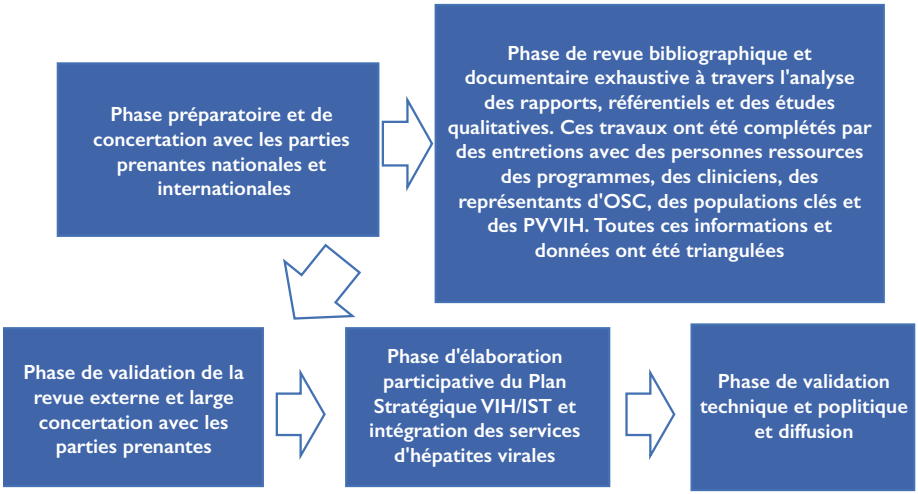

Figure 1 : Les différentes phases de l'élaboration du PSN

3. Contexte national

3.1. Contexte économique

Les indicateurs macroéconomiques du Maroc ont été impactés par la crise sanitaire de la COVID-19 et la crise financière internationale qui lui a succédé. En dépit d'une reprise économique significative en 2021, le PIB réel est resté inférieur de 6,4%. Le Revenu National Brut Disponible per capita qui était de 33.838 DH en 2019 s'est établi à 30.080 DH en 2020, pour remonter à 34 000 DH en 2021.

Sur le plan socioéconomique, après la brutale augmentation de la pauvreté en 2020, les conditions de vie ont commencé à se normaliser progressivement en 2021. Les aides publiques ont permis d'atténuer les répercussions de la pandémie COVID-19, notamment celles destinées aux ménages, en réduisant les conséquences négatives du confinement sanitaire et des mesures de restriction des déplacements sur le niveau de vie des ménages.

Sur le plan démographique, le CERED a établi au 1er juillet 2021 des projections estimant la population du Royaume à 36,3 millions, avec un taux de féminisation de 50,2% et un taux d'urbanisation de 63,9%.

La pyramide des âges montre :

- Une baisse de plus de la moitié de la part de la population des enfants de moins de 15 ans depuis 1960 qui ne représente plus que 25,6% qui s'explique par la baisse de la fécondité et l'allongement de l'Esperance de vie ;

- La population en âge d'activité (15-59 ans) représente 62,7% ;
- La population de troisième âge (60 ans et plus) représente 11,7%.

En ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, elle est estimée en 2023 à 76 ans en moyenne (73 ans pour les hommes et 79 ans pour les femmes).

3.2. Contexte sanitaire

3.2.1. L'offre de soins

Le système de santé au Maroc est fondé sur la contribution concomitante du secteur public et d'un secteur privé en croissance significative. Dans le secteur public, on peut distinguer de surcroit le secteur de la santé militaire (Forces Armées Royales) et le secteur parapublique, représenté par exemple par les cliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), entre autres. Répartis en 12 Directions Régionales de la Santé et de la Protection Sociale (DRSPS), 82 provinces sanitaires et 986 circonscriptions sanitaires (urbaines et rurales), le système de santé est composé de 4 réseaux de soins :

- Réseau des Établissements de Soins de Santé Primaires (RESSP) ;
- Réseau des Établissements Hospitaliers (REH) ;
- Réseau intégré des Urgences Médicales (RISUM) ;
- Réseau des Établissements Médicaux Sociaux (REMS).

En matière de ressources humaines en santé (RHS) et d'infrastructures sanitaires, l'offre de soins se répartit entre le secteur privé et le secteur public comme détaillé dans la figure ci-après :

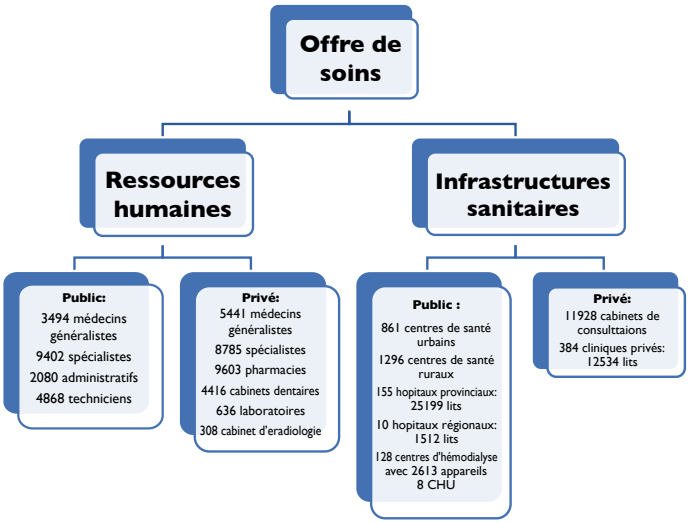

Figure 2 : Répartition des RHS et des infrastructures sanitaires entre secteur public et secteur privé

Une forte concentration des RH médicales se trouve dans les régions de Rabat-Salé-Kenitra et de Casablanca-Settat, qui disposaient à elles deux de plus de la moitié (50,9%) de l'ensemble des médecins en 2019 (contre 53,1% en 2016).

En termes de ratio par habitant, les régions de Rabat-Salé-Kenitra (1 médecin pour 835 habitants) et du Grand-Casablanca (1 médecin pour 1.015 habitants) ont une couverture très supérieure à la moyenne nationale (un médecin pour 1.397 habitants). Tandis que les régions de Béni Mellal-Khénifra et de DrâaTafilalet ont les plus faibles couvertures, avec 1 médecin pour 2.545 et 3.073 habitants respectivement.

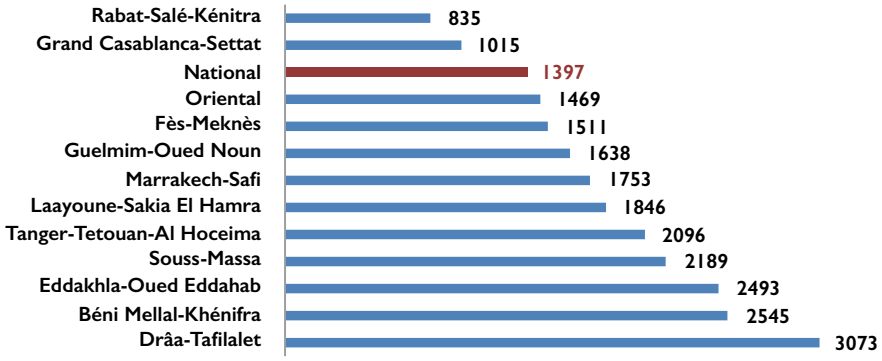

Figure 3 : Nombre d'habitants par médecins selon les régions

3.2.2. Principaux indicateurs de santé de la population

Selon le rapport « Santé en Chiffre », l'Indice Synthétique de Fécondité était de 2,38 au niveau national avec 2,12 dans le milieu urbain et 2,8 dans le milieu rural en 2020. Le taux de prévalence contraceptive (toutes méthodes confondues) était de 70,8% et la couverture des femmes enceintes par les soins prénataux par un personnel qualifié était de 88,5%. Au total 86,1% des accouchements se sont déroulés dans un établissement de santé et 21,2é% parmi eux l'ont été par césarienne. Le taux brut de natalité était de 16,9 naissances pour 1000 habitants.

Les données de l'Enquête Nationale Population et Santé (ENPS) réalisée par le MSPS en 2018 montraient :

- Un taux de mortalité maternelle en baisse notable, passé de 332 en 1992 à 227 en 2004, puis de 112 en 2010 à 72,6 pour 100.000 naissances vivantes en 2018
- Un taux de mortalité infantile de 18,0‰, enregistrant également une baisse notable, soit de 12,2 points comparé à celui de 2010.
- Un taux de mortalité juvénile de 4,23‰ (4‰ pour les filles et 4,5‰ pour les garçons), enregistrant une baisse de 2,07 points comparé à celui de 2010.

Les principales causes des décès enregistrés en 2015 et survenus dans les milieux hospitaliers étaient les maladies cardio-vasculaires (26,7%) et les cancers (17,6%) ; les cancers du sein représentant 5,2% du total des décès et ceux de l'utérus 2,3%.

Les indicateurs relatifs à la nutrition des enfants de moins de 5 ans ont enregistré des améliorations notables, avec une proportion d'insuffisance pondérale passée de 10,2% en 2003 à 2,9% en 2018.

La couverture nationale de la vaccination des enfants, au niveau national a atteint plus de 93%, juste après la campagne de sensibilisation de 2021, contre 63% en avril 2020.

Le taux de couverture de la population des 15 ans et plus par une assurance maladie avait sensiblement augmenté entre 2018 et 2020. Mais la Loi 09.21 relative à la protection sociale qui prévoit la généralisation de la couverture sociale au profit de tous les citoyens à l'horizon 2025 a radicalement modifié le paysage, puisque 22 millions de marocains bénéficient depuis décembre 2022 de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Depuis 2021, un processus d'intégration et de basculement a en effet permis aux 11 millions d'adhérents au Régime d'Assistance Médicale pour les économiquement démunis (RAMED) et aux 11 millions de fonctionnaires, employés, commerçants, agriculteurs et professionnels de santé de bénéficier de l'AMO à travers la CNSS.

3.2.3. Refonte du système de santé

Approuvée en décembre 2022, la loi 06-22 concrétise la volonté Royale pour une refonte radicale et urgente du Système de Santé. Élaborée en vue de mettre le Système de Santé en phase avec le chantier de la généralisation de la protection sociale, cette loi-cadre entend faciliter l'accès des citoyens aux services de santé, améliorer leur qualité et assurer une répartition égale et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.

Cette réforme vise également une implémentation territoriale du service public de santé et l'amélioration de sa gouvernance à travers la mise en place de groupements territoriaux de santé, et la garantie de la souveraineté médicale par la disponibilité des médicaments et des produits de santé ainsi que leur innocuité et leur qualité.

Cette réforme structurante d'envergure est basée sur quatre piliers fondamentaux:

Mise en place d'une nouvelle gouvernance du Système de Santé

Ce pilier se concentre sur la création des organes de gouvernance suivants :

- Haute Autorité de Régulation Intégrée de la Santé constituée de 2 pôles. Le premier sera responsable de la législation du Système de Santé et ce, pour l'AMO de base, l'accréditation des établissements de soins, le médicament et produit de santé et l'efficacité du rendement et de la qualité des services de

santé. Le second pôle est celui des stratégies et politiques de santé publique avec la responsabilité de définir les politiques et stratégie de santé publique, la mise à jour scientifiques liées à la santé et la surveillance sanitaire. Un conseil scientifique assurera la coordination entre ces 2 pôles.

- Agence des produits pharmaceutiques et de santé qui sera chargée de superviser la gestion et l'organisation du secteur pharmaceutique, des produits de santé et veiller à sa promotion et son développement.
- Agence du sang et de ses dérivés qui sera chargée de superviser le développement du stock de produits sanguins et le développement des moyens pour assurer son approvisionnement et son traitement. L'agence sécurisera l'approvisionnement en fonction des besoins nationaux.
- Révision des tâches, des fonctions et de la structure de l'administration centrale dans le but de renforcer le leadership des programmes de santé et des plans de réponses aux urgences sanitaires.
- Groupements sanitaires territoriaux qui seront responsables de la préparation et la mise en œuvre du programme médical régional et du renforcement du partenariat entre le secteur privé et public dans le cadre de la carte sanitaire régionale dans le but de constituer une offre de soins intégrée et équilibrée.

Valorisation des ressources humaines

L'enjeu de la valorisation des ressources humaines (RH) est capital, par l'instauration d'une fonction publique sanitaire et la réforme du système de formation :

- Instauration d'une fonction publique sanitaire en adoptant un système salarial basé sur l'accomplissement des tâches professionnelles, la création d'une complémentarité entre la pratique dans le secteur public et le secteur privé et l'ouverture aux compétences médicales étrangères ainsi que la motivation des professionnels médicaux marocains résidants à l'étranger.
- La réforme du système de formation a pour but d'assurer la disponibilité de RH qualifiées pour suivre la demande croissante des services de santé, instaurer une formation de base avancée et une formation professionnelle spécialisée dans divers domaines de la santé.

Réhabilitation de l'offre de soins

L'amélioration de l'offre de soins passe par des efforts de réhabilitation importants :

- Réforme des établissements de soins de santé primaires pour réhabiliter les infrastructures, assurer la maintenance des équipements et des installations tout en les dotant en RH.

- Réhabilitation des hôpitaux concerne le développement des équipements et installations médicotechniques pour les structures hospitalières avec renforcement des services d'accueil.
- Instaurer et rendre obligatoire le respect du parcours de soins pour améliorer les délais de prise en charge des patients et réduire les coûts.
- Créer un système d'accréditation des établissements de santé pour réaliser des évaluations indépendantes de la qualité des services sur la base d'indicateurs, de normes et de références nationaux.

Système d'information intégré et digitalisé

Il s'agit de développer un système d'information intégré en vue de digitaliser le système de santé dans l'optique de :

- Collecter et traiter toutes les informations essentielles du système de santé y compris le secteur privé.
- Assurer le suivi minutieux de chaque patient, identifier et évaluer le parcours de soins sur la base du dossier médical commun.
- Améliorer le système de facturation dans les établissements hospitaliers.

4. Contexte épidémiologique

4.1. Données générales sur le VIH/sida

En population générale, l'épidémie de VIH/sida est stabilisée depuis plusieurs années avec un niveau de prévalence bas, ce qui reflète l'impact global de la riposte nationale au VIH depuis plus de 30 ans. En effet, la prévalence du VIH reste stable en population générale (15 ans et plus), estimée à 0,07% [0,07-0,08] (Spectrum 2023), avec un niveau de prévalence qui varie peu selon le genre : 0,08% parmi les hommes et 0,07% parmi les femmes.

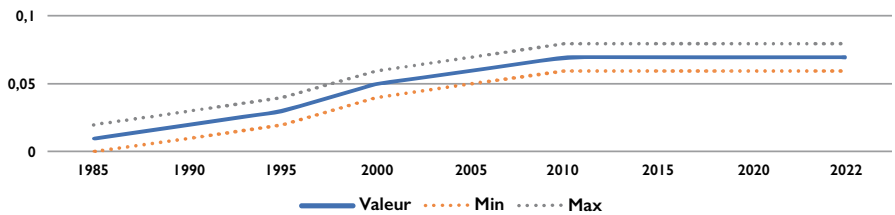

Figure 4 : Évolution de la prévalence du VIH (Source : Rapport National sida 2023)

L'estimation du nombre des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est de 21.600 en fin 2022 sur la base des mêmes estimations, dont 44% de femmes, 42% d'adultes et 816 enfants âgés de moins de 15 ans (4 %).

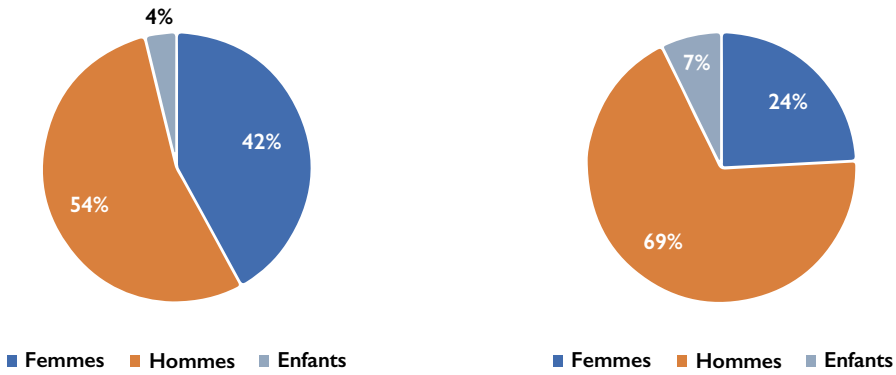

Figure 5 : Répartition par sexe des PVVIH (gauche) et des nouveaux cas (droite) avec proportion d'enfants

L'incidence du VIH pour 1 000 personnes est stable à environ 0,02%. Les nouvelles infections sont en réduction significative et continue depuis 2010 (-50% entre 2010 et 2022), avec 760 nouvelles infections estimées en 2022, dont 24% de femmes, 69% d'hommes et 7% d'enfants. Au total, 72% de ces infections se produisent dans le réseau des populations clés (PID, HSH, PS et leurs clients et partenaires), dont 41% chez les clients des PS et 15% chez les HSH.

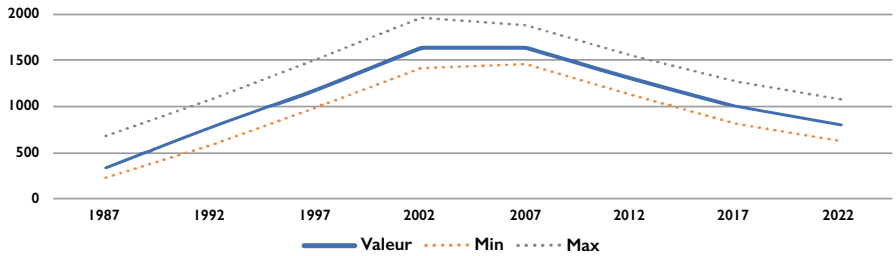

Figure 6 : Évolution des nouvelles infections VIH (Rapport National sida 2023)

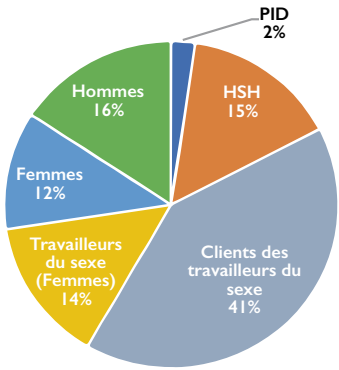

Figure 7 : Origine des nouvelles infections VIH

Le ratio incidence/prévalence était calculé à 3,7 en fin 2022 au Maroc, un niveau proche du seuil de contrôle de l'épidémie (n=3).

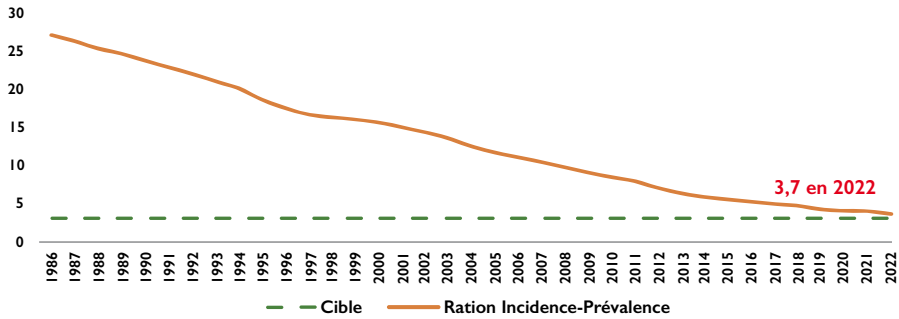

Figure 8 : Évolution du rapport incidence/prévalence

Avec 1 359 nouvelles notifications d'infections par le VIH/sida (58% d'hommes) en 2022, le nombre de cas cumulés notifiés a atteint 20 631 depuis 1986, dont 32% durant la période 2018-2022. Ce sont majoritairement des jeunes (25-39 ans), dont 65% ont été dépistés à un stade précoce de l'infection, dans les hôpitaux publics (26,7%), les ONG (22,5%), ou le secteur privé (23,3%), et dont

88% viennent du milieu urbain et trois quart des régions de Casablanca-Settat (30%), Marrakech-Safi (16%), Souss-Massa (15%) et Rabat-Salé-Kénitra (13%).

Les décès dus au sida ont diminué de 840 en 2010 à 360 en 2022, soit 57% de réduction. En 2022, on estimait qu'environ 66% des décès sont survenus parmi les hommes.

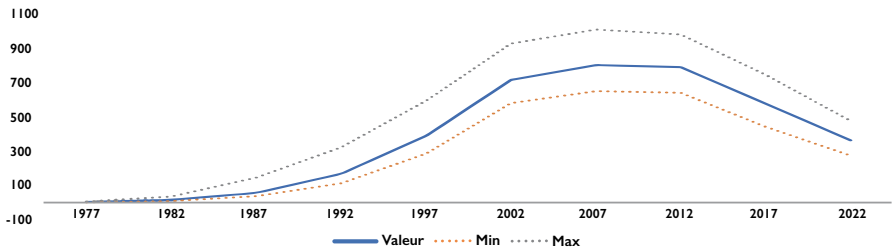

Figure 9 : Évolution des décès dus au sida et distribution par sexe (Rapport National sida 2023)

Selon les données programmatiques du dépistage, la prévalence chez les femmes enceintes est restée proche de 0,1% (0,06% en 2019 ; 0,11% en 2022) dans l'ensemble du pays, avec cependant des taux supérieurs à 0,2% dans certaines villes, notamment celles du sud du Maroc. Au total, le nombre estimé des femmes enceintes vivant avec le VIH était de 390 en 2022.

Le taux de transmission verticale du VIH incluant la période d'allaitement reste élevé, estimé à 10,5% en 2022. Ce niveau de transmission verticale du VIH aurait occasionné 94 cas d'infection à VIH pédiatriques en 2022.

Ces résultats montrent que les efforts fournis pour réduire la transmission verticale du VIH n'ont pas donné les résultats escomptés durant ces dernières années.

Les données de prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes montrent des prévalences en baisse, qui sont passées de 1,1% en 2011 à 0,54% en 2016 et 0,3% en 2019.

4.2. Prévalence du VIH parmi les populations clés

Les enquêtes bio-comportementales réalisées ces dernières années montrent que quatre populations sont considérées comme hautement exposées aux IST/VIH, y compris les hépatites virales : (i) les femmes professionnelles du sexe (PS) et leurs clients ; (ii) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; (iii) les personnes qui s'injectent des drogues (PID) ; et (iv) les migrants. Les prévalences parmi ces populations sont jusqu'à 80 fois plus élevées que parmi la population générale, avec des taux qui dépassent 5% dans certaines villes.

Selon les estimations Spectrum 2023, les nouvelles infections proviennent en majeure partie des populations clés et de leurs partenaires sexuels (72%), comme le montre la figure ci-dessus.

4.2.1. Les femmes professionnelles du sexe

L'Étude bio-comportementale sur le VIH auprès des femmes professionnelles du sexe a été réalisée en 2022 à Agadir, Casablanca, Fès, Marrakech, Rabat, Safi et Tanger. Il s'agit de la quatrième enquête IBBS sur le VIH dans ce groupe clé, après celle menée en 2019 dans les mêmes villes, celles de 2016 et 2011-2012 menées à Agadir, Fès, Rabat et Tanger. L'IBBS VIH 2022 a en plus du VIH collecté des échantillons biologiques pour tester la syphilis et l'hépatite C (VHC).

La dernière enquête IBBS 2022 sur le VIH a révélé que les travailleuses du sexe à Marrakech avaient la prévalence du VIH la plus élevée (4,9%) alors que la prévalence à Casablanca était la plus faible (0,2%). La prévalence de la syphilis active parmi le PS était la plus élevée à Fès (5,6%) et la plus faible à Rabat (1,3%).

Concernant l'accès au dépistage du VIH, seules 53% des PS dans toutes les villes enquêtées avaient effectué un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois : le pourcentage le plus élevé étant à Fès (84%) et le pourcentage le plus faible à Marrakech (49%).

Pour les PS, l'approche cohérente de la prévention combinée est une réponse structurée qui correspond aux risques liés aux VIH et aux IST.

L'analyse synthétique des résultats de l'IBBS 2022 montre également que de nombreuses PS sont des mères de famille, pour lesquelles il est important de renforcer les consultations prénatales, l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux services de réduction de la transmission verticale du VIH et de la syphilis.

Le dernier exercice d'estimation de taille de la population des PS de 2021 a permis de chiffrer leur effectif à 73.000 environ au Maroc.

4.2.2. Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes

La dernière IBBS auprès des HSH a été menée durant la pandémie COVID-19 en 2020 à Agadir, Fès et Marrakech. Les sites de Casablanca et de Tanger initialement prévus n'ont pas pu être inclus du fait de la pandémie.

Comme constaté dans les enquêtes précédentes, la plupart des HSH de l'enquête 2020 étaient jeunes, célibataires, non engagés dans une relation stable et s'identifiaient comme homosexuels ou gays et bisexuels. Ils avaient plusieurs types de partenaires sexuels, y compris occasionnels et commerciaux, et n'utilisaient pas le préservatifs de manière cohérente et systématique avec leurs partenaires. En moyenne 57,7 % des HSH ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un homme. Entre 37% et 65% avaient été payés pour

des rapports sexuels au cours des six derniers mois, et 25% à 41% n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire payant.

En moyenne 42,5% des HSH ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels avec une femme (en baisse par rapport aux études précédentes), dont trois quarts au cours du dernier mois et entre 46% et 71% sans utiliser de préservatif. Une proportion élevée des HSH consommait de l'alcool et jusqu'à 57% à Marrakech avaient consommé des drogues au cours des six derniers mois.

Entre 20% (Marrakech) et 49% (Fès) avaient subi des violences verbales et entre 12% (Marrakech) et 16% (Fès) avaient subi des agressions physiques en lien avec leur orientation sexuelle.

Entre 4% (Agadir) et 20% (Fès) des HSH avaient été testés pour une IST dans les trois mois précédents et entre 10% (Fès) et 22% (Marrakech) avaient eu des signes ou symptômes d'une IST au cours des 12 derniers mois. Seulement 39% à Fès, 48% à Agadir et 54% à Marrakech avaient fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.

La prévalence observée du VIH variait de 5% à Agadir à 1,3% à Marrakech, avec 4% à Fès, soit un taux global de 4,1% pour le VIH et 6% pour la syphilis.

L'estimation de la taille de la population des HSH au niveau national serait de 46 000 HSH.

4.2.3. Les personnes qui s'injectent des drogues

La dernière enquête bio-comportementales date de 2017, ciblant les villes de Tanger, Tétouan et Nador.

Majoritairement en situation sociale précaire et de faible niveau scolaire, les PID sont le plus souvent hébergées chez des parents, proches et une petite minorité est sans domicile fixe.

Les PID interrogées étaient des injecteurs fréquents et à long terme (héroïne), mais aussi des utilisateurs de cocaïne (entre 58% et 92%, dont 15% à 23% quotidiennement) et de benzodiazépines (entre 40% et 61%, dont 49% et 69% quotidiennement). Une proportion non négligeable déclarait partager le matériel d'injection (entre 1,4% à Nador et 22% à Tanger).

Entre 37% et 54% des PID ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours du dernier mois, de 10 % à 24% ont déclaré avoir déjà vendu des rapports sexuels en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens. Entre 18% et 42% des PID avaient été arrêtées et incarcérées pour usage de drogue au cours des 6 derniers mois. Parmi les personnes incarcérées, la majorité a déclaré s'être injecté des drogues, et entre 17% et 36% avoir partagé des seringues pendant leur incarcération.

Des fausses croyances autour des modes de transmission du VIH persistent. Si la plupart des PID déclaraient avoir reçu un traitement pour la consommation d'héroïne, seules 25% à Tétouan et environ 50% à Tanger et Nador avaient reçu de la méthadone. Entre 8% et 42 % des PID ont déclaré avoir fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et entre 19% et 42% un dépistage du VHC.

En 2017, les prévalences observées chez les personnes qui s'injectent des drogues étaient de 6% à Tétouan, de 14% à Nador et de seulement 1,6% à Tanger, pour une estimation de taille de population globale des PID à 1 200.

4.2.4. Les migrants

Les migrants au Maroc sont majoritairement en situation de grande précarité socio-économique et donc considérés comme une population vulnérable. Une enquête IBBS sur le VIH a été conduite en 2022 parmi les migrants originaires des pays d'Afrique subsaharienne dans six villes du Maroc.

Dans toutes les villes, la majorité des migrants d'Afrique subsaharienne était francophone, éduquée, de 25 ans ou plus, de sexe féminin (55 %), chrétiens (58 %), au chômage (61%) et partageait des logements collectifs avec d'autres hommes et femmes. Un nombre significatif avait des enfants, 40 % des femmes migrantes avaient accouché au Maroc.

Les migrants d'Afrique subsaharienne avaient très peu de soutien social (1% à 25%), un nombre important avait des problèmes de santé (56% à 78%). Moins de la moitié connaissait l'accès gratuit aux centres de santé pour la grossesse, la vaccination et d'autres services sans permis de séjour.

Les trois quart des migrant-e-s interrogé-e-s avaient eu des relations sexuelles durant les 12 derniers mois et l'utilisation du préservatif n'avait été qu'occasionnelle. Ils étaient 10% à avoir pratiqué le travail du sexe et 36% avaient été testé ou consulté pour IST durant les 3 derniers mois. Moins de la moitié savait où se faire soigner pour une IST et 54% avaient reçu des conseils ainsi que des préservatifs et lubrifiants dans les ONG. Près de 30% déclaraient ne pas avoir de connaissances sur le VIH, mais 68 % avaient déjà bénéficié d'un test VIH. Un nombre significatif de migrants fréquentait cependant des OSC où ils bénéficiaient de services de prévention du VIH.

La prévalence du VIH parmi les migrants d'Afrique subsaharienne dans toutes les villes était de 4,6% (4,2% chez les hommes et 4,9% chez les femmes), celle du VHC de 0,5% et celle de la syphilis de 2,2%. La prévalence du VIH la plus élevée était à Agadir (7,3%).

Tableau 1: *Prévalence du VIH chez les Populations clés (IBBS)*

Ville	PS	HSH	PID	Migrants
Estimation de taille (2022)	73.000	46.000	1.300	40.000
National	2,35% (2022 IBBS)	4,1% (2020 IBBS)	7,1% (2017 IBBS)	4,6% (2022 IBBS)
Agadir	5,1% (2012)	3,7% (2015)		7,3% (2022)
	2,4% (2016)	3,2% (2017)		
	3,6% (2019)	4,9% (2020)		
	4,1% (2022)			
Marrakech	1,6% (2016)	5,7% (2015)		
	4,1% (2019)	1,3% (2020)		
	4,9% (2022)			
Casablanca	1,1% (2016)	4,4% (2015)		4,6% (2022)
	0,9% (2019)	9,1% (2017)		
	0,2% (2022)			
Rabat	0,6% (2015)			3% (2013)
	0,4% (2016)			3,4% (2022)
	1.1% (2019)			
	1,9% (2022)			
Fès	1,8% (2012)	3,9% (2020)		1,3% (2022)
	0,4% (2016)			
	0,1% (2019)			
	0,9% (2022)			
Tanger	1,4% (2012)	3,2% (2015)	3,5% (2015)	2,4% (2022)
	2,1% (2016)	3,8% (2017)	1,3% (2017)	
	2,1% (2019)			
	2,1% (2022)			
Safi	6,4% (2019)			
	1,0%(2022)			
Tétouan			6% (2017)	
Nador			9,6% (2015)	
			14% (2017)	

4.3. Les Infections Sexuellement Transmissibles

Les données issues des ESSP et des ONG faisaient état d'un nombre annuel moyen de cas d'IST notifiés de 400 000 durant les 5 dernières années (517 000 en 2017 et 285 600 en 2021). On ne sait pas si cette diminution est réellement due à une réduction réelle des IST ou à des problèmes de notification des cas (contexte de la COVID-19 en 2020 et 2021 et conséquences des troubles sociaux dans le secteur de la santé). La part la plus importante de ces cas revient au pertes vaginales (75% des notifications, soit 300 000 en moyenne), suivi des écoulements urétraux (60 000 en moyenne). Le nombre annuel d'ulcérations génitales et de maladies inflammatoires pelviennes varie autour de 3 000 par an chacun.

La fiabilité de ces données reste pourtant discutée, en raison de la faiblesse du système de notification des IST au niveau des structures de santé, comme l'a montré une revue conduite en 2021. L'exercice d'estimation des IST conduit en 2016 avait donné une incidence annuelle globale des IST au Maroc à 800 000 environ, avec une prévalence de Neisseria gonorrhea de 0,37% chez les femmes et 0,32% chez les hommes, de Chlamydia trachomatis à 3,8% chez les femmes et 3,0% chez les hommes (voir tableau ci-dessous).

Concernant la syphilis, le même exercice conduit chez les femmes avait estimé une prévalence de 0,57% et une incidence de 200 cas pour 100 000.

La prévalence des différents germes a été estimée dans des études nationales de prévalence des IST plus anciennes, qui sont résumées dans le tableau ci-dessous.

***Tableau 2:** Prévalence des germes dans les syndromes d'IST et chez les femmes consultant aux ESSP*

Données d'étude	Prévalences					
Population	NG	CT	TV	Syphilis	VIH	Année
Femmes PV et/ou DbV	1%	6%	5%	2,4%	0,2%	2007
PS PV et/ou DbV	7%	19%	15%	13,8 %	1,5%	2007
Homme EU	62,8%	10,3%	4%	2,3 %	0%*	2009
Femmes SMI/PF	0,5%	3,3%	5,4%	0,3%	0%*	2013

CT : Chlamydia Trachomatis ; DbV : douleur du bas ventre ; NG : Neisseria Gonorrhea ;
EU : Ecoulement Urétral ; PS : Professionnelles du sexe ; PV : Pertes vaginales ;
SMI/PF : Santé maternelle et Infantile/ Planification Familiale ;TV :Trichomonas Vaginalis

Ces prévalences sont plus élevées quand il s'agit des populations clés, comme le montrent les résultats des études bio-comportementales, où les germes IST ont été recherchés indépendamment de l'existence ou non de symptômes d'IST (voir tableau ci-dessous).

Tableau 3 : *Prévalence des IST au sein des populations clés, Études bio-comportementales*

	NG	CT	TV	SYPHILIS	ANNEE
PS	Fès : 7%	Fès : 13%	Fès : 0,5%	Fès : 7%	2019
HSH	Agadir : 12%	Agadir : 9,8%	Agadir: 0,4%	Agadir : 12%	

CT : Chlamydia Trachomatis ; NG : Neisseria Gonorrhea ; TV : Trichomonas Vaginalis

Chez les femmes, les IST asymptomatiques, ou du moins, qui ne figurent pas comme motif de consultation, représentent donc une part importante des IST circulant au Maroc. Cela menace l'atteinte des objectifs d'élimination des IST, car la stratégie nationale est basée sur une prise en charge syndromique, c'est à dire sur la plainte des patientes. En effet, selon les prévalences observées chez les femmes enceintes, quelques 3 500 seraient atteintes d'infection à Neisseria gonorrhea et 23 100 d'infection à Chlamydia trachomatis chaque année. Cela ferait encourir des risques de complications (conjonctivite néonatale, mortalité périnatale) à 26 600 bébés à naitre annuellement.

4.4. Les Hépatites Virales

Le MSPS a mené en 2019 la première enquête nationale de séroprévalence des hépatites virales (ENSPHV) avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF, dans le but de fournir des données épidémiologiques fiables à même d'orienter les interventions du Plan Stratégique National. Les données disponibles émanent également des études épidémiologiques publiées chez les groupes à risque, en population générale non représentative, ou parmi les donneurs de sang.

4.4.1. Prévalence de l'hépatite B

Le Maroc est situé parmi les pays à moyenne endémicité par l'OMS et le Center of Disease Control (CDC) d'Atlanta pour le virus de l'hépatite virale B (VHB). Selon les données de l'ENSPHV de 2019, 10% de la population générale était porteuse de l'Ac anti-HBc, témoignant d'une infection par le VHB parle passé. La présence d'une infection chronique a été vérifiée chez 6,9% de ces personnes ayant un Ac HBc positif, par la présence de l'Ag HBs. La séroprévalence nationale de l'hépatite B chronique est donc d'environ 0,7% en population générale.

Cette prévalence dépasse 1% chez les adultes au-delà de 40 ans, en cas d'antécédents de soins dentaires médicalisés et/ou non médicalisés, de transfusion sanguine, de saignées traditionnelles (Hijama), de recours à des services de barbiers traditionnels et parmi les anciens détenus.

Tableau 4: *Séroprévalences de l'Hépatite B (Ac Anti HBc, Ag HBS), ENSPHV, 2019*

Variables		Prévalence de l'Ac antiHbc	Prévalence de l'Ag Hbs parmis les AC antiHBc	Prévalence de l'Ag Hbs parmis l'échantillon global
GLobale		10,3%	6,9%	**0,7%**
Age (ans)	5-18	0,1%	4,7%	0,02%
	19-40	6,6%	8,9%	0,5%
	> 41	20,8%	5,5%	1,1%
Sexe	Masculin	11,5%	7,2%	0,7%
	Féminin	9,0%	5,8%	0,5%
Milieu de résidence	Urbain	11,7%	6,3%	0,6%
	Rual	7,9%	6,5%	0,4%
Régions	Nord	10,4%	5,3%	0,6%
	Centre	7,8%	6,9%	0,5%
	Sud	9,9%	7,9%	0,7%
Couverture médicale	RAMED	10,1%	5,6%	0,5%
	Autres	11,1%	6,5%	0,6%

Régions : Nord : TTA, Or, FM, RSK; Centre : CS, BMK, DT; Sud : MS, SM, DOE, GON, LSH.

Concernant les groupes à risque, la prévalence de l'Ag HBs rapportée en 2013 chez les nouveau-nés de mères atteintes d'hépatite chronique B était de 36%. La prévalence de l'Ag HBs est estimée à 6% chez les détenus, 3% chez les personnes atteintes d'IST, 2% chez les hémodialysés, 1,9% chez les clients des barbiers, 1,3% chez les femmes enceintes, et 1% chez les professionnels de santé.

4.4.2. Prévalence de l'hépatite C

Le Maroc est situé parmi les pays à moyenne endémicité par l'OMS et le CDC d'Atlanta. Selon l'ENSPHV de 2019, la recherche des Ac anti-HVC témoignant d'une infection par le VHC, a révélé une séroprévalence nationale de 0,5%. L'ENSPHV a révélé également que la prévalence de l'Ac anti-HVC en population générale est significativement plus élevée chez les participants ayant des antécédents de soins dentaires médicalisés et/ou non médicalisés, de saignées traditionnelles (Hijama) et parmi les anciens détenus.

Tableau 5 : *Séroprévalence de l'Hépatite C (Ac anti VHC), ENSPHV, 2019*

		P (%)
GLobale		0,5%
Age (ans)	5-18	0,2%
	19-40	0,2%
	> 41	1,0%
Sexe	Masculin	0,4%
	Féminin	0,5%
Milieu de résidence	Urbain	0,6%
	Rual	0,4%
Régions	Nord	0,3%
	Centre	0,6%
	Sud	0,6%
Couverture médicale	RAMED	0,3%
	Autres	0,7%

Régions : Nord : TTA, Or, FM, RSK; Centre : CS, BMK, DT; Sud : MS, SM, DOE, GON, LSH.

La prévalence de l'hépatite C est beaucoup plus élevée dans les groupes à risque suivants :

- Les personnes qui s'injectent des drogues (PIDs) représentent la population à plus haut risque de prévalence du VHC (environ 60 %). Les résultats de l'enquête intégrée de surveillance bio-comportementale auprès des PIDs réalisée par MSPS à Tanger et à Nador (2011-2012) ont montré une prévalence du VHC de 45% à Tanger et de 79% à Nador ;
- Les hémodialysés : entre 35 et 76% ;
- Les hémophiles : entre 2 et 42% ;
- Les personnes vivant avec le VIH : entre 5 et 20% ;
- Les patients ayant séjourné en milieu d'hospitalisation : entre 6 et 10% ;
- Les personnes atteintes d'IST: 3%.

5. Analyse de la riposte nationale au VIH/IST et HV

5.1. Introduction

Les années précédentes ont été marquées par la survenue et l'impact de la pandémie COVID-19. Cependant, des mesures ont été prises pour que l'offre de services aux personnes vivant avec le VIH, aux populations clés et vulnérables s'adaptent et se poursuivent dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID-19. D'importants efforts ont été consentis par le PNLS et les ONG pour assurer la continuité des programmes de prévention de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, prévenir les conséquences psychosociales liées à la stigmatisation et l'exclusion et assurer les services essentiels durant les trois mois de confinement en 2020 et les périodes de restriction de déplacements jusqu'en février 2022.

Le rôle de la société civile a été très important, ce qui a permis de faciliter l'accès des personnes vivant avec le VIH et des malades tuberculeux à leur traitement, et d'accompagner les populations clés et vulnérables. Mais les activités de prévention et de dépistage VIH ont été lourdement impactées, notamment les performances du dépistage et en dépit d'une reprise en 2022, les activités n'ont pas retrouvé leur rythme antérieur. Le nombre de tests VIH réalisés (tous secteurs confondus) a considérablement baissé et les performances en matière de dépistage du VIH ont été largement inférieures aux objectifs du PSN. Aucune rupture nationale en traitement antirétroviral (ARV) n'a cependant eu lieu et l'objectif de prise en charge VIH a été maintenu avec même une progression des nouvelles inclusions. Pour les personnes vivant avec le VIH, d'autres activités de prise en charge ont connu un ralentissement, notamment les prestations d'appui psychosocial, la santé mentale, l'accès aux consultations médicales et le suivi biologique.

De plus, l'année 2022 a été marquée par le lancement du Programme National de Lutte contre les Hépatites Virales (PNLHV), dont le dispositif de prévention de dépistage et de confirmation a été intégré avec le PNLS. Le plan Maroc sans hépatite C ambitionne l'élimination de l'hépatite C au même titre que l'hépatite B à l'horizon 2030, en priorisant la micro-élimination de l'hépatite C chez les populations à haut risque (PID, hémodialysés, personnes vivant avec le VIH et populations clés) les premières années. Quant aux IST, la notification syndromique et la couverture par la prise en charge n'ont pas été impactés par la pandémie de la Covid-19.

5.2. Prévention pour les populations clés

Du fait des conséquences de la COVID-19 et bien que les acquis en termes de couverture des populations clés aient pu être conservés sur le plan qualitatif, ils ont été impactés sur le plan quantitatif.

Au niveau communautaire, les efforts ont permis :

- La diversification des modes de dépistage (introduction des autotests, dépistage communautaire), l'appui social, les séances d'écoute et l'accompagnement juridique par consultations en ligne ;
- La redynamisation des interventions de prévention et de dépistage par des caravanes médicales intégrées mises en œuvre par les ONG ;
- Le maintien du programme d'échange de seringues, l'orientation vers la prise en charge médicosociale, l'accueil des bénéficiaires, le dépistage du VIH et l'accompagnement des PID ;
- La mise en place d'un observatoire communautaire initié par l'ONG RdR Maroc pour documenter l'accès aux services afin d'en améliorer la qualité et de développer des stratégies de plaidoyer.

Cependant, la double contrainte d'une rupture en tests rapides et en préservatifs durant l'année 2022 a eu un impact réel sur les performances des associations. A noter que le dépistage communautaire et l'autotest n'ont pas encore été généralisés.

Au niveau institutionnel, le PNLS a travaillé en étroite collaboration avec les programmes de planification familiale et de la santé de la mère et de l'enfant sur la composante Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Des dispositions ont été prises pour assurer la distribution et la gestion des préservatifs pour la prévention des IST/VIH dans les cellules de planification familiale du réseau des ESSP.

Dans le cadre de la feuille de route pour l'élimination de la transmission verticale du VIH, le PNLS a poursuivi les efforts pour renforcer l'offre de dépistage du VIH et de la syphilis dans les unités des consultations prénatales. Cette dynamique a été perturbée par les ruptures en tests rapides et la faible couverture en CPN.

La DGPAR a assuré la continuité des activités de prévention, de dépistage et de prise en charge liées aux IST/VIH au profit des détenus et a élaboré une stratégie nationale de santé en milieu pénitentiaire pour la période 2022-2026 ainsi qu'un référentiel SSR en milieu carcéral. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH détenues n'a cependant pas encore démarré au sein des établissements pénitentiaires.

L'intégration de l'éducation sexuelle complète dans les curricula scolaires a pu se poursuivre avec la conception des modules et la formation des enseignants.

La cascade de prévention chez les populations clés a montré les résultats pour 2022 qui sont détaillés dans le schéma ci-dessous.

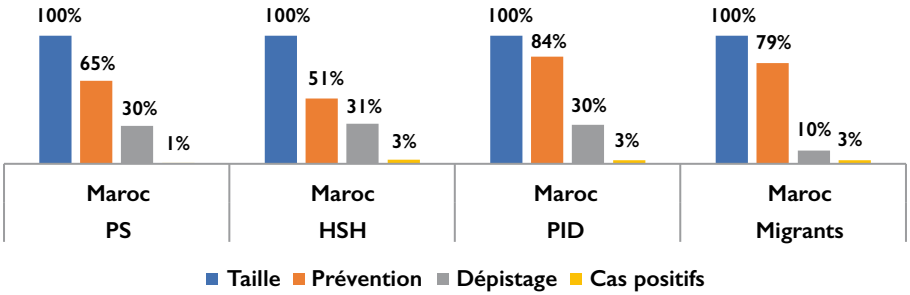

Figure 10 : Cascade 95-95-95 de la prévention parmi les populations clés pour 2022

5.2.1. Couverture des PS par la prévention combinée

La couverture des PS par les interventions a diminué de 80% en 2020 à 65% en 2022. Pour le dépistage du VIH, l'objectif de couverture du PSN chez les PS avait atteint 90 % en 2020, mais une forte baisse de réalisation a été observée avec 74% en 2021 puis 64% en 2022. Le taux de couverture pour les services de prévention (rapporté à la taille estimée) a été de 55% en 2020, de 70% en 2021 et de 64% en 2022, tandis que la couverture par le dépistage n'a été que de 27% en 2020, 25% en 2021 et 30% en 2022. Cette contre-performance s'explique par les ruptures fréquentes en tests de dépistage et préservatifs. Par ailleurs, l'extension du dépistage communautaire a été freinée par la lenteur à l'adoption d'un cahier des charges consensuel entre les ONG et le MSPS.

Concernant la prophylaxie pré-exposition du VIH (PrEP), le recrutement de nouvelles bénéficiaires est resté faible : 145 en 2020 (300 prévues), 101 en 2021 et 202 en 2022. L'acceptabilité et l'utilisation de la PrEP par les PS était en effet nettement inférieure à celles des HSH. L'étude PrEP femmes menée par l'Association Marocaine de Lutte Contre le Sida (ALCS) en 2021 a montré des barrières individuelles, structurelles et organisationnelles au déploiement de la PrEP auprès des PS et des alternatives (PrEP injectable, anneau vaginal) doivent être envisagées.

5.2.2. Couverture des HSH par la prévention combinée

Les réalisations de 2020 à 2022 sont inférieures aux objectifs du PSN. Les programmes de prévention combinée ont touché 73% de la cible prévue en 2020, 81% en 2021, puis 72% en 2022. Le dépistage rapporté aux cibles du PSN a été de 73% en 2020, 70 % en 2021 et 72% en 2022. Cette contre-performance s'explique par les ruptures fréquentes en tests de dépistage et préservatifs. Rapporté à la taille de la population, seulement 19% en 2020, 23% en 2021 et 31% en 2022 des

HSH touchés par les programmes ont fait un test VIH. Le taux de positivité au VIH est de 2,12% en 2020 et 2,6% en 2021.

Le nombre des HSH sous PrEP a légèrement augmenté en 2020 et 2021 mais sans atteindre les objectifs fixés. La couverture a pu se maintenir, même si le recrutement de nouveaux bénéficiaires a été ralenti par la crise sanitaire. En fin 2021, le mode intermittent représentait 54%, le mode continu 46%. La durée moyenne d'utilisation de la PrEP chez les HSH est de 66 % pendant 3 mois, 53% pendant 6 mois et 39% pour 12 mois et plus. En 2022, ce sont 531 HSH qui bénéficiaient de la PrEP, soit 1,2% du nombre total estimé. L'objectif du PSN de mettre 1 350 HSH et PS sous PrEP en fin 2022, n'a été atteint qu'à 54 % (202 PS et 531 HSH).

5.2.3. Couverture des PID en prévention combinée

L'offre de soins de réduction des risques (RdR) a été significativement renforcée et améliorée en termes de qualité par la production de référentiels, l'appui et l'accompagnement des intervenants médicaux et communautaires ainsi que le renforcement de la coordination entre les deux pôles.

En 2022, la file active des PID sous Traitement de Substitution des Opioïdes (TSO) était de 2 073, dont 437 injecteurs. Les besoins sont encore considérables avec une liste d'attente de 1 276 en fin 2022. Les femmes sous TSO étaient en nombre de 144 et représentaient 9% des PUD couvertes par les programmes de prévention, sans pour autant bénéficier d'un programme ou d'un accueil spécifique (action prioritaire recommandée dans le PSN mais qui n'a pas été concrétisée). La rétention sous méthadone après 6 mois était de 90%.

Les performances en prévention combinée rapportées aux seuls PID ont été de 71%, 80 % et 84 % en 2020, 2021 et 2022 respectivement, au-delà des objectifs du PSN. Mais pour le dépistage, elles ont été de 50%, 34% et 26% en 2020, 2021 et 2022 respectivement, en régression significative. Le nombre moyen de seringues distribuées est de 90 par PID et par an, loin des normes recommandées (200 seringues par PID).

Depuis le démarrage du PNLHV en 2022, un programme de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C a été mis en place en priorisant les PID du fait de la haute prévalence dans cette population. Plus de 1 500 PID ont été dépistés et 325 PID étaient positifs, dont 83% ont été confirmés atteints d'une hépatite chronique active (PCR positive) et 93 % ont pu bénéficier d'un traitement antiviral à action directe (AAD).

5.2.4. Couverture des personnes en détention par le programme de prévention

Les activités de sensibilisation ont concerné 24% des détenus en 2020, 22% en 2021 et 31% en 2022, tandis que 21% en 2020 et 18% en 2021 et 2 % en 2022 ont été testés pour le VIH.

Le dépistage du VIH est le plus souvent proposé lors des campagnes de dépistage et proposé aux personnes nouvellement incarcérées lors de la consultation médicale ou en cas de symptômes évocateurs d'infection à VIH. Il se fait aussi par les médecins des prisons et la formation et l'habilitation des infirmiers pour le dépistage du VIH et du VHC a commencé en 2022. La dispensation du TSO est assurée pour les détenus qui en recevaient avant leur incarcération.

Parmi les principales réalisations, on peut citer : (i) L'élaboration d'une stratégie nationale santé en milieu pénitentiaire 2022-2026 sur la base d'un paquet minimum de services (PMS) adapté à la population carcérale ; (ii) Un référentiel sur le paquet de SSR pour les détenues ; (iii) Une capsule de sensibilisation des détenus.

A noter que l'expérience pilote de prise en charge du VIH initialement prévue à la prison d'Inezgane - Aït Melloul n'a pas encore démarré.

5.2.5. Couverture des migrants en prévention combinée

D'importantes réalisations ont été faites entre 2020 et 2022 dans le cadre de la synergie des interventions entre les deux PSN (VIH et Santé des migrants) : (i) Un programme de prévention pour améliorer l'accès et la demande de soins par les migrants. ; (ii) La réalisation de capsules éducatives sur l'accès aux services de santé; (iii) le renforcement des compétences des professionnels et l'actualisation du kit de formation développé en 2021 ; (iv) le développement de plans d'actions intégrés régionaux ; (v) l'intégration de la composante migration dans le système d'information ; (vi) Réalisation d'une étude bio-comportementale sur la santé des migrants en 2022 au niveau de plusieurs villes.

Grace aux efforts des acteurs communautaires, les résultats programmatiques sont bons en termes de couverture. Le taux de couverture des cibles du PSN en prévention varie de 102% pour 2020, 96 % pour 2021 et 124% en 2022, alors que le dépistage pour le VIH n'a été que de 37 % en 2020, 34% en 2021 et 41% en 2022 des cibles. Les migrants occupent le second rang en termes de taux de positivité en 2020 avec 2,06% et le 4ème rang en 2021 avec 2,47%.

5.2.6. Approche différenciée de prévention auprès des hommes en situation de vulnérabilité

La stratégie nationale a inscrit 3 interventions ciblant une approche différenciée adaptée aux hommes en situation de vulnérabilité : (i) Connaitre et cartographier cette catégorie de population et les zones de vulnérabilité ; (ii) Développer un PMS

intégrant l'offre de prévention et de dépistage ; (iii) Développer des interventions de prévention, de proximité, de dépistage et de prise en charge en partenariat avec les OSC. Ces interventions n'ont pas été réalisées, sauf la disponibilité du PMS et du traitement IST dans les sites communautaires et les ESSP.

Si l'on retire les populations clés, les femmes enceintes et les personnes affectées par la tuberculose ou une IST du nombre total des personnes dépistées, le solde des personnes dépistées comprend en majorité des hommes adultes, avec des taux de séropositivité de 0,2% en 2019, puis 0,19% en 2020 et enfin 0,76% en 2021. Le dépistage des hommes identifiés comme des clients des PS est très réduit (746 en 2020 et 1 747 en 2021). Les taux de positivité pour les clients des PS étaient de 0,23% en 2021.

Une enquête réalisée par la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA) a évalué la disponibilité du PMS en 2021 au niveau des ESSP de niveau 2 et des CDTMR : 44% des ESSP enquêtés n'avaient pas reçu de formation spécifique sur le VIH ; 20% ne réalisaient pas le conseil et test VIH ; 69% ne disposaient pas de tests combinés VIH/Syphilis ; et 53% ne disposaient pas de test rapide VIH au moment de l'étude.

5.3. Prévention ciblant les adolescents et jeunes vulnérables

Plusieurs actions et activités ont été menées avec les partenaires communautaires et institutionnels : (i) L'intégration dans le curricula du cursus secondaire (6ème) du module d'éducation sexuelle et reproductive (ESR) ; (ii) Le développement des compétences des enseignants/tes pour la dispensation de l'ESR ; (iii) L'organisation d'actions de prévention, de communication et de plaidoyer auprès de jeunes en situation de difficulté (projet Kalimat), de jeunes étudiants (interventions de prévention sur les sites de rencontre des jeunes étudiants et dépistage dans les centres médicaux sociaux) et de détenus mineurs ; (iv) La mobilisation du leadership des jeunes et leur renforcement de capacités en matière d'ESR et VIH, ainsi que la création de coalition des associations de jeunes ; (v) Le développement d'activités de proximité et de soutien dans les espaces santé jeunes pour les adolescents et les jeunes (scolarisés et non scolarisés, y compris en situation de rue, en milieu de travail et dans les centres sociaux, à besoins spécifiques) avec l'implication des établissements sociaux, de la protection de l'enfance et des OSC; (vi) Le renforcement des capacités des intervenants communautaires en matière de prévention combinée pour les adolescents et jeunes des populations clés.

5.4. Prévention de la transmission verticale du VIH

Pour atteindre l'élimination verticale de la transmission du VIH et de la syphilis, une feuille de route pour la certification avait été élaborée dès 2017 et mise à jour en 2022. Les réalisations du programme se sont cependant réduites significativement avec une baisse de la couverture en CPN et la couverture du dépistage chez les femmes enceintes en CPN (19% en 2022). Le nombre

de femmes enceintes séropositives suivies pour la pTME était de 247 en 2022 (contre 218 en 2021, 228 en 2020 et 250 en 2019) soit une couverture de 63%. Cela se traduit par un taux de transmission verticale du VIH qui demeure très élevé, estimé à 10,5% en 2022.

Des interventions structurantes pour encadrer et accompagner le processus d'élimination ont été réalisées entre 2020 et 2022 : (i) Élaboration d'un guide national sur les protocoles d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/HVB/SC pour les professionnels de santé et d'un référentiel national sur le Conseil et Dépistage VIH ; (ii) Le renforcement des capacités des ressources humaines et la mise en place d'une dynamique d'intégration et de collaboration entre les programmes ; (iii) La mise en œuvre d'un paquet d'activité pour les formations sanitaires et les sites communautaires pour la prévention primaire du VIH, le planning familial, la CPN, le dépistage, le traitement et la prophylaxie aux ARV, et le suivi clinique et biologique ; (iv) La révision des supports d'information de l'eTME et l'informatisation de la gestion de l'information sanitaire (à travers l'application SREC) avec mise en place d'un système d'alerte autour des FE dépistées positives en collaboration avec le PSGA; (v) La sensibilisation et l'implication du secteur privé (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, laboratoires d'analyses médicales) avec signature de convention de partenariat avec l'Association Nationale des Sages-Femmes du Maroc et formation e-learning des sages-femmes du privé ; (vi) Mise à disponibilité des Kits de prophylaxie et des ARV pédiatriques dans les maternités hospitalières avec un système d'acheminement aux sites d'accouchement ; (vii) L'évaluation puis la mise à jour de la feuille de route eTME pour la triple élimination du VIH/VHB/SC et institutionnalisation du comité national de pilotage de l'eTME) ; (viii) L'introduction des Duo-tests VIH/Syphilis.

Cependant, des défis considérables persistent, parmi lesquels la faible couverture nationale de la CPN plus marquée dans certaines régions (2 régions sur 12 seulement ont atteint la cible de 95%), l'insuffisance de la gouvernance (absence de leadership de haut niveau), le manque d'harmonisation de cibles de CPN entre le PNLS et PSGA (coordination locale insuffisante entre les animatrices PSGA et les points focaux VIH), la disponibilité sélective et largement insuffisante du dépistage du VIH dans un nombre limité des formations sanitaires, un système de suivi longitudinal du couple mère enfant pour éviter les perdus de vue peu opérationnel, la faible implication du secteur privé, le délai de péremption des ARV et les ruptures des stocks fréquentes, et enfin la faiblesse du système d'information avec une insuffisance dans la complétude et la promptitude des données produites.

5.5. Prise en charge de qualité des personnes présentant des IST ayant recours aux services de Santé publique

Les IST asymptomatiques limitent la portée de l'approche syndromique de prise en charge des IST et cela implique la nécessité d'actions complémentaires (dépistage,

prise en charge étiologique), si l'on veut atteindre les objectifs d'élimination en 2030. L'approche syndromique repose en effet sur des études anciennes de prévalence et de résistance des germes. Il est nécessaire de les actualiser pour garantir la pertinence des algorithmes et des protocoles thérapeutiques nationaux de prise en charge. Par ailleurs, tous les aspects relatifs à la notification du partenaire, conseil du préservatif et dépistage du VIH et de la syphilis, associés à la prise en charge syndromique doivent être renforcés.

Les tests rapides de la syphilis restent faiblement utilisés, notamment, dans les structures de santé publiques. Ces tests doivent pourtant être généralisés chez les femmes enceintes, dans les consultations prénuptiales et pour toutes les consultations IST.

Les principales réalisations concernent l'initiation d'une étude nationale de prévalence des IST et de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Cette étude vise à établir un état des lieux de la prise en charge des IST en 2023 pour identifier les actions efficaces et efficientes qui doivent accompagner la révision des algorithmes de prise en charge. Deux revues ont été réalisées : la revue de la prise en charge globale des ISTet la revue sur le système de notification des IST.

Par ailleurs, les acteurs communautaires soulignent que la prise en charge des IST au niveau communautaire connaît des insuffisances liées à la disponibilité des médicaments et au système de notification.

5.6. Prophylaxie post-exposition des personnes victimes d'accidents d'exposition au sang ou d'exposition sexuelle (AES)

La prophylaxie antirétrovirale post-exposition (PPE) des cas d'accidents d'exposition au sang ou d'exposition sexuelle (AES), y compris les cas de violences sexuelles, est intégrée dans les structures de soins. Depuis 2018, un dispositif a été mis en place et un cadre conceptuel qui définit les mesures essentielles pour assurer la prévention de l'infection au VIH en cas d'AES permet d'opérationnaliser ce dispositif. La composante hépatite virale n'était jusque-là pas intégrée.

Les interventions de la riposte nationale sont axées sur le renforcement des capacités des professionnels de santé et la promotion de la PPE auprès des victimes d'AES. Une évaluation du dispositif a été menée en 2021 et a permis de dégager un modèle consolidé pour renforcer et réviser le système de déclaration. La formation des professionnels de santé en contact avec les victimes de violences sur le recours au traitement préventif est prévue.

De plus, un guide de prise en charge des AES a été élaboré en clarifiant les algorithmes, le circuit de prise en charge ainsi que le rôle et responsabilité des différents acteurs aussi bien pour le volet VIH que le volet hépatites B et C. Un module e-learning pour la prise en charge des AES a été également élaboré en 2022 pour le renforcement des capacités des acteurs.

5.7. Dépistage du VIH

Selon les Rapports Nationaux VIH du PNLS, le nombre total des tests réalisés a régulièrement diminué entre 2019, 2020 et 2021, en contradiction avec les objectifs stratégiques fixés. Il s'est un peu redressé en 2022, avec 347 312 tests de dépistage du VIH réalisés au Maroc dans l'année.

Les performances en matière de dépistage ont régressé parmi les populations clés, les femmes enceintes, la population générale et les patients atteints d'IST ou de tuberculose. L'écart par rapport aux objectifs du PSN est considérable chez les femmes enceintes (23,5% pour un objectif > 95 %), les migrants et les PID (41% et 51,5% pour des objectifs de 67% et 70 % respectivement), les tuberculeux (60,7% pour 80% attendus).

Le dépistage des cas index n'est quasiment pas mis en œuvre, alors qu'il s'agit d'une stratégie de dépistage rentable et appropriée. Et cela en dépit de l'étude exploratoire sur le dépistage index et la notification des partenaires menée en 2022, qui a identifié des recommandations claires à mettre en œuvre.

Cependant, on note que le rendement global du dépistage s'est amélioré au cours du temps, avec un taux global de séropositivité de 0,66% pour l'ensemble des tests réalisés en 2022.

Pour le dépistage communautaire, la révision du cahier de charge a été faite avec l'approbation du MSPS, ainsi que l'examen des soumissions de dossiers de candidature de toutes les ONG.

L'expérience sur l'autotest conduite par l'ALCS et le PNLS au niveau des ESSP est une avancée et un plan de mise à l'échelle par région, par ONG et par groupe de population, incluant le secteur privé, est en cours de finalisation. Enfin, un état des lieux du dépistage dans les ESSP (dans le cadre du PMS) et un plan d'amélioration sont en cours pour stimuler les activités de dépistage.

5.8. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH

5.8.1. Lien au traitement

Il s'agit de l'ensemble des activités qui permettent d'assurer l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH nouvellement dépistées vers les sites de prise en charge et l'instauration d'un traitement ARV optimal dans les meilleurs délais.

Selon les données programmatiques, il n'y a pas d'écart positif entre le nombre de nouveaux cas dépistés et le nombre de nouveaux patients inclus dans le traitement ARV en 2020 (1 293 / 1 408) et 2021 (874 / 1 269). Cela tend à démontrer que le lien au traitement n'est pas un point faible significatif du programme.

En revanche, cet écart devient important en 2022, où pour 2 316 nouveaux cas identifiés, seulement 987 nouveaux patients traités par ARV sont enregistrés dans la file active. L'explication se trouve dans le fait que l'audit de la file active des

personnes vivant avec le VIH réalisé entre temps a entrainé un réajustement à la baisse du nombre des personnes vivant avec le VIH sous ARV en 2021, à hauteur de 17%. Ce réajustement a été logiquement comblé par un effort pour un plus grand nombre d'initiation aux ARV en 2022.

Le différentiel entre le nombre de nouvelles inclusions dans le traitement et le nombre de nouveaux cas dépistés, alors qu'il n'existe pas de file active significative de personnes vivant avec le VIH en attente des ARV peut s'expliquer par le fait qu'une proportion assez importante de nouveaux cas dépistés correspond en réalité à des personnes vivant avec le VIH connaissant déjà leur statut et qui sont pour partie déjà traités. Cela pourrait concerner plus particulièrement des dépistages réalisés hors des centres de dépistage classiques (secteur privé, etc.).

5.8.2. File actives des personnes vivant avec le VIH traitées par ARV et extension des centres référents de prise en charge du VIH

Un audit de la qualité des données de la prise en charge du VIH a donc recoupé les informations issues des dossiers patients, des données de routine transmis par les CR au PNLS et les données de consommation d'ARV. L'analyse a conclu à une concordance de 83 % entre les données collectées par le PNLS et celles auditées sur les sites. L'audit a permis de rectifier à la baisse le nombre des personnes vivant avec le VIH actuellement sous ARV au Maroc.

Les deux plus grands centres référents de prise en charge du VIH sont Agadir (29%) et Casablanca CHU Ibn Rochd (28 %). Les centres référents de Casablanca, d'Agadir, de Rabat et de Marrakech, plus anciens, regroupent plus des trois quarts des personnes vivant avec le VIH suivies. Près d'un quart des personnes vivant avec le VIH a plus de 50 ans, ce qui marque une file active qui vieillit, et qui est aussi le témoin d'un programme de prise en charge par les ARV de qualité. Les enfants représentent 4% de la file active (n=623) et se concentrent principalement dans les centres référents du CHU de Casablanca, du CHR d'Agadir, de l'hôpital Mère Enfant du CHU de Marrakech et le CHU de Rabat.

La file active des personnes vivant avec le VIH du Maroc est répartie presque de façon équitable entre les hommes et les femmes et la répartition par sexe de la file active sous ARV selon les tranches d'âge spécifiques est globalement homogène dans toutes les tranches d'âge.

Les populations clés (HSH, Migrants, PS, PUD/PID et Détenus) représentent environ 13% de la file active totale. Cependant, comme les populations clés ne sont pas forcément identifiées dans les CR, cette proportion est probablement sous-estimée.

L'audit des données a également révélé que le dépistage volontaire est la porte d'entrée la plus fréquente dans le système de prise en charge (40%).

Au total 55% des personnes vivant avec le VIH ont été admises dans les filières de soins à un stade avancé de la maladie (stades 3 ou 4 de l'OMS). Parmi les personnes vivant avec le VIH suivies ayant bénéficié d'un comptage des CD4 à l'initiation des ARV, 43 % avaient moins de 200 CD4/mm^3 et 64,2 % moins de 350 CD4/mm^3.

La prise en charge du VIH a connu ces dernières années une extension du nombre des centres référents de prise en charge avec l'ouverture de nouveaux centres (pour adultes) notamment à Tétouan, Dakhla, Tiznit, Khénifra et Essaouira. La circulaire ministérielle 25/15 DELM/35 du 15 avril 2022 sur la prise en charge du VIH a actualisé la filière de soins et les protocoles thérapeutiques. La délégation des tâches pour la prise en charge du VIH est en cours de pilotage avec le secteur privé et le secteur communautaire.

5.8.3. Prise en charge des infections opportunistes et comorbidités

Les données sur les indicateurs de la coinfection TB/VIH montrent que le pourcentage de tuberculeux qui ont bénéficié d'un test VIH était de 60% en 2022 (cible du PSN 80%) contre 40% en 2019.

Dans le PSN, il n'y a pas d'indicateur sur le traitement préventif de la tuberculose, ni sur la coinfection par les hépatites virales ou le cancer du col de l'utérus parmi les PVVH et peu de données sont disponibles sur la prise en charge des comorbidités dans les rapports nationaux VIH/sida.

On note une progression de la prescription du traitement préventif de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH entre 2020 et 2021 (1,3% et 9,3% respectivement).

Il n'existe pas de données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH suivies dans les CR, bien qu'il soit prévu que cela soit systématisé. La coinfection avec les hépatites virales représenterait entre 5 et 20% des personnes vivant avec le VIH en 2022.

Au total, malgré un vieillissement de la cohorte des personnes vivant avec le VIH, il n'y a pas de données disponibles sur la prévalence du diabète ou de l'hypertension chez ces patients, ce qui est pourtant recommandé par l'OMS. Les cliniciens ont soulevé les problèmes spécifiques que posent la prise en charge des personnes âgées vivant avec le VIH. Le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes et les hépatopathies liées aux hépatites virales doivent faire l'objet d'une attention particulière, de même que le dépistage des maladies métaboliques et cardiovasculaires, dont la fréquence augmente parmi les personnes vivant avec le VIH, à mesure qu'elles vivent plus longtemps et, dans certains cas, comme conséquences d'un traitement antirétroviral à long terme.

5.8.4. Suivi des personnes vivant avec le VIH et rétention dans les filières de soins

Le niveau des indicateurs lié au suivi et à la rétention dans les filières de soins des personnes vivant avec le VIH est globalement bon, avec un taux d'attrition de la file active rapporté par l'audit de qualité des données qui est bas en 2021 (1%).

Les perdus de vue représentaient 0,6% de la file active en 2021, majoritairement des adultes. Certains CR tels que Nador et Meknès (2,5%) Taroudant (3,3%) Beni Mellal (1,6%) et le CHU de Rabat (1,2%) sont cependant largement au-dessus de ce taux.

Le pourcentage de suppression de la charge virale en 2021 était de 93 % (seuil de 1 000 cp/ml et 85% au seuil de 40 cp/ml). Des pourcentages en dessous de 80% sont observés dans certains CR.

5.8.5. Suivi biologique de l'infection au VIH

S'agissant des laboratoires, la revue du suivi biologique du VIH a établi un état des lieux des laboratoires hospitaliers impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, qui montre que 27% des laboratoires ne réalisent pas les examens bactériologiques de base, 33% ne réalisent pas la sérologie de l'hépatite B, 67% ne réalisent pas la sérologie de l'hépatite C, 60 % ne réalisent pas le TPHA/VDRL, 22% ne réalisent pas la charge virale de l'hépatite B et 22% ne réalisent pas la détection de la tuberculose.

D'autres points critiques ont été soulignés dans l'état des lieux des laboratoires, notamment la diversité et la non-disponibilité exhaustive d'un système informatisé de laboratoire opérationnel.

Le volet de la sécurité reste notoirement insuffisant : (i) pas de liste de produits chimiques dangereux ; (ii) pas de fiches de produits chimiques dangereux ; (iii) pas de référent pour la sécurité ; et iv) peu d'expertise sur le risque chimique.

Enfin, l'organisation du travail au sein des laboratoires et la coordination avec les Centres Référents doit être améliorée.

5.8.6. Prise en charge pédiatrique

Selon les données de l'audit de la qualité des données de prise en charge VIH de 2021, 623 enfants et adolescents étaient suivis et traités pour une infection à VIH au Maroc en fin 2021, un nombre porté à 701 en fin 2022. A noter que pour la seule année 2021, 97 nouvelles personnes vivant avec le VIH de moins de 15 ans ont été incluses dans la file active.

Sur le plan de la prise en charge, on note que la transition vers des régimes ARV à base de Dolutégravir est prévue en 2023 suite à l'adoption de cette recommandation par le comité national technique de prise en charge du VIH.

Des efforts sont en cours pour améliorer la prise en charge des enfants et adolescents, avec la disponibilité récente d'un guide national de prise en charge

de l'enfant, la formation des pédiatres avec la collaboration de la SOMIPEV, le développement du réseau des pédiatres organisé autour des Centres Référents et l'ouverture de nouveaux centres référents de prise en charge pédiatrique à Laayoune, Nador, Meknès et Béni Mellal.

5.8.7. Cascade dépistage, traitement et suivi

Tenant compte des données de l'audit des données de la prise en charge du VIH, la file active des personnes vivant avec le VIH en 2022 a été réajustée selon le facteur de concordance obtenu (84%). La cascade programmatique 2022 se présente dès lors comme dans la figure ci-dessous (source : Spectrum 2023).

Dans la cascade programmatique, le 2ème 95 se situe à 97% chez les femmes, 84% chez les hommes et à 86% chez les enfants.

La principale faiblesse actuelle se situe donc sur le 1er 95, c'est-à-dire la proportion des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique. Il existe une marge de progression encore importante sur le 2ème 95 grâce à l'application systématique du « tester et traiter » et à un accompagnement pour le lien au traitement qui existe déjà avec le support des acteurs communautaires.

5.9. Prise en charge psychologique et sociale

Lors de la crise sanitaire, les acteurs communautaires ont joué un rôle important pour assurer de manière exceptionnelle la continuité de la dispensation des ARV aux personnes vivant avec le VIH et l'appui psychosocial par les Médiateurs Thérapeutiques (MT), et les médiateurs Sociaux (MS).

Les activités centrales qui visaient l'amélioration de la qualité des services d'appui psychosocial, l'actualisation du PNAPS, les réunions de coordinations, le suivi et l'application des normes et standards n'ont pas pu être mises en œuvre.

Malgré les efforts de concertation entre le MSPS et les ONG, le statut professionnel des MT et MS n'a pas encore été défini, ce qui pose des défis réels pour la pérennité et l'efficacité du dispositif d'appui à l'éducation thérapeutique et à la médiation sociale pour les personnes vivant avec le VIH.

Une étude sur les modalités d'accès des personnes vivant avec le VIH et des populations clés à la protection sociale réalisée en 2021 a permis d'identifier des pistes de renforcement du PNAPS. Une autre étude a été réalisée par le MSPS sur la mise en place d'une stratégie de couverture médicale pour les personnes vivant avec le VIH. Une feuille de route des principales actions clés et recommandations pour garantir la prise en compte et l'intégration des personnes vivant avec le VIH dans les chantiers de réformes sociales en cours a dans ce cadre été élaborée.

Pour l'intégration de la prise en charge nutritionnelle dans le PNAPS, l'enquête sur la sécurité alimentaire des personnes vivant avec le VIH réalisée en 2022 a confirmé la précarité et la vulnérabilité sociale, l'insécurité alimentaire et des manquements relatifs au suivi nutritionnel des personnes vivant avec le VIH qui mérite une attention soutenue.

5.10. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

5.10.1. Stratégie nationale Droits Humains et VIH

Le partenariat entre le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) et le MSPS avec une implication effective des acteurs communautaires et la participation des Populations Clés ont permis d'asseoir une approche basée sur les Droits Humains dans la riposte au VIH et à la TB au Maroc et de concrétiser des avancées notables dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination (S&D). Le partenariat impliquant le CNDH, le Ministère de la Justice, la DGPAR ainsi que des leaders d'opinions tel que les parlementaires a permis de mettre en place un cadre de programmation stratégique et opérationnel à travers plusieurs stratégies DH et VIH/TB couvrant les périodes de 2013 à 2017, 2017 à 2023 et une nouvelle stratégie intégrée DH et VIH/HV/TB pour la période 2024-2030. La revue de la dernière stratégie illustre les résultats notables en termes d'acquis pour éliminer les obstacles d'accès aux services et soulignent les insuffisances et lacunes qui restent à adresser. La revue de la stratégie Droits Humains et VIHa montré une bonne performance de la mise en œuvre des activités visant la réduction de la discrimination, notamment :

- La mise en place du mécanisme de recours et des outils pour le traitement des plaintes en cas de violation des droits humains.
- La formation des points focaux «Droits Humains» au niveau des Direction Régionales Sanitaire, les Commissions Régionales des Droits de l'Homme (CRDH) et les assistantes sociales des structures hospitalières au niveau des 12 régions ont été formés pour traiter les doléances/plaintes des PVVIH victimes de discrimination en milieu de soins.
- La conduite de la deuxième étude Stigma index 2.0 en 2022. Cette étude a montré une grande amélioration des indicateurs de la S&E et a rapporté que 14,5% de ceux qui ont subi une violation de leurs droits y ont utilisé le mécanisme du recours.
- Le renforcement des compétences et sensibilisation sur les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, la sensibilisation des agents d'autorité et de justice, la présentation d'un mémorandum collectif des associations thématiques partenaires de l'ALCS et RdR Maroc sur les droits des PID et l'accès aux services de santé et de réduction des risques ;
- La documentation des expériences et bonnes pratiques dans le domaine des droits de l'homme et du VIH.

Des faiblesses ont néanmoins été identifiées et qui continuent à constituer des obstacles à l'accès universel et équitable aux services de prévention et de PEC pour le VIH, la Tuberculose et les Hépatites et que les résultats de Stigma Index 2.0 illustrent :

- Une diminution significative des stigmatisations et discriminations envers les personnes vivant avec les VIH et certaines populations clés. Le Pourcentage des PVVIH qui rapportent être discriminées à cause de leur statut VIH est passé de 50% (2016) à 8,5% (2022). Le pourcentage des PC vivant avec le VIH qui ont déclaré éviter les services de santé les 12 derniers mois était de 6,1% des PS, 6,6% des HSH, 3,3% des PID. Mais certains comportements stigmatisant dans les services de santé liés au VIH tel que les commentaires négatifs, la violence verbale et l'évitement de tout contact physique sont toujours rapportés. Aussi la stigmatisation intériorisée reste élevée avec 40% notamment chez les femmes, avec évitement de se rendre aux structures de soins (23%) ou ne pas postuler à des emplois (21,5%).
- Ces résultats sont corroborés par les résultats de l'Observatoire Communautaire qui révèlent que la S&D sont des facteurs de rupture dans les soins principalement pour les femmes et personnes qui ne se reconnaissent pas dans les normes de genre, appartenant ou non à des groupes de populations clés (PS, HSH et personnes migrantes en particulier). 5% des personnes disent avoir été confrontées à une stigmatisation ou avoir été victimes de discriminations quand elles se sont rendues dans le centre de dépistage (pour plus de la moitié, dans un centre de dépistage étatique). Ce chiffre s'élève à 10% quand il s'agit de prise en charge dans un centre de santé. Les raisons principales soulevées sont le statut marital, l'identité de genre, l'orientation sexuelle et/ou les pratiques sexuelles. Pour une majorité d'entre elles, les trois raisons se cumulent. Si la plupart des personnes interrogées dans les centres de prise en charge ciblés par l'observatoire se disent satisfaites ou très satisfaites des prestations dans le centre qu'elles fréquentent, ils/elles sont néanmoins 10% à avoir un niveau de satisfaction bas, du fait du mauvais accueil ou encore des difficultés de communication avec les prestataires de santé. La peur, la stigmatisation, les discriminations et/ou les violences peuvent aussi retarder la demande de soins pour les PVVIH. Ainsi, près de 13% craignent pour leur sécurité quand ils/elles se rendent dans leur centre de prise en charge et 14% à déclarer avoir été victimes de discriminations lors de leurs visites dans le centre de prise en charge, notamment en raison de leur statut sérologique. Pour les femmes PVVIH migrantes, la discrimination est triple : sexe, statut juridique, statut sérologique.
- Pour compléter les interventions au niveau institutionnel, le programme de formation au niveau communautaire pour les leaders communautaires qui représentent les PC et les PVVIH dans les différentes régions afin de développer un dispositif de Community Lead Monitoring a été mis en place. Cependant, la mise en place du mécanisme et des outils de suivi n'ont pas encore été opérationnalisés et vulgarisés parmi les PVVIH et les populations clés ou vulnérables. Ainsi, le nombre de plaintes reçues par le CNDH, les CRDH, les structure du MSPS et les autres acteurs concernés restent très

faibles. L'étude stigma index a rapporté que seul 14,5% de ceux qui ont subi une violation de leurs droits y ont eu recours, le plus souvent grâce aux OSC qui disposent des programmes d'appui légal pour les PC et les PVVIH.

5.10.2. Égalités des genres et lutte contre les violences basées sur le genre

Les femmes et les filles ont été doublement affectées par les conséquences de la crise sanitaire. Les mesures de protection contre la pandémie de COVID-19 consistant à retreindre les déplacements et le confinement ont exposé les femmes et les filles à la violence conjugale et familiale. La tendance, élevée au Maroc (46% de femmes victimes de violence en 2019), a été particulièrement exacerbée en 2020 suite à l'isolement social et au confinement. Des mesures exceptionnelles ont été mise en œuvre par les instances gouvernementales, appuyées par les acteurs communautaires, pour faire face à cette seconde pandémie qui est celle de la violence basée sur le genre dans le contexte de crise.

La riposte nationale au VIH intègre la lutte contre les inégalités entre les sexes et les violences basées sur le genre affectant les PVVIH et les populations clés et vulnérables dans les programmes de prévention et de lutte contre le sida. Si le contexte de la crise a compliqué la mise en œuvre des stratégies prévues dans ce cadre, il a été tout de même une opportunité pour l'innovation et le développement de synergies entre les acteurs afin de donner l'aide et l'appui aux femmes victimes de VBG tout en intégrant la prévention du VIH en tant que composante de PEC et d'accompagnement.

Sur la base des recommandations de l'évaluation Genre et VIH réalisée en 2020, des stratégies spécifiques ont été inscrites dans le PSN 2020-2023 pour :

- Intégrer la composante VIH dans les politiques nationales et programmes sur l'égalité et la lutte contre les VBG pour réduire le risque et l'impact du VIH parmi les femmes et les filles.
- Mettre en œuvre des mécanismes de partenariat avec les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux pour la promotion de l'égalité et de la lutte contre les VBG.
- Renforcer la prévention des violences basées sur le genre des populations les plus vulnérables ou clés et des PVVIH.

Ces stratégies se sont traduites dans le PSN par les interventions suivantes :

- Un renforcement du plaidoyer avec tous les acteurs pour intégrer la dimension VIH ;
- La mise en place de mécanismes de recours en cas de VBG ;
- le renforcement des capacités des intervenants dans la riposte de la dimension genre ;

- Le développement d'approches spécifiques adaptées aux situations particulières tel que les handicapé-e-s, les femmes et jeunes en situation de vulnérabilité, les femmes consommatrices de drogue ;
- L'amélioration de l'information sur les groupes vulnérables émergents tel que les transgenre et les handicapés ;
- La généralisation de la PPE dans les unités de PEC des femmes et enfants victimes de VBG.

Pour obtenir ces résultats, les acteurs institutionnels et communautaires ont dû conjuguer leurs efforts afin d'assurer la continuité des services et leur appui aux femmes victimes de VBG, y compris au cours de la phase aiguë de la crise sanitaire. Ce travail collaboratif a concrétisé les réalisations suivantes :

- Développer un dispositif d'aide à distance pour les femmes victimes de VBG pour les informer et les orienter vers les sites de prises en charge médicale, d'aide psychosociale et juridique.
- Le plaidoyer par les organisations qui fournissent des services d'écoute et d'accompagnement aux femmes victimes de VBG dans diverses régions du pays auprès des ministères et autorités concernées sur l'urgence et les conditions critiques de ces femmes. Cette action visait la sensibilisation des pouvoirs publics afin qu'ils réagissent en urgence aux VBG pendant la pandémie de COVID-19
- Un large programme pour le développement de compétences sur la lutte contre les VBG à l'égard des femmes et des enfants pour les professionnels de santé et intervenants communautaires ;
- Le renforcement des synergies avec les cellules de lutte contre les VBG pour améliorer l'accès aux services de prévention et de soins pour les populations clés en général et pour les femmes en situations de vulnérabilité tel que les professionnelles de sexe, les usagères de drogues et les PVVIH ;
- La formation sur la prise en charge des femmes victimes de VBG pour les professionnelles dans les services d'urgences et cellules d'accueil des victimes ;
- La création d'un consortium national rassemblant 28 associations thématiques œuvrant dans les domaines de santé et de la SSR, justice de genre ainsi que des associations travaillant avec et pour les jeunes dans toute leur diversité pour renforcer et élargir les connaissances crédibles en matière de SSR, Droits SSR et justice du genre pour les jeunes et consolider le plaidoyer politique et la mobilisation des jeunes pour un changement des lois et des normes en matière de SSR ;
- Un programme de monitoring et de formation basé sur l'approche de l'éducation par les pairs, pour améliorer les connaissances et les attitudes des filles et femmes incarcérées au niveau des prisons en matière de SSR et égalité des genres. Ce sont ateliers du programme de formation des détenues éducatrices paires sous

le thème «Promouvoir l'accès aux services de SSR et de lutte contre la violence basée sur le genre pour les femmes et filles détenues» ;

- La généralisation de la PPE dans les unités de prise en charge des victimes de VBG accompagnée de la formation des professionnels de santé de ces unités sur la PPE et sa promotion auprès des victimes.

Par ailleurs, et conformément aux recommandations de la revue Genre et VIH réalisée en 2020, une étude exploratoire pour l'état des besoins spécifiques des personnes transgenres a été réalisée en 2022. Son second objectif était d'orienter le développement d'approches pertinentes relatives à cette population en vue de l'inclure dans la riposte nationale au VIH.

5.11. Coordination, financement et suivi-évaluation de la riposte nationale

Le PNLS dépend de service des MST/sida/DELM/MSPS. Il travaille en collaboration avec :

Des partenaires institutionnels : Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion ; Conseil National des Droits de l'Homme ; Ministère de l'Éducation Nationale, de l'enseignement et du sport, et le Ministère de L'enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation ; Ministère de la Jeunesse de la culture et de la communication ; Ministère de la Solidarité, de l'Insertion Sociale et de la famille ; Rabita Mohammedia des Oulémas ;

Des organisations de la société civile et communautaires : Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) ; Organisation Panafricaine de lutte contre le Sida (OPALS) ; Association Sud Contre le SIDA (ASCS) ; Association Hasnouna de Soutien aux Usagers de drogues (AHSUD) ; Association Nationale de Réduction des Risques Maroc (RdR Maroc) ; Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF) ; Association Marocaine de Solidarité et de Développement ; Association Soleil ; Association 100% Maman ;

Des partenaires financiers et techniques : le Fonds mondial, l'ONUSIDA, l'OMS et les autres agences des Nations Unies, Expertise France, etc.

5.11.1. Contribution du système communautaire à la riposte

La participation de la communauté et des OSC dans la lutte contre le VIH/sida et les HV occupe une place de choix dans les différentes stratégies de riposte. Cela fait des OSC des acteurs privilégiés dans les domaines de la prévention parmi les populations clés et vulnérables, du dépistage et de l'accompagnement social des personnes vivant avec le VIH.

Dans ce cadre, la réflexion initiée sur la mise en œuvre de contrats sociaux entre le gouvernement et les OSC travaillant sur le VIH et la TB au Maroc, a permis d'identifier et de développer les mécanismes et lignes directrices adaptées sans pour autant aboutir jusqu'ici à une contractualisation avec ces organisations.

La signature de la déclaration de Paris «Villes Sans Sida» par les Maires de Casablanca, Marrakech, Rabat, Fès et Essaouira et le guide d'intégration du VIH/sida dans la planification communale est une opportunité pour la contractualisation des OSC.

Des formations ont été menées pour renforcer les capacités managériales des OSC et la représentation des populations clés au niveau local, régional et national. Afin de renforcer la représentation des populations clés et les personnes vivant avec le VIH dans les instances de gouvernance de la riposte, des réseaux virtuels ont été créés à travers des groupes WhatsApp et Facebook. Le réseautage est accompagné d'un renforcement des capacités des populations clés et personnes vivant avec le VIH à travers les universités organisées annuellement par les OSC dans le cadre de la subvention régionale du Fonds mondial.

Un observatoire communautaire piloté par l'ONG RdR a été mis en place et dont les résultats de veille ont porté sur la période de novembre 2021 à octobre 2022.

5.11.2. Financement de la riposte

Les principales sources de financement de la riposte au VIH/sida au Maroc proviennent du MSPS dans le cadre du budget de l'État et par la subvention Fonds Mondial. Les dépenses engagées par le MSPS ont atteint 8 696 129 DH en 2021, dont 87 % pour l'achat de médicaments ARV. Dans la cadre de la subvention du Fonds mondial, les dépenses pour le VIH étaient de 4 229 468 € en 2021. Les modules qui ont engagé le plus de budget sont la prévention, le traitement, la prise en charge et le soutien, le renforcement des systèmes communautaires et la gestion de programmes. Les activités de prévention portées par les OSC, qui jouent un rôle essentiel dans la réalisation des activités au profit des populations clés restent dépendantes du financement externe, ce qui pose un sérieux problème de durabilité et de pérennité des interventions.

La vision du Maroc est fondée sur un maintien des acquis et l'accélération des ripostes au VIH et à la TB en vue d'atteindre les objectifs d'élimination en 2030 dans le cadre des ODD tout en œuvrant pour assurer l'intégration, la durabilité et la pérennité des programmes. Il s'agit pour cela de mobiliser des ressources domestiques pour soutenir la riposte intégrée aux VIH/HV/IST et à la TB et de renforcer la redevabilité de tous les intervenants dans le secteur en rendant compte des activités et des ressources engagées dans la lutte contre les trois maladies. Les besoins financiers des PSN notamment pour les médicaments et intrants et en RH pour les services de PEC VIH et TB ont été intégrés dans le budget de la Santé et des mesures seront prises pour augmenter la part des ressources domestiques dans le financement des PSN. La mise en œuvre de la refonte du système de santé et l'autonomisation des groupements sanitaires territoriaux (GST) nécessitera une amélioration des capacités de système de planification et de gestion financière au niveau déconcentré du MSPS.

La généralisation en cours de la protection sociale et en commençant par la couverture sanitaire universelle au Maroc, constitue une grande opportunité pour les programmes. Les efforts porteront sur l'intégration des dépenses liées au paquet de service de prévention fournis par le système communautaire, ESSB et secteur privé ainsi que la prise en charge et au traitement du VIH/HV/IST et TB dans le panier de soins du système d'assurance maladie obligatoire (AMO). Cette approche permettra d'étendre le champ de la prise en charge des PVVIH aux médecins privés et de soulager la charge de travail des CR et de réduire la pression sur le budget de l'État.

La réflexion initiée sur la mise en œuvre de contrats sociaux entre le gouvernement et les OSC travaillant sur le VIH et la TB au Maroc, a permis de développer les mécanismes et lignes directrices adaptées pour la contractualisation. Une étude sur l'estimation des coût unitaires des services fournis par les OSC VIH et TB a été réalisée en 2022. Le pilotage des contrats sociaux figure parmi les priorités des PSNI. Le lancement par le gouvernement de la nouvelle stratégie «Nassij» 2022-2026 relative aux relations avec la société civile et qui vise, entre autres, le renforcement et la pérennité du secteur associatif, constitue une opportunité pour la contractualisation sociale.

5.11.3. Informations stratégiques pour la prise de décision

La gestion de l'information sanitaire est informatisée avec plusieurs logiciels notamment, l'application de Santé Reproduction et Santé de l'Enfant et Soins Curatifs (SRSEC) et NADIS (Dossier Médical informatisé pour le VIH).

Le DHIS2 est utilisé comme plateforme pour la gestion des données des programmes de prévention et il intègre désormais les données des ONG sur les services aux populations clés à travers le code d'identification unique. L'application SAHT pour la gestion des rendez-vous a été également mise en place dans les centres référents de prise en charge VIH. L'application DATATOCARE mise en place dans les laboratoires permets d'assurer le suivi en charge virale des personnes vivant avec le VIH. L'application DHIS2 a été également utilisée pour mettre en place le registre national électronique pour le suivi de l'HVC.

Les principales recommandations de l'évaluation rapide menées sur la base des 12 composantes du Système de Suivi & Évaluation de la riposte nationale en 2019 ont été déclinées en mesures stratégiques visant la dématérialisation et l'intégration du système d'information sur les IST/VIH/sida à tous les niveaux.

Ces mesures ont été traduites en activités avec comme objectif d'accélérer la digitalisation du système de S&E. Une majorité a été réalisée ou initiée tel que : (i) La mise en place d'un groupe de travail VIH, HV et IST sur le système d'information, pour diffuser et généraliser les logiciels et application à tous les niveaux et la construction d'une base de données centrale ; (ii) le développement d'un plan d'action et la formation sur la gestion de l'information des intervenants sous le

leadership des directions régionales, y compris pour mettre en place le Dispositif d'Assurance Qualité des données à tous les niveaux (local, régional et national) ; (iii) la mise en place d'un système d'information entre les hôpitaux et les CR ; (iv) le développement d'un Code Unique Intégré au DHIS2 pour les personnes vivant avec le VIH et populations clés et la formation sur son utilisation ; (v) l'élaboration et la mise en place d'un système de notification des cas de stigmatisation et de discrimination vis-à-vis des populations clés et des personnes vivant avec le VIH au niveau des OSC et son intégration dans le DHIS2 avec constitution d'un comité pour l'élaboration du protocole de notification des cas ; (vi) le développement des supports (registres, dossiers patients, fiches, applications), et leur implantation ; (vii) l'élaboration et la mise en œuvre d'un guide de supervision annuel pour renforcer et accroître les performances des gestionnaires et des prestataires du programme au niveau régional, provincial et local

D'importantes études ont été mises en œuvre : enquêtes bio-comportementales, cartographies des populations clés ; étude stigma-Index 2.0 ; étude nutrition des personnes vivant avec le VIH ; audit de la qualité des données de prise en charge VIH ; étude NASA et étude de surveillance des résistances aux traitements des IST.

5.12. Analyse de la riposte nationale aux hépatites virales

Dans le cadre du plan santé 2025, une attention particulière a été accordée à la clarification de la situation épidémiologique des hépatites virales au Maroc pour mieux cerner l'ampleur du problème et programmer en conséquence des actions à fort impact.

Les infections par les virus de l'hépatites B et C se produisent fréquemment au Maroc dans les établissements de santé, en raison de l'insuffisance des procédures de contrôle des infections. C'est pourquoi, les antécédents d'injections parentérales thérapeutiques par des seringues en verre, d'interventions chirurgicales ou de transfusion sanguine avant 1995 ont été retrouvés chez la majorité des personnes atteintes d'hépatite C.

La couverture vaccinale des enfants contre l'hépatite B a été introduite au Maroc en 1999, le taux de couverture vaccinale dépasse la cible mondiale de 90 % (99% en 2021). La vaccination à la naissance (dans les 24 heures de vie) contre l'hépatite B a été introduite en 2004 au Maroc avec un pourcentage de couverture atteignant 64% en 2020.

Durant ces dernières années, une véritable révolution thérapeutique a eu lieu ouvrant la voie à l'élimination de l'hépatite virale C grâce à l'avènement de traitements antiviraux à action directe qui permettent aujourd'hui de guérir plus de 90% des hépatites virales C avec moins d'effets indésirables et en seulement quelques semaines. L'élimination de l'hépatite virale C a donc été érigée en tant que priorité nationale par le MSPS. La commercialisation de l'association sofosbuvir/daclatasvir au Maroc en 2015-2016 à un prix abordable a conduit la

mise à jour des protocoles thérapeutiques et au renforcement des stratégies de dépistage et de diagnostic de l'hépatite virale C dans l'actuel PSN. Un guide national de prise en charge de l'hépatite virale C a été élaboré par le MSPS en collaboration avec la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif (SMMAD) en 2019.

Depuis le lancement du PNLHV, plus de 1700 centres offrent le dépistage de l'hépatite C, 16 laboratoires assurent la confirmation par PCR et plus de 85 centres assurent la prise en charge thérapeutique. La première campagne nationale de dépistage de l'hépatite virale C lancée en 2022 a permis de diagnostiquer plus de 1 000 cas. La mise en place du registre national électronique de l'hépatite virale C permet le suivi la cascade de prise en charge. Cependant es défis persistent, notamment l'extension du programme de dépistage et de prise en charge vers le secteur privé, la micro-élimination de l'hépatite virale C dans les groupes à haut risque et la pérennisation du financement du PNLHV.

6. Priorités issues de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale

6.1. Priorités thématiques

*6.1.1. **Priorité 1 :** Étendre l'accès des populations clés et des autres populations vulnérables aux services de prévention combinée de qualité, en ne laissant personne pour compte.*

Cela passe par : (i) l'intensification et l'assurance qualité de la prévention combinée selon les normes nationales pour ne laisser personnes pour compte ; (ii) l'intensification du dépistage du VIH comme porte d'entrée pour les services de prévention ; (iii) le passage à l'échelle de la PrEP ciblant les plus à risque ; (iv) l'accès et l'intégration des services de SSR adressés aux adolescentes et jeunes ; (v) la disponibilité constante et en quantité suffisante des préservatifs, gels lubrifiants et seringues; (vi) l'intensification du programme de RdR pour les PID, y compris la TSO ; (vii) l'intensification des interventions de prévention, de dépistage et d'accès aux soins des migrants; (viii) la disponibilité des informations stratégiques sur les besoins des personnes transgenres en matière de services de prévention IST et VIH, l'exploration des nouvelles pratiques à risque, les besoins et la distribution géographique des populations clés et vulnérables.

*6.1.2. **Priorité 2 :** Accélérer le programme de pTME du VIH pour parvenir à la triple élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.*

La priorité de la triple élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B nécessite un engagement et un leadership forts pour accélérer les interventions ciblant les femmes enceintes et les nouveaux nés au Maroc.

Cela passe par la prise en compte de la couverture par la CPN le dépistage et le suivi du couple mère-enfant. La mise en œuvre effective d'un plan d'élimination avec des déclinaisons régionales et locales pour cibler en priorité les régions à plus forte prévalence chez les femmes enceintes et celles où les performances sont les plus mauvaises est également prioritaire. L'élimination de la transmission verticale et la certification à l'horizon 2026 est un défi prioritaire que le Maroc peut atteindre, s'il systématise l'offre de dépistage combinée. Cela passe par assurer la disponibilité continue des tests VIH, syphilis et hépatites dans le paquet gratuit offert à toutes les femmes enceintes, y compris le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Il s'agit également d'améliorer la couverture par la vaccination anti VHB à la naissance.

*6.1.3. **Priorité 3 :** Diversifier l'offre de dépistage pour atteindre efficacement les populations les plus exposées aux risques d'infection par le VIH/IST/HV.*

Il s'agit de déployer à l'échelle appropriée des stratégies différenciées de dépistage qui vont augmenter les opportunités d'identification de nouveaux cas.

Cela passe par : (i) l'extension du dépistage communautaire avec la contribution des ONG pour accroitre l'accès des populations clés et vulnérables aux services de dépistage VIH, IST, Hépatites virales, co-infection TB/VIH et l'orientation vers les services de prise en charge et de traitement ; (ii) l'intensification du dépistage initié par les prestataires de soins, avec la contribution des acteurs communautaires ; (iii) la systématisation du dépistage des patients atteints de tuberculose ; (iv) le passage à l'échelle de l'auto-dépistage en direction des populations clés et autres populations cibles ; la commercialisation des autotests dans les pharmacies privées et dans les centres communautaires ; (v) le développement du dépistage des cas index et la promotion du dépistage intrafamilial ; (vi) le soutien aux acteurs communautaires afin qu'ils puissent assurer le « lien au traitement » des personnes testées positives pour leur accompagnement vers les dispositifs de prise en charge; (vii) la promotion du dépistage basé sur les réseaux sociaux.

*6.1.4. **Priorité 4 :** Développer l'approche différenciée de prise en charge, prenant en compte le cycle de vie des personnes vivant avec le VIH, y compris les personnes âgées, dans toutes les dimensions (biomédicale, psychologique et sociale) pour assurer une rétention durable dans les soins.*

Il s'agit de renforcer la couverture ARV chez les personnes vivant avec le VIH pour atteindre les objectifs mondiaux de « 95-95-95 » pour le traitement contre le VIH. Cela passe par : (i) la poursuite de la mise en œuvre du plan de transition vers les combinaisons ARV à base de Dolutégravir ; (ii) la décentralisation continue des centres référents et laboratoires pour améliorer l'accès des personnes vivant avec le VIH aux services de prise en charge (fixation de cibles dans chaque région par zones géographiques) ; (iii) l'intensification de la mise en œuvre des approches différenciées de prise en charge avec l'appui des acteurs communautaires, comme la dispensation multi-mois, le renouvellement accéléré des ordonnances, et la dispensation communautaire et privée des ARV; (iv) le renforcement du suivi biologique (charge virale) ; (v) le renforcement du continuum des soins, pour réduire les ruptures de soins en améliorant l'accompagnement psychologique, social et juridique des personnes vivant avec le VIH avec l'appui des acteurs communautaires; (vi) le traitement ARV et pour la TB de 100% des personnes Coinfectées TB/VIH ; (vii) le dépistage et la prise en charge des comorbidités liées au VIH (TB, HVB, HVC, lésions précancéreuses du col de l'utérus) et celles liées au vieillissement de la cohorte des personnes vivant avec le VIH (diabète et hypertension artérielle, etc.).

*6.1.5. **Priorité 5 :** Combler les gaps en matière de prise en charge des enfants et adolescents vivant avec le VIH.*

La prise en charge des enfants et adolescents vivant avec le VIH constitue également une priorité pour le Maroc. À la suite de l'audit de la file active, le taux de couverture en ARV des enfants moins de 15 ans vivant avec le VIH a été revu

à la baisse à 63,6% en 2021 soit un gap de couverture, même s'il est difficile à quantifier avec fiabilité, compte-tenu des imprécisions des estimations du nombre d'enfants moins de 15 ans vivant avec le VIH.

Il faut pour cela : (i) veiller à diagnostiquer précocement les cas d'infections pédiatrique par test PCR à moins de 6 semaines et assurer leur suivi sur 18 mois; (ii) rendre disponible les formes pédiatriques de Dolutégravir pour tous les enfants (y compris les moins de 30 kg) ; (iii) mettre en place un dispositif de prise en charge du VIH pédiatrique dans tous les centres référents ; (iv) organiser un paquet de services spécifiques pour les enfants et adolescents pris en charge dans les centres référents incluant des activités d'accompagnement psychologique et social et mobilisant une pair-éducation ciblées faite par des jeunes vivant avec le VIH ; (v) soutenir les initiatives de mobilisation communautaire issues d'adolescents et jeunes vivant avec le VIH ; (vi) inclure des indicateurs de dépistage et de traitement désagrégés pour les moins de 15 ans dans les indicateurs de routine du programme.

6.2. Priorités transversales

*6.2.1. **Priorité 6 :** Créer un environnement favorable pour lever les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et vulnérables.*

Cela passe avant tout par la mise en œuvre des axes de la nouvelle stratégie intégrée DH et VIH/TB/HV 2024-2030. Il s'agit également de suivre les résultats et les recommandations issues de l'index stigma 2022.

*6.2.2. **Priorité 7 :** Renforcer l'implication du système communautaire à tous les niveaux à travers la mise en œuvre de contrat sociaux basés sur les résultats et l'engagement mutuel vers l'atteinte des objectifs nationaux.*

Cela passe par : (i) une meilleure intégration dans la pyramide sanitaire du nouveau système de santé, des OSC, les réseaux et plateformes, les structures communautaires (les sites de dépistage, clinique sexuelles) et des intervenants communautaires (Éducateurs pairs, médiateurs/ médiatrices thérapeutiques et sociaux, pairs etc.), qui doivent être pleinement inclus et responsabilisés dans les dispositifs de prévention et de prise en charge du VIH/sida ; (ii) la création/ dynamisation des cadres de coordination des organisations de la société civile, réseaux, associations, au niveau décentralisé ; (iii) le développement et la mise en œuvre des système de suivi communautaire (cascade prévention-soins, discrimination et DH, financement) ; (iv) la concrétisation de l'approche de contractualisation sociale développée depuis quelques années, mais qui tarde à se traduire dans les faits.

*6.2.3. **Priorité 8 :** Renforcer le système de suivi et évaluation au niveau national et local pour une meilleure fiabilité des données des interventions liées au VIH/IST/HV.*

Cela passe par : (i) la mise en place d'un comité de suivi évaluation composée des représentants de toutes les parties prenantes (collaboration multisectorielle) et l'instauration d'un cadre de concertation régulière et d'une évaluation périodique des indicateurs du cadre de performance ; (ii) la révision / harmonisation des outils de collecte et de rapportage des différents partenaires, notamment ceux du niveau communautaire ; (iii) l'évaluation des solutions informatiques existantes pour développer des interfaces avec le « Dossier Patient Informatisé » et créer une Task Force sur les outils digitaux (Informaticiens, Biologistes, Cliniciens, Épidémiologistes) ; (iv) l'intégration/ renforcement et la décentralisation de la revue de la qualité des données ; (v) la conduite régulière d'audit de la qualité des données; (vi) l'élaboration/mise en œuvre d'un agenda de recherche opérationnelle et identification des priorités de recherche (déterminant de l'abandon des soins, investigations sur des populations vulnérables ou sur des populations ou pratiques à risque.

*6.2.4. **Priorité 9 :** Renforcer le système de gestion et approvisionnement des stocks en produits de santé et améliorer le fonctionnement des laboratoires de biologie médicale.*

Il s'agit de mettre un terme aux retards d'approvisionnement de stocks en produits de santé qui ont jalonné ces dernières années et impacté les performances programmatiques (réactifs, préservatifs, etc.)

Il s'agit également de renforcer le réseau des laboratoires de biologie médicale qui sont liés aux centres référents en matière de gestion et approvisionnement des Charges virales (CV), à travers : (i) une accélération de la décentralisation des laboratoires assurant le suivi VIH parallèlement à l'offre de prise en charge, en recherchant la complémentarité entre CHP, CHR et CHU et en développant des partenariats avec les laboratoires privés ; (ii) l'engagement dans une démarche qualité selon la norme ISO 15189 de tous les laboratoires VIH (incluant sécurité et organisation du travail) et la mise en place d'une cellule qualité nationale ; (iii) la diversification de l'offre de diagnostic pour les IST, les hépatites virales et autres marqueurs, les génotypes de résistance, le regency testing, et l'équipement en machines GeneXpert et Machines CD4.

*6.2.5. **Priorité 10 :** Renforcer la gouvernance de la réponse intégrée, à travers un modèle efficient de coordination nationale prenant en compte les trois maladies.*

Il s'agit pour cela de : (i) mobiliser des ressources domestiques pour soutenir la réponse contre le VIH/sida, les hépatites et les IST ; (ii) renforcer la redevabilité de tous les intervenants dans le secteur en rendant compte des activités et des

ressources engagées dans la lutte contre les trois maladies ; (iii) capitaliser et renforcer la contribution des partenaires du secteur privé dans la lutte contre les trois maladies ; (iv) développer une approche de planification décentralisée des interventions par région, par collectivité locale ; (v) Renforcer l'intégration des services VIH dans les structures de soins de santé primaire en se basant sur l'expérience du PMS ; (vi) intégrer au sein du dispositif dédié au VIH les activités de prévention, dépistage et prise en charge des HV, mais aussi des maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, etc.)

6.3. Démarche de priorisation

La démarche de priorisation a été élaborée dans le consensus, grâce aux contributions de toutes les parties prenantes dans le cadre d'un dialogue pays élargi, qui a permis également de discuter des priorités de la subvention du Fonds mondial pour le 7ème cycle de financement.

L'analyse des lacunes et contraintes a fait l'objet d'un atelier national de consensus, qui s'est tenu à Rabat en mars 2023. La réflexion s'est appuyée sur les résultats de l'analyse épidémiologique et programmatique qui a montré des réalisations remarquables et surtout le respect des engagements du Maroc malgré la crise de la COVID-19.

Critères de priorisation :

- L'alignement sur les stratégies et politiques nationales ainsi que le nouveau modèle de développement du Royaume du Maroc
- L'analyse du système de santé et le projet de refonte qui a été élaboré, loi-cadre qui entend faciliter l'accès des citoyens aux services de santé, améliorer leur qualité et assurer une répartition égale et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.
- L'analyse de la complémentarité des financements (financements domestiques, Fonds mondial, et autres partenaires techniques et financiers) et la valeur des investissements (l'égalité entre les hommes et les femmes) et l'équité pour l'efficience et l'atteinte des résultats nationaux.
- La mise en œuvre des approches différenciées pour la prévention, le dépistage, la prise en charge et la protection sociale pour chaque catégorie de population selon son parcours de prévention et de soins.
- La nécessité d'impliquer les parties prenantes dans un processus participatif et inclusif y compris les personnes vivant avec le VIH et les représentants des populations clés, et personnes touchées par les Hépatites virales. Ces partenaires sont intervenus dans les débats pour proposer des solutions concrètes aux difficultés rencontrées durant la mise en œuvre et les mesures correctrices.
- L'analyse épidémiologique concernant le VIH, les IST et les hépatites virales a été réalisée à partir de données nationales et régionales désagrégées par tranche d'âge et par sexe. La triangulation des données a permis de dresser un panorama des tendances par maladie avec un consensus pour une mise en œuvre intégrée suivant des approches différenciées prenant en compte les spécificités populationnelles et les dynamiques régionales et locales.
- La prise en compte des aspects droits humains et genre qui affectent les programmes.

Ce processus de priorisation a été ouvert donnant l'opportunité d'un dialogue national et d'une concertation avec toutes les parties prenantes.

7. Les référentiels et principes directeurs de la réponse nationale au VIH/IST et HV

7.1. Référentiels nationaux et internationaux

Le Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le sida, les hépatites virales et les IST au Maroc, s'appuie sur un ensemble de référentiels et orientations nationales et internationales. Tous les efforts dans la mise en œuvre seront orientés vers des interventions qui réduisent les inégalités et posent des jalons solides pour le respect des droits humains dans la riposte nationale au VIH, aux hépatites virales et aux IST.

Il s'inscrit dans les priorités stratégiques du gouvernement du Maroc : (i) la gouvernance démocratique et la réforme de santé publique ; (ii) l'inclusion et la réduction des inégalités socio-économiques territoriales et de genre ; (iii) ainsi que l'éducation de qualité et la santé ; (iv) la production et la consommation propres ; et (iv) l'autonomisation des femmes et des jeunes.

7.1.1. Un nouveau modèle de développement

Le Maroc a récemment adopté un nouveau modèle de développement lancé par Sa Majesté le Roi Mohammed VI qui préconise un programme de réforme ambitieux et porteur de transformations. Ce modèle envisage l'accélération et la diversification de la croissance du Maroc en proposant quatre axes de transformation :

- Faire évoluer d'une économie à faible valeur ajoutée et à basse productivité, avec des niches rentières et protégées, à une économie diversifiée et compétitive.
- Renforcer le capital humain pour donner à tous les citoyens les capacités de prendre en main leur devenir et de réaliser leur potentiel en toute autonomie. Cet axe suppose des réformes essentielles, exigeantes et urgentes, pour le système de santé, l'éducation et l'enseignement supérieur et professionnel.
- L'inclusion de toutes les populations, et tous les territoires pour atteindre la participation de toutes et de tous, à la dynamique nationale de développement.
- Faire des territoires, le lieu d'élaboration, d'ancrage et de portage des politiques publiques.

Parmi les priorités stratégiques qui émergent de ces axes : la généralisation de la protection sociale à toutes les populations vulnérables conformément aux orientations royales.

7.1.2. Les référentiels

- Objectifs de Développement Durable d'ici 2030.
- Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.
- Stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 de lutte contre, le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles.

- Plan d'action régional pour la mise en œuvre des stratégies mondiales du secteur de la santé sur le VIH, les hépatites et les IST 2022-2030 (MENA).
- Stratégie du Fonds mondial 2023-2028.
- Plan National Santé 2020-2025.
- Loi cadre 09-21 relative à la protection sociale.
- Lois concernant le chantier de la réforme du Système National de Santé :
  - Loi 08-22 relative à la création des GST.
  - Loi 09-22 relative aux garanties essentielles accordées au ressources humaines.
  - Loi 10-22 relative à la création de l'Agence Marocaine des médicaments et des produits de Santé.
  - Loi 11-22 relative à la création de l'Agence Marocaine du sang et de ses dérivés.

7.1.3. Une approche commune et intégrée

La riposte au VIH, aux hépatites virales et aux infections sexuellement transmissibles évolue dans un environnement de plus en plus complexe. La pandémie de COVID-19 a modifié le paysage de la santé mondiale en réorientant les ressources, en faisant ressortir les lacunes des systèmes de santé et en exacerbant les disparités et les inégalités qui exposent davantage aux maladies certains groupes et notamment les groupes clés confrontés à des obstacles préexistants qui entravent l'accès aux services.

La pandémie a démontré le rôle primordial des communautés pour répondre aux besoins des personnes en situation de crise et mis en évidence les inégalités face à la charge des soins dans la communauté.

Elle a aussi favorisé les innovations du système de santé et du système communautaire, par exemple la mise à disposition des traitements multi mois et l'utilisation accrue de systèmes et de plateformes intégrées de diagnostic, de systèmes d'information sur la santé, de solutions de santé numériques et d'approches fondées sur les soins administrés par les organisations de la communauté.

Le modèle de prestation de services de VIH, hépatites virales et IST de qualité proposée se réalisera selon une approche intégrée et centrée sur le patient. L'objectif est de dispenser des services complets de qualité accessibles répondant aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou qui présentent une HV. L'approche centrée sur la personne, reflète la volonté d'offrir en un même lieu, au même moment, des services répondant aux besoins de la personne en ce qui concerne le VIH, les hépatites virales et les IST, quel que soit son âge, son sexe, son lieu de résidence, sa condition sociale (privée de liberté ou non). Cette approche innovante doit s'accompagner d'une révision des paquets essentiels de services, par niveau de soins, pour y intégrer les activités de prévention et soins des programmes de santé prioritaires.

7.2. Valeurs et principes directeurs de la mise en œuvre du PSNI 2024-2030

Les valeurs et les principes suivants serviront de base des stratégies du PSNI VIH/IST/hépatites virales 2024-2030 et de références pour sa mise en œuvre.

Planification et gestion axée sur les résultats : la recherche de l'efficience et des interventions à haut impact avec un coût-efficacité maitrisable a guidé le choix des priorités du Plan Stratégique National Intégré. L'enchaînement de résultats d'impacts, d'effets et de produits, est proposé pour permettre la mise en œuvre à l'échelle nationale et sa déclinaison à l'échelle régionale.

Renforcement du cadre de coordination multisectorielle entre les secteurs public, privé et communautaire afin de gérer et mettre en œuvre efficacement la riposte nationale au VIH/HV/IST.

Intégration des services VIH, des hépatites virales et des IST : Il s'agit de mutualiser les efforts et rationaliser les coûts pour l'offre de prévention et de soins. La mise en œuvre de cette stratégie intégrée apportera un appui substantiel dans la consolidation et l'opérationnalisation de la réponse locale à tous les niveaux de soins y compris le niveau communautaire.

Approche centrée sur les bénéficiaires : la promotion des approches différenciées de services de prévention, de dépistage et de prise en charge sera au centre de la mise en œuvre du PSNI. Une attention particulière est portée aux besoins des populations clés et vulnérables (enfants, adolescents, femmes enceintes et personnes âgées).

Prise en compte du genre et des droits humains pour réduire les inégalités en créant un environnement favorable à la levée des obstacles qui freinent à l'accès équitable aux services de prévention et de prise en charge.

Renforcement de la collaboration entre toutes les parties prenantes : L'approche multisectorielle a permis d'atteindre des résultats significatifs au Maroc. L'organisation de toutes les modalités de collaboration avec les institutions communautaires dans le cadre de contrats sociaux sera un principe directeur.

Préparation à la transition et mobilisation des ressources nationales. La refonte du système de santé, la généralisation de la protection sociale et la Couverture Médicale Universelle entend faciliter l'accès des citoyens aux services de santé, améliorer leur qualité et assurer une répartition égale et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.

8. Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le sida, les hépatites virales et les IST au Maroc

8.1. Vision

Un Maroc, sans sida, sans hépatites virales et sans IST, d'ici 2030, avec l'implication et la mobilisation active de toutes les parties prenantes.

8.2. But

Eliminer les épidémies du sida, des hépatites virales et des IST d'ici 2030, en tant que menaces de santé publique.

8.3. Résultats à atteindre d'ici 2030

Le PSNI de lutte contre le sida, les hépatites virales et les IST au Maroc 2024-2030 est élaboré selon une approche axée sur les résultats, qui a permis de construire les différents niveaux de résultats, leur hiérarchie, leur lien de causalité et les synergies nécessaires entre ces résultats.

Cette approche se fonde sur le choix de priorités populationnelles, thématiques et géographiques qui guident ses investissements stratégiques.

Il comprend deux résultats d'impact et deux résultats stratégiques transversaux qui se déclinent en résultats d'effets et de produits

Figure 11 : Résultats attendus du PSNI

8.4. Description des résultats d'impacts, d'effets et de produits

*8.4.1. **Résultat d'Impact 1 :** D'ici 2030, les nouvelles infections sont réduites d'au moins 90% pour le VIH, d'au moins 60 % pour les hépatites virales et d'au moins 90% pour les IST*

Résultat d'effet 1.1 : D'ici 2030, 95% des populations clés exposées aux risques d'infection par le VIH, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent les services essentiels de prévention combinée
Produit 1.1.1 : 95% des PS et HSH et personnes transgenres bénéficient du paquet de services de prévention combinée selon les normes nationales
Produit 1.1.2 : Les PS et les HSH les plus á risque bénéficient d'une PrEP adaptée à leurs besoins
Produit 1.1.3 : 95% des PID bénéficient d'un paquet de services de prévention adaptés à leurs besoins, dans le cadre de la politique de réduction des risques (RdR)
Produit 1.1.4 : 90% des détenu-es bénéficient d'un paquet essentiel de services adaptés à leurs besoins, et au contexte de détention
Produit 1.1.5 : 90% des Migrant-es notamment ceux appartenant aux populations clés bénéficient du paquet de services de prévention combinée selon les normes nationales
Résultat d'effet 1.2 : D'ici 2030, les populations vulnérables ou à risque utilisent les services essentiels pour se protéger du VIH, des IST, et des hépatites, à travers des approches différenciées
Produit 1.2.1 : 80% des populations vulnérables et à risque utilisent les services essentiels pour se protéger du VIH, des IST, et des hépatites, à travers des approches différenciées
Produit 1.2.2 : Toute personne présentant des syndromes d'IST ayant recours aux services de Santé publics, communautaires ou privé reçoivent une prise en charge de qualité
Produit 1.2.3 : Les victimes d'accident d'AES ou victimes d'exposition sexuelle y compris les VBG bénéficient d'une prise en charge globale selon une approche différenciée
Produit 1.2.4 : les adolescent(e)s et des jeunes les plus vulnérables disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST
Produit 1.2.5 : 95% de jeunes et adolescents présentant une IST/HV/VIH reçus dans les centres de santé/espaces santé jeunes et médicaux-universitaires bénéficient d'une prise en charge appropriée d'ici 2030
Résultat d'Effet 1.3 : La triple élimination de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant est validée dès l'année 2026 et maintenue jusqu'en 2030
Produit 1.3.1 : Au moins 95% des femmes enceintes attendues sont dépistées pour VIH/Syphilis/HVB et reçoivent les résultats en CPN le plus tôt possible au cours de la grossesse
Produit 1.3.2 : 95% des femmes dépistées séropositives au VIH, à l'hépatite B et la syphilis reçoivent le traitement approprié le plus rapidement possible pour éviter la TME du VIH/Syphilis/HV
Produit 1.3.3 : 95% des FVVIH en âge de procréer ont accès à des services de PF adaptés
Produit 1.3.4 : 100% des enfants exposés bénéficient d'une prophylaxie aux ARV et de la vaccination contre l'hépatite B selon les protocoles pTME
Produit 1.3.5 : Au moins 95% des couples mère-enfant sont maintenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé
Produit 1.3.6 : Le processus de certification de l'eTME est initié avec la contribution des partenaires mis en place et est fonctionnel d'ici fin 2026

Stratégies et Cibles de l'Impact 1 :

L'accélération de la prévention du VIH, des hépatites virales et des IST constitue un axe essentiel du PSNI. Elle nécessite la mise à l'échelle des interventions de prévention et des innovations, avec une focalisation sur les zones géographiques et les populations clés à risque élevé, ainsi que les populations vulnérables identifiées dans le cadre des analyses propres à chaque maladie.

Il s'agit d'apporter une combinaison de services préventifs adaptés, avec l'introduction d'innovations et de nouvelles approches pour augmenter l'efficacité des interventions. Cela nécessite un engagement de toutes les parties prenantes autour d'interventions coordonnées de la part des professionnels de santé des centres de soins de santé primaire et des acteurs de la société civile.

Le développement des approches différenciées de prévention et dépistage consiste à proposer des services plus adaptés, des approches plus intégrées et mieux centrées sur la personne. Ces approches sont basées sur le principe de base de la reconnaissance de la diversité des besoins spécifiques des différents bénéficiaires. Les approches différenciées ont aussi pour objectif de toucher plus de personnes selon leurs besoins, tout en maitrisant les coûts et en accroissant l'efficacité et l'utilisation rationnelle des ressources.

D'ici 2030, 95% des populations clés exposées aux risques d'infection par le VIH, Hépatites (B et C) et les IST utilisent les services essentiels de prévention combinée.

Pour les populations clés et vulnérables, le paquet de services cohérent de prévention du VIH, des IST et des hépatites virales sera renforcé, à travers des approches différenciées et en mettant à profit les technologies d'information et de communication (TIC) notamment la prévention virtuelle.

Les personnes transgenres ont été intégrées comme population clés dans le PSNI. Pour ce nouveau groupe, il s'agira de mieux définir ses caractéristiques et ses besoins et de mettre en place des services communautaires adaptés. Les stratégies utilisées pour l'atteinte de l'**objectif de prévention combinées auprès des HSH, PS et Transgenre** sont :

- **Stratégie 1 :** Actualisation de la stratégie nationale de prévention combinée (pour les PS, HSH, PID, détenu-es, migrant-es et Transgenres) ;
- **Stratégie 2 :** Estimation de la taille, des caractéristiques et des besoins des transgenres en lien avec le VIH/HV/IST et développement approche d'intervention spécifique ;
- **Stratégie 3 :** Adaptation des messages de communication en direction des populations clés sur la prévention et l'utilisation des services de prévention combinée ;

- **Stratégie 4 :** Prévention et prise en charge des IST et soins proctologiques.
- **Stratégie 5 :** Autonomisation des PS et HSH pour la prévention et la réinsertion socio-économique ;
- **Stratégie 6 :** Développement de la prévention combinée dans les ESSP auprès des PS et HSH ;
- **Stratégie 7 :** Renforcement de la coordination entre les acteurs de la prévention combinée pour les HSH et les PS.

Afin de compléter le l'offre du Paquet de Prévention Combinée aux HSH, PS et HSH, le **Programme de la PrEP** sera étendu par le renforcement des structures communautaires intervenant auprès des populations clés dans l'offre de service PrEP ainsi que le Suivi/évaluation des interventions en lien avec la PrEP en vue d'améliorer la qualité des services.

- **Stratégie 1 :** Renforcement des structures communautaires intervenant auprès des populations clés dans l'offre de service PrEP de qualité ;
- **Stratégie 2 :** Suivi/évaluation des interventions en lien avec la PrEP en vue d'améliorer la qualité des services.

***Tableau 6 :** Cibles de couverture par les ONG des PS, HSH et Transgenre par la prévention combinée*

Indicateurs	Base-line 2022	Cibles par année / couverture					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Pourcentage de PS ayant accès aux programmes de prévention du VIH	64%	66%	69%	73%	78%	80%	95%
Nombre de PS ayant accès aux programmes de prévention du VIH	47186	48662	51382	54905	59252	61379	75096
Pourcentage de PS ayant été dépistées pour le VIH et qui connaissent leur résultat	30%	40%	50%	60%	75%	80%	95%
Pourcentage de HSH ayant eu accès aux programmes de prévention du VIH	51%	55%	60%	65%	70%	80%	95%

Indicateurs	Base-line 2022	Cibles par année / couverture					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Pourcentage de PS ayant été dépistés pour le VIH et qui connaissent leur résultat	31%	40%	50%	60%	70%	80%	95%
Nombre de PS et HSH sous PrEP	733	950	1300	1550	2000	2250	3000

Les cibles relatives à la couverture des populations clés par les programmes de prévention ci-dessus sont calculées sur la base des données programmatiques et pour celles recevant les services par les ONG. Le cadre de Performance propose une seconde estimation, dont les données de références sont basées sur les résultats des études bio-comportementales.

Les **programmes de réduction des risques** auprès des consommateurs de drogues et les consommateurs de drogues injectables seront renforcés selon la cartographie des zones et des régions prioritaires. Les stratégies qui seront mises en œuvre pour généraliser et mettre à l'échelle le programme RdR ainsi que le traitement de substitution aux opiacés TSO sont :

- **Stratégie 1 :** Renforcement des actions de prévention combinée auprès des personnes usagères de drogues les plus à risque de contamination par le VIH et autres pathogènes infectieux ;
- **Stratégie 2 :** Assurer la sécurité des intervenants de santé et communautaires
- **Stratégie 3 :** Mise à disposition les antidotes et mobiliser les services médicaux concernés ;
- **Stratégie 4 :** Extension de la prise en charge médicale des PID en accord avec les recommandations du guide national de référence ;
- **Stratégie 5 :** Endiguement de l'écoulement du médicament de substitution opiacé au marché parallèle ;
- **Stratégie 6 :** Renforcement du fonctionnement du dispositif national TSO en vue de sa pérennisation ;
- **Stratégie 7 :** Mise à l'échelle géographique du TSO et amélioration de son accessibilité à tous les patients auxquels il est indiqué.

Tableau 7 : *Cible de couverture des PID par la RdR*

Indicateurs	Baseline 2022	Cibles par année / couverture					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Pourcentage de personnes qui consomment des drogues injectables ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH	84%	90%	95%	95%	100%	100%	100%
Nombres de PID couverts par la prévention	1092	1170	1235	1235	1300	1300	1300
Nombre de PID sous TSO	437	520	650	715	780	910	1170
Pourcentage de PID couverts ayant fait le test VIH et reçu le résultat	30%%	40%	60%	75%	90%	90%	95%
Nombres de PID couverts ayant fait le test VIH et reçu le résultat	395	520	780	975	1170	1170	1235

Les détenu-e-s bénéficieront d'un paquet de service de prévention adaptés à leur besoin sur la base des stratégies suivantes :

- **Stratégie 1 :** Renforcement des capacités des prestataires de santé et acteurs pénitentiaires intervenant en milieu carcéral sur le paquet de services de prévention adaptés à leurs besoins ;
- **Stratégie 2 :** Amélioration de la qualité des services de prévention offerts aux détenus.

Tableau 8 : *Cible de couverture des détenu-e-s*

Indicateurs	Base-line 2022	Cibles par année					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Pourcentage des detenu-e-s ayant bénéficié d'un ensemble intégré d'interventions de prévention du VIH	31%	40%	45%	50%	60%	80%	95%
Nombre de détenus ayant bénéficié des services de prévention durant la période d'incarcération	30 132	38 880	43 740	48 600	58 320	77 760	92 340
Nombres de détenu-e-s couverts par les interventions de prévention ayant fait le test VIH et reçu le résultat	25 192	27 119	36 936	41 553	46 170	55 404	83 106

La cinquième Population Clés concernées par les interventions de réduction de la contamination au VIH, hépatites virales et IST est celle des **Migrant-e-s** notamment ceux appartenant aux populations clés bénéficiant du paquet de services de prévention combinée selon les normes nationales. Plusieurs stratégies spécifiques leur sont destinées :

- **Stratégie 1 :** Renforcement des Interventions communautaires de prévention combinée pour les populations migrantes notamment ceux appartenant aux populations HSH, PS, UDI et transgenre ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des fournisseurs de services (Centres de santé, secteur privé, ONG) en matière de prévention combinée adaptée aux spécificités des populations migrantes ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement de la coordination entre les différents acteurs œuvrant dans la prévention combinée auprès des populations migrantes au niveau local, régional et national ;
- **Stratégie 4 :** Développement et consolidation d'outils d'IEC en matière de prévention combinée auprès des population migrantes ;
- **Stratégie 5 :** Renforcement de la production de la connaissances relatives aux attitudes et pratiques des populations migrantes en matière de SSR et VIH ;

- **Stratégie 6 :** Assurer l'accès aux moyens de prévention et de dépistage ;
- **Stratégie 7 :** Accompagnement des intervenants auprès de la population migrante et formation aux modalités de prévention des addictions.

***Tableau 9 :** Cible de couverture des Migrants*

Indicateurs	Baseline 2022	Cibles par année					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Pourcentage de Migrants couvert par la prévention combinée	79%	80%	80%	80%	85%	85%	95%
Nombre de Migrants couverts par la prévention combinée	31 500	32 000	32 000	32 000	34 000	34 000	38 000
Pourcentage de Migrants couverts par la prévention combinée ayant fait le test de dépistage VIH	68%	70%	75%	80%	85%	90%	95%
Nombre de migrants couvert par la prévention combinée ayant fait le dépistage VIH	15 500	16 000	22 400	25 600	28 800	28 800	30 400

D'ici 2030, les populations vulnérables ou à risque utilisent les services essentiels pour se protéger du VIH, des IST, et des hépatites, à travers des approches différenciées.

Pour les populations vulnérables et à risque, le PSNI 2024-2030 a fixé des stratégies afin de renforcer leur utilisation des services pour se protéger des IST, Hépatites et du VIH à travers des approches différenciées et ce par :

- **Stratégie 1 :** Définition du paquet de services de prévention au profit des populations vulnérables selon des approches différenciées ;
- **Stratégie 2 :** Mise en place des approches différenciées d'intervention auprès des clients des PS et HSH ;
- **Stratégie 3 :** Prevention et lutte contre les hépatites virales pour les hémodialysés et autres groupes à risque pour l'HVB/HVC.

Pour les personnes présentant des syndromes d'IST et qui ont recours aux services de Santé publics, communautaires ou privé, ils recevront une prise en charge de qualité en mettant en œuvre les stratégies suivantes :

- **Stratégie 1 :** Normalisation de la prise en charge y compris pour les populations clés ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement des compétences des professionnels de santé, Informatisation et suivi évaluation ;
- **Stratégie 3 :** Amélioration du système d'approvisionnement des IST ;
- **Stratégie 4 :** Sensibilisation du grand public sur les IST ;
- **Stratégie 5 :** Renforcement de la coordination avec les secteurs privé et communautaire ;
- **Stratégie 6 :** Renforcement du système de surveillance et de notification des IST ;
- **Stratégie 7 :** Surveillance de la résistance aux antimicrobiens ;
- **Stratégie 8 :** Renforcement des capacités des prestataires et acteurs communautaires/pairs éducateurs sur les IST ;
- **Stratégie 9 :** Disponibilité des médicaments et équipements pour le traitement des IST à tous les niveaux.

Les victimes d'AES au sexuelle, y compris les VBG, bénéficieront d'une prise en charge globale avec :

- **Stratégie 1 :** Renforcement de la prise en charge des victimes AES ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement du soutien aux victimes des VBG par l'introduction des TIC en matière de prise en charge pour le VIH les hépatites virales et les IST ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement de l'approvisionnement et de la dotation des établissements de soins en kits de PPE ;
- **Stratégie 4 :** Renforcement de la déclaration sanitaire des cas de VBG.

Enfin l'offre de service de santé sexuelle ciblant **les adolescents et les jeunes** est disponible avec l'accès à l'information et les moyens de protection et garantit un environnement contribuant à promouvoir une santé sexuelle, affective et reproductive. Des approches adaptées existantes seront renforcées avec l'utilisation des réseaux sociaux et l'éducation par les pairs. Les stratégies suivantes seront mises en œuvre :

- **Stratégie 1 :** Appui à l'élaboration des modules adaptés sur l'éducation sexuelle et reproductive et l'égalité des Genres dans le cadre des stratégies mises en œuvre ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement de l'offre des services de SSR (y inclus le VIH/HV/IST) adaptés aux adolescent(e)s et jeunes dans les établissements et structures socio-éducatifs ;
- **Stratégie 3 :** Intégration du volet d'éducation sexuelle et SSR dans la stratégie nationale des jeunes ;

- **Stratégie 4 :** Mobilisation du leadership des jeunes et renforcement des capacités en matière d'éducation sexuelle, SSR et création de coalition des associations de jeunes ;
- **Stratégie 5 :** Développement des activités de proximité et de soutien et sensibilisation des adolescent(e)s et jeunes non scolarisés (en situation de rue, milieu de travail, dans les centres sociaux, a besoin spécifiques).

La triple élimination de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant est validée dès l'année 2026 et maintenue jusqu'en 2030.

Pour atteindre **la triple élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B**, le PSNI 2024-2030 va intensifier les efforts et mesures pour assurer l'intégration de la pTME dans tous les services de santé mère-enfant (CPN, vaccination) et renforcer l'implication communautaire pour la création de la demande mais aussi pour assurer le continuum et la rétention dans les soins. Au cours de la mise en œuvre de ce plan, il sera aussi question de la mise en place du processus de certification de l'eTME d'ici 2027 avec le soutien des partenaires notamment l'OMS et l'UNICEF. Pour y arriver, les stratégies suivantes seront déployées :

Pour le dépistage du VIH/syphilis/HVB :

- **Stratégie 1 :** Renforcement de la couverture par la CPN à travers une stratégie régionale et provinciale différenciée en ciblant les régions à faible couverture ;
- **Stratégie 2 :** Intensification des stratégies avancées et intégrées en vue d'augmenter la couverture en CPN et le dépistage VIH/syphilis/Hépatite virale B des femmes enceintes au cours du 1er trimestre de la grossesse ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement de la collaboration entre les prestataires de santé publique et le secteur privé, en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH/ SYPL/HVB, au cours du 1er trimestre de la grossesse ;
- **Stratégie 4 :** Renforcement des capacités techniques des ESSP et logistiques.

Pour la Prise en Charge des femmes enceintes dépistées positives au VIH/ Syphilis/ HVB :

- **Stratégie 1 :** Disponibilité des kits ARV à visée thérapeutiqueset des médicaments pour le traitement de la syphilis, de l'HVB et la vaccination HB ;
- **Stratégie 2 :** Référence active (accompagnement physique) des femmes enceintes (FE) positives au VIH/HVB pour la prise en charge au niveau des CR ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement des capacités des professionnels de santé public et privé en matière de prophylaxie la mère et le nouveau-né (NN).

Pour la **prévention de la grossesse** chez les FVVIH :

- **Stratégie 1 :** Renforcement des activités de la SSR en faveur des FVVIH ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des FVVIH en planification familiale et leurs partenaires.

Pour la **prise en charge des enfants exposés :**

- **Stratégie 1 :** Renforcement de l'offre de service de dépistage précoce VIH /IST/hépatites virales dans les services de santé maternelle et infantile y compris la recherche active des enfants aux autres portes d'entrée, notamment le service de vaccination, la consultation curative des enfants de moins de 5 ans ;
- **Stratégie 2 :** Disponibilité continue et en quantité suffisante des intrants, vaccins et des médicaments indispensables.

Pour le maintien du **couple mère-enfant** dans le système de soins :

- **Stratégie 1 :** Renforcement des interventions qui accompagnent le couple mère-enfant dans les CPN pour le maintien dans les soins et le suivi régulier ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des professionnels de santé en matière de suivi du couple mère-enfant ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement de l'implication du secteur privé dans le suivi du couple mère enfant jusqu'à la connaissance du statut du NN ;
- **Stratégie 4 :** Renforcement de la médiation thérapeutique chez l'enfant, le grand enfant et le couple mère-enfant.

Enfin pour le processus de **certification de l'e-TME,** les stratégies suivantes seront mises en œuvre :

- **Stratégie 1** : Renforcement du leadership régional et local (autorités sanitaires et partenaires institutionnels et communautaires) pour la triple élimination ;
- **Stratégie 2 :** Lancement du processus de certification avec les différentes directions du MSPS et les partenaires techniques ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement de la surveillance de l'eTME à tous les niveaux.

Tableau 10 : *Cibles de couverture pour eTME*

Indicateurs	Baseline 2022	Cibles par année					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Couverture des FE par le dépistage	19%	40%	80%	95%	95%	95%	95%
Nombre de FE dépistées pour le VIH dans le secteur public	111 318	136 979	273 881	325 050	324 850	324 850	324 850
Nombre de FE dépistées pour le VIH dans le secteur public et privé	127 015	273 957	547 762	650 100	649 700	649 700	649 700
Pourcentage de Couverture des FE par les ARV	63%	65%	80%	95%	95%	95%	95%
Nombre de FE vivant avec le VIH sous ARV	247	260	281	315	295	275	220

*8.4.2. **Résultat d'Impact 2 :** D'ici 2030, la mortalité est réduite d'au moins 90% pour le VIH et d'au moins 65% pour les hépatites virales*

Résultat d'effet 2.1 : D'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH/HV connaissent leur statut sérologique au VIH et aux hépatites et reçoivent leurs résultats de dépistage grâce aux approches différenciées
Produit 2.1.1 : 95% des personnes vivant avec le VIH/HV issues des populations clés (PS, HSH, PID, Tsg, détenus, migrants) sont dépistées pour le VIH/HV et connaissent leur statut sérologique au VIH et aux hépatites
Produit 2.1.2 : Les stratégies de dépistage les plus rentables sont développées et mise en œuvre
Produit 2.1.3 : les approches classiques de dépistage sont renforcées
Résultat d'effet 2.2 : d'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral selon les directives nationales
Produit 2.2.1 : au moins 95% des personnes vivant avec le VIH nouvellement dépistées sont connectées au système de prise en charge
Produit 2.2.2 : 95% des personnes vivant avec le VIH (adultes, jeunes et adolescents) bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales de prise en charge
Produit 2.2.3 : 95% des enfants vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales
Produit 2.2.4 : En 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH sont maintenues dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) dans le cadre du PNAPS
Résultat d'effet 2.3 : En 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH traités ont une charge virale supprimée grâce au continuum de soins selon des approches différenciées avec la contribution active des associations et du secteur privé
Produit 2.3.1 : 95% des personnes vivant avec le VIH traitées par les ARV (adultes, enfants et adolescents) bénéficient de la mesure de la charge virale, selon les directives nationales
Résultat d'effet 2.4 : 90% des personnes vivant avec le VIH ayant une coinfection TB / VIH et infections opportunistes sont traités selon les directives nationales
Produit 2.4.1 : 90% des personnes vivant avec le VIH suivies bénéficient du dépistage, diagnostic précoce, traitement préventif ou curatif précoce de la tuberculose selon les directives
Résultat d'effet 2.5 : D'ici 2030, 70% des personnes présentant des hépatites virales B et C bénéficient d'un diagnostic et d'une prise en charge selon les directives nationales
Produit 2.5.1 : 95% des personnes atteintes d'hépatites virales B et C sont diagnostiquées
Produit 2.5.2 : 95% des personnes diagnostiquées positives aux hépatites virales B et C sont traitées dont 95% sont guéries (HVC) ou ont négativé leur charge virale (HVB)
Résultat d'effet 2.6 : D'ici 2030, 90% des femmes/filles séropositives et autres catégories de femmes vulnérables au VIH bénéficient d'une prise en charge de l'infection à HPV selon les directives nationales
Produit 2.6.1 : 90% des femmes/filles vivant avec le VIH de plus de 25 ans suivies et des populations clés (PS) sont dépistées pour le cancer du col
Produit 2.6.2 : 90% des femmes vivant avec le VIH présentant des lésions pré cancéreuses du col utérin sont traitées selon les directives nationales
Produit 2.6.3 : 100% des adolescentes de moins de 15 ans bénéficient du vaccin contre le HPV selon les directives nationales

Stratégies et Cibles de l'Impact 2

Au Maroc d'importantes réalisations ont été obtenues en termes de prise en charge et de suivi des personnes vivant avec le VIH. Ces réalisations sont de différents ordres, structurels avec l'augmentation des centres référents, qualitatifs avec le renforcement des capacités des professionnels des centres référents, cliniciens pour adultes et en pédiatrie et également sur l'organisation globale des centres référents qui accueillent de plus en plus de personnes vivant avec le VIH.

L'approche coordonnée et intégrée, du VIH, des hépatites virales et des autres comorbidités garantit une prise en charge globale, axée sur le patient tout au long de son cycle de vie.

Mais pour atteindre le Premier 95, l'offre de dépistage doit être renforcée et diversifiée notamment pour les populations les plus exposées aux risques d'infection par le VIH/IST/HV. Toutes les occasions de proposer le dépistage doivent être saisies pour permettre à un plus grand nombre de personnes de connaitre leur statut sérologique et d'éviter les situations ou les personnes vivant avec le VIH le découvrent trop tardivement.

D'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH/HV connaissent leur statut sérologique au VIH et aux hépatites et reçoivent leurs résultats de dépistage grâce aux approches différenciées.

Il est prévu d'accueillir 95% des personnes vivant avec le VIH issues des populations clés (PS, HSH, PID, détenus, migrants) qui seront dépistées pour le VIH et aux hépatites et connaissent leur statut sérologique en utilisant la stratégie de renforcement de l'offre de dépistage communautaire y compris la dispensation d'autotests lors des stratégies avancées d'offre de service de prévention combinée chez les populations clés.

La modélisation des cibles de dépistage du VIH pour la période 2021-2026 au Maroc conduite au moyen de l'outil « Testing goals » a permis de définir les populations cibles prioritaires (Populations clés, porteurs d'IST, tuberculeux, femmes enceintes) et montrer la nécessité de d'étendre le dépistage aux groupes des hommes clients de PS, les patients avec symptômes de VIH, les partenaires de cas index et possiblement encore d'autres nouveaux groupes vulnérables. Les patients affectés par le VIH, les hépatites virales ou les IST reçoivent un conseil pour eux-mêmes et leurs partenaires et selon l'approche « index testing », la famille est aussi la cible prioritaires de l'offre de dépistage. La diversification de l'offre de dépistage à travers des campagnes de dépistage multi-maladies (VIH, hépatites, syphilis et autres) sera promue. En outre, pour élargir et diversifier l'offre de dépistage la stratégie déploiera l'approche autotest avec une offre d'accompagnement pour éviter l'isolement des personnes qui découvrent leur statut sérologique.

Les stratégies qui permettront de réaliser les différents produits afin que 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sont les suivantes :

Pour le dépistage du VIH/IST/HV destiné spécifiquement aux populations clés :

- **Stratégie 1 :** Renforcement de l'offre de dépistage communautaire y compris la dispensation d'autotests par les pairs lors des stratégies avancées d'offre de service de prévention combinée chez les populations clés ;
- **Stratégie 2 :** Développement d'approches permettant le dépistage précoce chez les populations clés.

La mise en œuvre de **stratégies de dépistage rentables** s'effectuera à travers :

- **Stratégie 1 :** Renforcement de l'offre du dépistage cas index, étendu aux partenaires sexuels, ascendants, descendants, et cercles d'amis.

Les **approches classiques de dépistage** sont renforcées grâce à :

- **Stratégie 1 :** la Promotion du dépistage et la création de la demande ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement de l'offre de dépistage par la formation et l'implication de tous les professionnels de santé: public et privé ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement du dépistage du VIH, hépatites, Tuberculose et Syphilis pour l'ensemble des usagers de drogues.

Tableau 11 : *Cibles de couverture pour le dépistage VIH et HV*

Indicateurs	Base-line 2022	Cibles par année					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Nombre de tests de dépistage VIH effectués	356 800	800 000	1 543 960	1 559 340	1 574 968	1 590 743	1 640 000
Nombre de tests rapides de dépistage HVC effectués	150.000	1.000.000	1.900.000	1.950.000	2.000.000	2.000.000	2 500 000
Pourcentage des personnes vivant avec le VIH sous ARV ayant subi un test de dépistage de l'hépatite C	ND	50%	70%	80%	90%	90%	90%

D'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral selon les directives nationales.

En matière de soins et de traitement, il s'agit d'assurer le traitement ARV immédiatement après l'établissement du diagnostic par l'orientation et l'accompagnement des personnes nouvellement dépistées, le plus tôt possible, dans les services de soins et traitement du VIH. Toutes les opportunités doivent être utilisées pour l'initiation précoce du traitement ARV dans les centres référents en connectant les services de dépistage (public, privé, communautaire) aux services de traitement. Et compte tenu du succès des ARV, les personnes vivant avec le VIH ont une espérance de vie quasi semblable à la population générale. La morbi-mortalité a diminué au fil du temps et la population qui vieillit avec le VIH nécessite la prise en compte de nouveaux besoins médicaux et sociaux en lien avec le 3ème âge.

Pour les enfants vivant avec le VIH, leur prise en charge sera renforcée par l'intégration de la prise en charge pédiatrique dans toutes les centres référents, par la promotion de l'offre de soins aux enfants de plus de 2 ans et la disponibilité des ARV pédiatriques.

Afin de permettre aux personnes vivant avec le VIH (enfants, jeunes et adolescents, adultes) de se maintenir dans les soins le programme national d'accompagnement psychologique et social (PNAPS) sera révisé ainsi que le protocole de rétention.

Pour assurer le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH, différentes stratégies sont mises en œuvre, notamment le renforcement des capacités des prestataires et du personnel de laboratoire sur le suivi virologique des patients sous ARV et des enfants exposés au VIH, le renforcement de capacité des laboratoires, le renforcement de l'assurance qualité des services et des données de la CV et l'amélioration de la demande de la CV et du diagnostic précoce de l'enfant exposé.

Enfin, dans le cadre de la prise en charge de l'infection par le VIH et les comorbidités, toutes les personnes vivant avec le VIH bénéficieront d'une recherche active de la TB et le cas échéant d'une prophylaxie à l'Isoniazide (INH) et seront traitées pour les infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites). Cela nécessite une systématisation de l'offre de dépistage de la TB/Hépatites/syphilis chez les personnes vivant avec le VIH et la formation des médecins des centres référents (pneumologues, infectiologues, gastro-entérologues, etc.), dans la prise en charge des coinfections (TB/VIH, Hépatites/VIH). Dans le cadre de l'intégration de la prise en charge, 95% des personnes atteintes d'hépatites virales B et C diagnostiquées seront prise en charge pour être guéries de l'hépatite C et pour négativer leur charge virale pour l'hépatite B.

La coordination entre les programmes VIH, TB et hépatites au niveau déconcentré sera renforcée pour la proposition systématique du test VIH pour tous les patients tuberculeux et la référence systématique des patients dépistés positifs vers les structures de prise en charge. Cela passe par le renforcement des mesures de contrôle de l'Infection tuberculeuse dans les structures de prise en charge TB et VIH et la formation du pesonnel.

Les femmes / filles séropositives et autres catégories de femmes vulnérables au VIH bénéficieront d'une prise en charge de l'infection à HPV selon les directives nationales et les femmes/filles personnes vivant avec le VIH de plus de 25 ans suivies et des populations clés (PS) seront dépistées pour le cancer du col et le cas échéant bénéficieront d'un traitement selon les directives nationales et ce, en s'appuyant sur les stratégies suivantes.

Pour atteindre la couverture de 95% des personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une prise en charge différenciée, les produits et stratégies suivants sont prévus :

Pour **la rétention et la connexion aux soins :**

- **Stratégie 1 :** Révision du protocole de rétention et mise à jour pour assurer la connexion au système de prise en charge.

Pour **la prise en charge des adultes, jeunes et adolescents :**

- **Stratégie 1 :** Renforcement des capacités des prestataires sur les directives nationales de dépistage et de prise en charge ;
- **Stratégie2 :** Renforcement de la collaboration entre les centres référents et les acteurs communautaires ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement et mise à l'échelle de l'offre des soins différenciés avec implication communautaire et du secteur privé ;
- **Stratégie 4 :** Extension de l'offre de prise en charge et ouverture de nouveaux CR VIH ;
- **Stratégie 5 :** Développement de la télémédecine pour le suivi des personnes vivant avec le VIH ;
- **Stratégie 6 :** Renforcement de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH par la prise en charge nutritionnelle ;
- **Stratégie 7 :** Développement d'une stratégie de prise en charge gériatrique ;
- **Stratégie 8 :** Disponibilité des intrants VIH/IST/hépatites virales pour la prise en charge.

Par rapport à **la prise en charge des enfants, le PSNI prévoit :**

- **Stratégie 1 :** Renforcement de l'intégration de la prise en charge pédiatrique dans toutes les structures de prise en charge VIH ;
- **Stratégie 2 :** Promotion et extension de l'offre de soins différenciés aux enfants de plus de 2 ans ;

- **Stratégie 3 :** Assurer la disponibilité des ARV pédiatriques sans rupture

Le maintien et **la rétention des personnes vivant avec le VIH dans le système de soins** se fera à travers le renforcement du PNAPS :

- **Stratégie 1 :** Renforcement de l'éducation thérapeutique du patient avec la participation des acteurs communautaires tant en milieu clinique que communautaire ;
- **Stratégie 2 :** Soutien à tous les patients selon leurs besoins (psychologique, éducation nutritionnelle, éducation thérapeutique, socio-professionnelle, autonomisation, etc.) ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement du statut et rôle des médiateurs thérapeutiques et sociaux ;
- **Stratégie 4 :** Généralisation/Amélioration de l'application de gestion des rendez-vous ;
- **Stratégie 5 :** Renforcement des capacités des jeunes et adolescents dans la gestion de la séropositivité et à l'adhérence/rétention au traitement dans les sites à grande fil active ;
- **Stratégie 6 :** Renforcement du soutien et de l'appui psychologique et social pour les usagers de drogue.

En 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH traités ont une charge virale supprimée grâce au continuum de soins selon des approches différenciées avec la contribution active des associations et du secteur privé.

Enfin, pour **assurer le suivi virologique,** les stratégies suivantes seront mises en œuvre :

- **Stratégie 1 :** Optimisation des équipements existants pour de la mesure de la charge virale chez les PVVIH sous ARV (GeneXperts) ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement de l'assurance qualité des services et des données de la CV (VIH/HV) ;
- **Stratégie 3 :** Amélioration de la demande de la CV et du diagnostic précoce des autres pathologies ;
- **Stratégie 4 :** Renforcement de la capacité des laboratoires VIH/HV.

90% des personnes vivant avec le VIH ayant une coinfection TB / VIH et infections opportunistes sont traités selon les directives nationales

La prévention et le traitement de **la Coinfection TB/VIH** se fera en mettant en œuvre les stratégies suivantes :

- **Stratégie 1 :** Renforcement des mécanismes de collaboration entre le PNLAT et le PNLS au niveau déconcentré ;

- **Stratégie 2 :** Renforcement de la recherche active, de la prévention et de la prise en charge de la TB dans les centres de prise en charge VIH.

D'ici 2030, 70% des personnes présentant des hépatites virales B et C bénéficient d'un diagnostic et d'une prise en charge selon les directives nationales.

Les objectifs d'élimination des hépatites B et C se déclinent à travers plusieurs stratégies.

Pour **le dépistage et diagnostic des Hépatites,** les stratégies suivantes sont proposées :

- **Stratégie 1 :** Renforcement de la communication et de la mobilisation communautaire sur la problématique des hépatites virales ;
- **Stratégie 2 :** Intégration/Renforcement du diagnostic des hépatites virales à tous les niveaux.

Et pour renforcer la **prise en charge des personnes atteintes d'Hépatites B et C :**

- **Stratégie 1 :** Négociation des coûts des Antiviraux à Action Directe génériques pour les rendre plus accessibles aux patients ;
- **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des prestataires au niveau périphérique dans la perspective de la décentralisation de la prise en charge ;
- **Stratégie 3 :** Renforcement de l'implication du secteur privé.

D'ici 2030, 90% des femmes/filles séropositives et autres catégories de femmes vulnérables au VIH bénéficient d'une prise en charge de l'infection à HPV selon les directives nationales.

Pour assurer à 90% des femmes vivant avec le VIH présentant des lésions pré cancéreuses du col utérin, une **prise en charge** selon les directives nationales :

- **Stratégie 1 :** Intégration/Renforcement du diagnostic des lésions précancéreuses chez les personnes vivant avec le VIH au niveau des sites de prise en charge ;
- **Stratégie 2 :** Assurer les produits de santé nécessaires pour la prise en charge ;

Par ailleurs pour **prévenir le** HPV, le PSNI s'est défini comme objectif que 100 % des adolescentes de moins de 15 ans bénéficient du vaccin contre HPV selon les directives nationales :

- **Stratégie 1 :** Promouvoir l'offre de service de vaccination auprès des adolescents ;

Tableau 12 : *Cibles de couverture de prise en charge du VIH et HV*

Indicateurs	Base-line 2022	Cibles par année					
		2023	2024	2025	2026	2027	2030
Pourcentage de personnes dépistées positives prises en charge pour le VIH	78%	80%	85%	90%	95%	> 95%	> 95%
Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV	16031	16425	17840	19295	20790	21150	21500
Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV (Adultes)	15330	15612	17012	18452	19925	20278	20583
Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV (Enfants)	701	813	828	843	865	872	917
Pourcentage d'adultes et d'enfants sous traitement antirétroviral dont la charge virale a été supprimée au cours de la période de référence	93%	93%	94%	94%	95%	95%	95%
Nombre des centres référants de prise en charge du VIH	35	37	39	41	43	45	50
Nombre de patients traités par les AAD pour l'HVC	1000	5000	10500	10500	10.500	10.500	10.500
Nombre de patients traités pour l'HVB	6500	12100	17700	23300	28.900	30.000	40 000
Pourcentage de cas traités pour coinfection TB/VIH	89%	95%	99%	99%	99%	99%	99%

*8.4.3. **Résultat d'Effet Transversal 1** : D'ici 2030, les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les IST et les hépatites virales sont levés*

Résultat d'effet transversale 1 : D'ici 2030, les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les IST et les hépatites virales sont levés.

Résultats produits	Stratégies
Produit 1.1 : Moins de 10% des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, des personnes atteintes de tuberculose et des patients affectés par les hépatites virales sont victimes de discrimination et de stigmatisation	**Stratégie 1 :** Sensibilisation des partenaires sociaux en matière de lutte contre la discrimination et les inégalités sensibles au genre en milieu institutionnel **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des individus et des communautés par la connaissance de leurs droits et pour l'adoption d'attitudes non-discriminatoires en matière du VIH, TB et HV
Produit 1.2 : les droits des personnes vivant avec le VIH, TB et hépatites virales sont protégés en milieu institutionnel	**Stratégie 1 :** Les autorités et agents d'application de la loi sont sensibilisés sur les droits humains et le VIH, TB et HVC **Stratégie 2 :** Amélioration de l'environnement légal et règlementaire en lien avec le VIH et autres maladies
Produit 1.3 Les inégalités liées au genre dans toute leur diversité pour l'accès des populations affectées, des populations clés et des groupes vulnérables, aux services de santé sont réduites d'ici 2030	**Stratégie 1 :** Réduction des situations d'inégalités liées au genre et violences sexistes **Stratégie 2 :** Réduction des coûts catastrophiques liées à la tuberculose/VIH/Hépatites virales
Produit 1.4 : La stratégie intégrée pour éliminer les stigmatisations, les discriminations et les inégalités au VIH, TB et Hépatites virales dans toute leur diversité est soutenue par une gouvernance inclusive, bien coordonnée, réactive et durable.	**Stratégie 1:** Renforcement des mécanismes de coordination et de suivi de la stratégie **Stratégie 2:** Déclinaison des interventions phares de la stratégie Droits Humains et VIH, TB, hépatites virales au niveau des régions **Stratégie 3:** Communication autour de la stratégie Droits Humains

L'atteinte de ce résultat d'effet transversal s'articule parfaitement avec l'approche intégrée développée dans le cadre du présent PSNI et s'inscrit dans le cadre de la nouvelle stratégie sur les droits humains et VIH/TB/hépatites virales. Il traduit la volonté d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et leurs familles par la création d'un environnement favorable, par la levée des obstacles qui entravent l'accès aux services de prévention et de soins. Tous les acteurs de la réponse intégrée sont mis à contribution pour réduire les comportements de

discrimination et de stigmatisation qui entravent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés pour se maintenir dans une dynamique de prévention et de soins.

Il est attendu que moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, des personnes atteintes de tuberculose ou par les hépatites virales soient victimes de discrimination et de stigmatisation d'ici à 2030. Les stratégies de mobilisation des partenaires sociaux en matière de lutte contre la discrimination et les inégalités sensible au genre seront déployées dans les milieux de soins et les milieux institutionnels pour réduire les inégalités. Il s'agit de développer des interventions de plaidoyer, de formation auprès des décideurs des juristes et des hommes de lois, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination. Grâce au renforcement des capacités des intervenants des prestataires de santé sur les droits des personnes vivant avec le VIH/TB/HV et autres populations vulnérables, le respect des droits humains est assuré. L'accompagnement des personnes sera réalisé dans le cadre des actions de protection juridique des droits des personnes vivant avec le VIH/TB/HV et des groupes vulnérables.

L'information sur les droits aux soins des personnes vivant avec le VIH/TB/HV, des populations clés et autres populations vulnérables sera développée afin de permettre à chacun de se protéger contre les discriminations et la stigmatisation. Un système de veille et un observatoire des dysfonctionnements sera mis en place pour faciliter l'accès aux mécanismes de recours nationaux.

Il s'agit de favoriser l'émergence d'un environnement social et juridique protecteur vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et des autres populations vulnérables ou affectées par les maladies, en milieu de soins comme ailleurs dans la société. Il s'agit également de permettre aux personnes vivant avec le VIH et populations clés de bénéficier d'un soutien juridique dans le cadre du respect de leurs droits humains. Les efforts pour aligner les politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre réduira l'impact du VIH et autres affections parmi les femmes et les jeunes-filles, à travers des programmes de prévention et de prise en charge du VIH, TB et hépatites virales prenant en compte la notion de l'équité et du genre.

*8.4.4. **Résultat d'effet transversal 2 :** La coordination nationale et le partenariat avec les organisations de la société civile, les secteurs gouvernementaux et le secteur privé sont efficients dans le contexte de la refonte du système de santé et la généralisation de la Couverture Médicale Universelle*

Résultat d'effet transversal 2 : La coordination nationale et le partenariat avec les organisations de la société civile, les secteurs gouvernementaux et le secteur privé sont efficients dans le contexte de la refonte du Système de Santé et la généralisation de la Couverture Médicale Universelle.	
Résultats produits	**Stratégies**
Produit 2.1 : La coordination multisectorielle de la riposte nationale au VIH/HV/IST à tous les niveaux est renforcée	**Stratégie 1:** Renforcement du cadre de coordination multisectorielle entre le secteur public, le secteur privé et le secteur communautaire **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des organes de gestion de la réponse nationale au VIH /HV/IST **Stratégie 3:** Renforcement de la collaboration et la coordination entre les pôles médicaux et communautaires dans les centres d'addictions **Stratégie 4:** Renforcement de l'approche «Villes Sans Sida»
Produit 2.2 : Le cadre de partenariat entre les OSC et les institutions publiques est mis en place	**Stratégie 1 :** Renforcement des capacités organisationnelles et managériales du PNLS, des réseaux de personnes vivant avec le VIH, hépatites virales et autres organisations de la société civile **Stratégie 2 :** Renforcement du lien entre les structures communautaires et structures de santé dans le cadre de la mise en œuvre du PMS (comités locaux de partenariat) **Stratégie 3:** Renforcement de la mobilisation des communautés en faveur de la réponse au VIH/ hépatites virales /IST par la contractualisation **Stratégie 4 :** L'observatoire communautaire de la réponse au VIH/sida (incluant le respect des droits humains) est fonctionnel

Produit 2.3 : La contribution de l'État, du secteur privé, des collectivités territoriales et villes, au financement de la lutte le VIH/HV/IST est sécurisée	**Stratégie 1 :** Plaidoyer pour un financement durable tout en veillant à la contribution de l'ensemble des acteurs à la réponse au VIH/HV/IST **Stratégie 2 :** Analyse des dépenses liées à la prise en charge du VIH/hépatites virales /IST à travers les comptes de la santé actualisés **Stratégie 3:** Plaidoyer pour l'augmentation continue et durable de la contribution des partenaires bilatéraux et multilatéraux **Stratégie 4 :** Négociations pour assurer que les produits de santé relatifs au diagnostic et au traitement du VIH, hépatites virales et IST sont pris en charge dans le dispositif de l'AMO
Produit 2.4 : D'ici 2030, 100% des médicaments et produits de santé respectant les normes de qualité sont disponibles à tous les niveaux	**Stratégie 1 :** Optimisation de L'utilisation des fonds pour l'achat des médicaments et des produits de santé du programme VIH/HV/IST de 2024 à 2030 **Stratégie 2 :** Amélioration du cycle de gestion des médicaments et des produits de santé **Stratégie 3 :** Amélioration de la coordination de la gestion des produits et approvisionnement au niveau central et déconcentré **Stratégie 4 :** Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement en gestion des achats et stocks à tous les niveaux **Stratégie 5 :** Renforcement de la règlementation pour la disponibilité des médicaments et le bon usage (Amélioration de l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des médicaments et les produits de santé) **Stratégie 6 :** Renforcement du plateau technique au niveau du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) à tous les niveaux, contrôle de la qualité au niveau de toute la chaine d'approvisionnement, et la qualité des médicaments et les produits de santé **Stratégie 7 :** Renforcement des capacités de distribution en médicaments et produits de santé de qualité, pour la prise en charge du VIH/HV/IST dans les délais et en bonne quantité au niveau national et décentralisé
Produit 2.5 : Le système de suivi et d'évaluation est renforcé pour produire des données de qualité à tous les niveaux	**Stratégie 1 :** Amélioration et renforcement du Système d'Information **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de SE **Stratégie 3 :** Disponibilité permanente des outils (papier et électronique) de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, de laboratoire et logistiques) **Stratégie 4 :** Renforcement du leadership régional et local pour la planification et la supervision dans le cadre des GST

Produit 2.6 : L'information stratégique sur la riposte nationale au VIH/sida et IST/ hépatites virales est disponible, analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux pour la prise de décision	**Stratégie 1 :** Renforcement de la surveillance épidémiologique du VIH/hépatites virales /IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire **Stratégie 2 :** Réalisation des enquêtes, recherche et études sur le VIH/sida et les IST/hépatites virales (actualisation des études bio-comportementales sur les populations clés, cartographies et estimations de la taille des populations clés,...) **Stratégie 3 :** Surveillance de la résistance et la toxicité aux ARV / Traitements des hépatites virales selon les recommandations de l'OMS ainsi que la résistance aux antimicrobiens **Stratégie 4 :** Renforcement de la rétro-information et du cadre de diffusion de l'information stratégique
Produit 2.7 : Des mesures de préparation aux Pandémies sont élaborées et mises en place	**Stratégie 1 :** Développement de la sensibilisation/ communication autour des risques liés aux pandémies pour les populations à risques

Dans le contexte du PSNI 2024-2030, la nouvelle approche intégrée prend une importance stratégique particulière. L'atteinte de ce résultat impose de renforcer la gouvernance et la coordination de la réponse aux maladies pour en assurer l'accélération, l'efficience, la redevabilité et la durabilité. Il s'agit de mener une réflexion stratégique sur la gestion collective des maladies, tout en poursuivant l'apport technique de chaque programme (VIH/IST, TB, hépatites virales).

Les efforts porteront sur le renforcement de la coordination multisectorielle et du leadership de la réponse aux niveaux central, décentralisé et sectoriel notamment le cadre de coordination et de partenariat entre le secteur public, le secteur privé et communautaire ainsi que le renforcement des organes de gestion de la réponse nationale au VIH/hépatites virales/IST.

Le leadership communautaire, l'innovation et la recherche constituent une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse, à travers un appui au mécanisme de surveillance communautaire de la réponse, le renforcement de la coordination et de la gouvernance du système communautaire, des partenariats transformateurs avec le secteur public, les collectivités territoriales et les villes, afin qu'à terme leur financement soit assuré essentiellement par des fonds domestiques dans le cadre de contrats sociaux.

Le cadre de partenariat entre les OSC et les institutions publiques sera mis en place à travers des stratégies telles que le plaidoyer pour un financement durable, tout en veillant à la contribution de l'ensemble des acteurs (État, secteur privé, collectivités territoriales, partenaires de développement) à la réponse au VIH/ hépatites virales/IST, le renforcement du lien entre les structures communautaires et les structures de santé dans le cadre de la mise en œuvre du paquet essentiel de services (comités locaux de partenariat).

Dans le cadre du plan de préparation à la transition du Fonds mondial, des mesures seront prises pour augmenter la part des ressources domestiques dans le financement du PSNI et pour que toutes les ressources mobilisées soient mises en œuvre de façon efficiente pour atteindre les résultats planifiés. Dans le cadre de la généralisation de la CMU, les efforts porteront sur l'intégration des dépenses liées à la prise en charge et au traitement du VIH/hépatites virales/IST dans le système d'assurance maladie obligatoire.

Le système de suivi et d'évaluation sera renforcé pour produire des données de qualité à tous les niveaux à travers des stratégies d'amélioration du système d'information, le renforcement des capacités des ressources humaines en matière de suivi et évaluation (qualité et quantité), l'amélioration et l'interopérabilité des outils électroniques de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, de laboratoire et logistiques) et le renforcement du leadership régional et local pour la planification et la supervision dans le cadre des GST.

Les efforts porteront également sur la production régulière d'une information stratégique de qualité sur le VIH, les IST et les hépatites virales et son utilisation pour la prise de décision. Les stratégies qui seront mises en œuvre sont le renforcement de la surveillance épidémiologique du VIH, des hépatites virales et des IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la surveillance de la résistance et la toxicité aux ARV / traitements des hépatites virales selon les recommandations de l'OMS ainsi que la résistance des IST aux antimicrobiens.

Des enquêtes, recherches et études sur le VIH/sida et les IST/hépatites virales seront organisées régulièrement (études bio-comportementales sur les populations clés, cartographies et estimations des tailles des populations clés, coûts des services et des prestations, etc.). Les efforts porteront également sur l'amélioration de la rétro-information et du cadre de diffusion de l'information stratégique. Afin d'assurer la disponibilité à tous les niveaux des médicaments et produits de santé respectant les normes de qualité, les efforts porteront sur l'amélioration du cycle de gestion des médicaments et des produits de santé, la coordination de la gestion des produits et de l'approvisionnement au niveau central et déconcentré, le renforcement de la règlementation pour la disponibilité des médicaments et le bon usage (accessibilité, disponibilité et qualité) à tous les niveaux ainsi que le contrôle qualité au niveau de toute la chaine d'approvisionnement. La chaîne d'approvisionnement sera renforcée pour rendre disponible tous les intrants biomédicaux (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.) de qualité, dans les délais impartis et aux meilleurs prix.

9. Mise en œuvre du PSNI

9.1. Optimisation de la mise en œuvre pour l'atteinte des résultats, prenant en compte les facteurs de risque

9.1.1. Cadre institutionnel et organisationnel

Le PSNI de lutte contre le VIH/sida, les hépatites virales et les IST pour la période 2024-2030 est la référence pour tous les programmes qui seront mis en œuvre dans le cadre de la riposte aux maladies ciblées. Toutes les parties prenantes prendront leur part de responsabilité dans l'atteinte des résultats ce qui exige un haut niveau de coordination, de programmation, de redevabilité et de suivi évaluation, ainsi que le renforcement de la synergie d'actions entre le secteur public, privé et société civile.

9.1.2. Coordination

La coordination du PSNI vise à orienter les politiques publiques de lutte contre ces maladies.

Les Comités Régionaux Intesectoriels pour la Lutte contre le Sida (CRILS) qui mobilisent les différents acteurs locaux pour la préparation et la mise en œuvre de plans d'actions au niveau régional seront redynamisés, avec des contrats d'objectifs qui permettront de planifier et suivre les réalisations au niveau régional et local. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la coordination nationale, régionale et locale seront revisitées dans le cadre du plan opérationnel.

9.1.3. Modalités de mise en œuvre

Le PSNI 2024-2030 sera mis en œuvre à travers un plan opérationnel et décliné en plans d'action régionaux annuels multisectoriels. Ces plans annuels apporteront plus de précisions sur la priorisation des actions, le ciblage des interventions, la couverture géographique, et la budgétisation. Ils seront déclinés en plans provinciaux, adaptés aux contextes locaux et mis en œuvre avec l'implication des parties prenantes.

Le MSPS, à travers la DELM et le PNLS/PNLHV, est responsable de la mise en œuvre de la riposte au VIH, aux hépatites virales et les IST. Le renforcement du système de santé permettra l'intégration progressive des activités de conseil et dépistage, de diagnostic, de prise en charge du VIH et d'appui, dans le cadre du paquet essentiel de services des structures de santé, selon la filière des soins. Il assure la surveillance épidémiologique pour suivre les tendances de l'épidémie et l'incidence du VIH et autres maladies ciblées, parmi les populations clés et vulnérables.

Les départements ministériels et institutions de l'État, en plus de leurs missions traditionnelles de service public, à travers leurs points focaux respectifs,

conduiront des interventions de lutte contre les maladies en direction de leurs personnels, leurs usagers et leurs ayants droit. Le but est de rechercher une synergie d'actions pour que les personnes vivant avec le VIH et autres populations vulnérables bénéficient des prestations sociales et de droit commun existant (assurance sociale, couverture maladie, droits sociaux, allocation d'aide aux personnes socialement vulnérables, etc.)

Les OSC assurent un rôle essentiel dans la riposte notamment par le biais des programmes de prévention de proximité et de prévention combinée parmi les populations clés, de conseil et dépistage et d'appui psychosocial aux personnes vivant avec le VIH. La participation de la société civile à la riposte sera renforcée et un partenariat institué sur la base d'un modèle de prestation de services avec le renforcement des capacités d'intervention et de gestion.

Les mairies des grandes villes signataires de la Déclaration de Paris (Casablanca, Marrakech Rabat, Fès, Essaouira), les autres villes ainsi que les Conseils Régionaux apporteront leur appui aux services intégrés dans le cadre de leurs plans de développement, notamment aux OSC pour contribuer à l'atteinte des résultats nationaux.

Le Comité de Coordination Maroc (CCM) qui est le mécanisme national multisectoriel de mobilisation des financements du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM) est en charge de coordonner l'élaboration de la requête de financement du pays, à chaque cycle de financement du FM, selon les priorités et les besoins nationaux établis dans le PSNI et d'assurer le suivi stratégique de sa mise en œuvre une fois cette proposition approuvée par le FM.

Pour faciliter la coordination nationale et le suivi de la traçabilité des interventions, les partenaires au développement, en particulier les agences des Nations Unies, soutiendront les efforts à travers un appui technique et financier des acteurs des secteurs publics, privés et de la société civile en conformité avec le PSNI. Le « Forum des partenaires » pourrait devenir un espace de dialogue et de concertation ayant pour mission de favoriser la coordination des actions et des appuis et l'assistance technique de l'ensemble des partenaires en réponse aux maladies ciblées.

9.2. Plans Stratégiques Régionaux pour la lutte contre le VIH, Hépatites Virales et IST 2024-2030

Les exigences accrues des citoyens et les contraintes budgétaires ont poussé le Maroc à l'instar des pays du monde d'entamer un vaste chantier de réforme budgétaire. La réforme de la Loi organique des Finances a tracé comme trois objectifs majeurs : une qualité des services rendus, une reddition des comptes et en dernier lieu une optimisation des ressources et des moyens. L'atteinte de ces trois objectifs passe par la transformation de la manière de pilotage du budget

d'une logique de moyens à une logique de résultats. D'où, la mise en œuvre, d'une nouvelle approche managériale qui s'intitule « la gestion axée sur les résultats ou sur la performance».

La mise en œuvre de cette approche managériale a pour ambition de veiller à l'efficacité de la dépense publique à travers l'adoption d'un certain nombre de mesures dont notamment le renforcement de la programmation budgétaire tri annuelle et de la déconcentration budgétaire, la simplification des procédures de la dépense publique.

Le suivi de la performance est un moyen global de renseignement, de collecte, d'analyse et de restitution des indicateurs de performance visant à apprécier la mise en œuvre des objectifs de performance. Le suivi de performance associe l'ensemble des acteurs et contributeurs tout au long du processus de production et d'analyse.

C'est dans ce sens que le Projet de Performance contractualisé DELM et les 12 Directions Régionales de la Santé (DRS), dans le cadre du programme budgétaire 703, représente une opportunité pour apprécier la mise en œuvre des objectifs de performance en lien avec les programmes de santé publiques prioritaires.

La lutte contre le VIH, IST et hépatites virales représente une priorité nationale d'intervention c'est pour cela qu'une attention particulière a été accordée à la lutte contre ces trois affections. Aussi a-t-il été nécessaire que les 12 DRS s'alignent aux objectifs nationaux de lutte contre le VIH, IST et hépatites virales et préparent leurs propres plans stratégiques régionaux (PSR) et identifient les interventions et mesures à mettre en place tenant compte des spécificités de chaque région afin de converger vers l'objectif national d'élimination.

9.2.1. Processus de préparation des PSR

Le processus de Préparation des PSRs piloté par le PNLS a été lancé à l'occasion d'un atelier national de réflexion impliquant les points focaux régionaux VIH, IST et hépatites virales émanant des 12 DRS. Les objectifs régionaux, les cibles d'intervention, les mesures et les activités à mettre en place ont été déclinées et arrêtées. Par la suite, un processus de concertation intrarégionale impliquant les points focaux provinciaux et les décideurs hiérarchiques (Délégués médicaux, santé publique, Directeurs régionaux de Santé et de la Protection Sociale) et les parties prenantes a été mené au sein de chaque région pour concertation et finalisation des PSR (atelier, réunions, visites sur site...). La validation des PSR a été menée dans chaque région en présence des Directeurs des 12 DRS.

9.2.2. Architecture globale des PSR

Les 12 PSRs ont pour vision celle d'une région sans sida, sans hépatites virales et sans IST d'ici 2030 avec l'implication et la mobilisation active de tous les acteurs concernés. La monographie de chaque région est rappelée, la situation épidémiologique du VIH, IST et hépatites virales est arrêtée pour l'année 2022.

Les résultats attendus sont les suivants :

- D'ici 2030, les nouvelles infections sont réduites d'au moins 90% pour le VIH, d'au moins 60% pour les hépatites virales et d'au moins 90% pour les IST ;
- D'ici 2030, la mortalité est réduite d'au moins 90% pour le VIH et d'au moins 65% pour les hépatites virales ;
- D'ici 2030, les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les hépatites virales et les IST sont levés ;
- D'ici 2030, la coordination régionale et le partenariat, avec les organisations de la société civile, institutionnelles et le secteur privé sont efficients dans le contexte de la refonte du système de santé et de la généralisation de la CMU.

Le PSR 2024-2030 comporte pour chaque région, les principales activités par domaine d'intervention, un échéancier de mise en œuvre, les responsables de mise en œuvre et le budget prévisionnel.

10. Suivi et évaluation du PSNI

Le système national de S&E de la riposte aux maladies doit prendre en compte les données qui concernent le VIH/sida, les hépatites virales et les IST dans le cadre de la réponse intégrée. Il est construit autour d'un ensemble d'éléments en interaction dynamique et comprend des processus de planification, de collecte des données et de synthèse de l'information. Il contribue de manière utile à la prise de décision et à la capitalisation en matière de riposte.

Il est conçu sous forme pyramidale, structuré en niveaux pour la collecte, le traitement et la transmission des données. Chaque niveau contribue à développer, au-delà du suivi, une culture de transparence, d'apprentissage et de responsabilisation. Le fonctionnement optimal du système national de S&E suppose que le rôle et les responsabilités des différents acteurs intervenant dans le dispositif soient clairement définis.

10.1. Niveau opérationnel

Le niveau opérationnel, ou premier niveau, se caractérise par son rôle principal qui est de développer, réaliser et documenter les différentes activités et services pour les bénéficiaires. Il est constitué des structures suivantes :

- Les établissements de soins de santé primaires (ESSP) qui offrent des prestations intégrées ;
- Les structures d'appui des ESSP (Centres de diagnostic des maladies respiratoires, centre de référence de la santé reproductive, laboratoires) ;
- Les hôpitaux régionaux et provinciaux et les CHU ;
- Les structures d'appui du réseau hospitalier (Laboratoires de l'Institut National d'Hygiène, Centre national et centres régionaux de transfusion sanguine et d'hématologie) ;

- Le réseau des établissements médico-sociaux (centres d'addictologie, centres médico-universitaires) ;
- Les sections des ONG et associations du secteur privé qui offrent des prestations intégrées ;
- Les établissements pénitentiaires.

Le recueil des données programmatiques, et de toute autre information pertinente, est réalisé par le prestataire ou fournisseur du service. Les responsabilités du niveau opérationnel sont :

- Transmission des fiches de suivi aux structures chargées de la collecte ;
- Vérification et traitement des données relatives au VIH, aux hépatites virales et aux IST ;
- Saisie des données dans les applications informatiques mises en place (DHIS2, SREC, Nadis, ODE etc.) ;
- Information aux responsables du niveau provincial de chaque cas dépisté positif pour les maladies concernées par ce plan ;
- Analyse des données à partir d'un tableau de bord de suivi regroupant les principaux indicateurs concernant les prestations des services ;
- Élaboration des rapports de suivi ;
- Transmission des rapports de suivi.

10.2. Niveau déconcentré

Il se compose de la Délégation provinciale/préfectorale et la DRS. La Délégation provinciale consolide les informations de l'ensemble des structures opérationnelles de la province, et les communiques à la DRS. Au niveau régional, la centralisation des informations est assurée par les Services de Santé Publique qui communiquent régulièrement les rapports et les données de surveillance et des programmes au PNLS. Dans le cadre de la décentralisation de la riposte nationale au VIH, les DRS travaillent en étroite collaboration avec les services des ministères et les ONG qui participent à la réponse dans la région.

Les responsabilités du niveau déconcentré sont :

- Coordonner toutes les activités de supervision et de suivi de la mise en œuvre des activités réalisées au niveau provincial/régional ;
- Connaître et identifier tous les points de prestation de service liés au VIH/sida, aux hépatites virales et aux IST;
- Définir avec les responsables, les modalités de collecte des données, leur fréquence, les délais et les supports de collecte ;
- Veiller à la collecte régulière et exhaustive des données au niveau des structures sanitaires de la délégation et de la région sanitaire ;

- Vérifier l'intégrité et la cohérence des données produites par les différents intervenants dans la région sanitaire ;
- Veiller à la régularité de la saisie des données mensuelles recueillies ;
- Aider à l'analyse primaire des données au niveau régional et assurer la diffusion et le partage de toutes les informations utiles avec les partenaires ;
- Veiller à la disponibilité permanente des outils de collecte des données ;
- Collecter les données primaires y compris les données communautaires et les intégrer dans la base de données ;
- Centraliser les rapports des acteurs opérationnels et vérifier et nettoyer les données ;
- Analyser l'ensemble des données et rendre compte aux structures opérationnelles et suivre l'évolution des indicateurs à partir du tableau de bord provincial/ régional ;
- Transmettre le rapport régional au PNLS et aux acteurs et intervenants.

Les partenaires nationaux (secteurs et ONG) désignent un "point focal" pour se charger des activités de S&E et communiquer avec le PNLS. Pour les grandes ONG, une personne est désignée pour assurer la fonction de S&E à plein temps, pour les autres ce sont les chargés de programmes qui assurent cette fonction. Leurs responsabilités sont de :

- Collecter et synthétiser les données issues des activités de leurs sections, et intervenant-e-s ;
- Assurer la supervision technique et formative des intervenants ;
- Définir avec les responsables de sites d'intervention les modalités de collecte des données, leur fréquence, les délais et les supports de collecte ;
- Assurer la disponibilité des outils de collecte au niveau de tous les sites ;
- Collecter les données primaires concernant le VIH, les hépatites virales et la IST ;
- Vérifier et nettoyer les données avec les responsables des sites ;
- Agréger les rapports des acteurs opérationnels ;
- Élaborer les rapports et les transmettre au PNLS et aux autres programmes la compilation.

10.3. Niveau central

Au niveau central, la DELM a la responsabilité de la collecte, de l'analyse et de la diffusion de l'information et des données statistiques de toutes les activités menées dans le domaine du VIH/sida, hépatites virales et IST. Actuellement le PNLS est chargé du développement et de la gestion du système global de S&E en collaboration avec les programmes nationaux, structures décentralisées de coordination et les autres acteurs clés. Il assure la mise en œuvre du système de

S&E, de l'exploitation des données et de l'élaboration des rapports périodiques ainsi que des rapports destinés aux organisations internationales et aux bailleurs de fonds.

Le bureau ONUSIDA/Maroc apporte un appui et soutien au PNLS dans les activités de S&E. L'Unité de Gestion du Fonds mondial contribue pour sa part dans les activités de collecte auprès des partenaires sous-bénéficiaires des subventions FM, de la supervision, et dans la production des rapports.

Leurs responsabilités sont de :

- Assurer la coordination de la mise en œuvre du système national de S&E ;
- Valider et mettre à jour régulièrement le guide S&E ;
- Assurer le développement et la mise à jour régulière d'un système d'information informatisé intégrant toutes les données d'IST/VIH/sida au niveau national, régional et local ;
- Appuyer la planification des activités de S&E au niveau national, régional et local ;
- Mesurer sur une base trimestrielle l'atteinte des objectifs du programme et veiller à ce que chaque acteur puisse démontrer des résultats sur la base des indicateurs retenus lors de la planification ;
- Coordonner les études nationales IBBS, Stigma-Index etc. ;
- Veiller à la tenue régulière de revues/évaluations/audits des données ;
- Centraliser et exploiter les bases de données de suivi des programmes et valider les données avec les partenaires ;
- Préparer et élaborer les rapports annuels du programme ;
- Éditer les tableaux de bord pour le suivi semestriel, les analyser et les partager avec les différentes parties prenantes ;
- Assurer le plaidoyer pour la mobilisation, la promotion et la mise en œuvre du système national de S&E ;
- Développer les capacités des acteurs en S&E ;
- Appuyer la saisie des rapports de suivi des activités du niveau central ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions ou des projets relevant du domaine de compétence de l'unité concernée ;
- Participer aux supervisions sur le terrain ;
- Analyser les rapports d'activités des acteurs et faire de la rétro-information aux différentes parties prenantes ;
- Élaborer les rapports synthétiques semestriels/annuels et les partager ;
- Élaborer le rapport national sida.

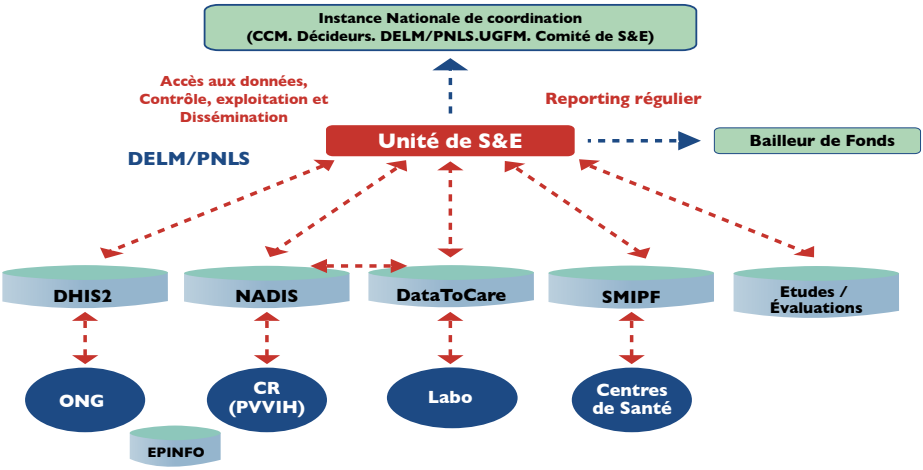

Figure 12 : Systèmes et circuit de collecte des données dans le cadre du PSNI

11. Financement du PSNI

Dans le cadre du plan de préparation à la transition, une stratégie nationale de mobilisation des ressources sera mise en œuvre. L'analyse de l'environnement des ressources nationales et locales montre qu'il existe des opportunités pour un financement durable de la riposte nationale aux trois maladies ciblées dans ce plan.

Dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle demande de financement au Fonds mondial, le Maroc a établi une analyse du paysage financier qui constitue une cartographie des ressources mobilisées au niveau national et international. La cartographie des financements se fonde sur la transparence des financements mobilisés tant à l'échelle nationale qu'internationale. A travers le rapportage annuel, un récapitulatif des financements effectivement mobilisés et décaissés est nécessaire tout en indiquant les domaines programmatiques financés et les résultats obtenus.

Les stratégies de mobilisation de ressources visent :

- L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables de l'État à travers le budget national ;
- L'implication des collectivités locales, l'INDH dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques et l'approche « Villes Sans Sida » déjà signée par plusieurs mairies du Maroc ;
- L'élaboration des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et affectation des financements propres dans leur budget
- Le développement d'une politique de partenariat public-privé ;
- La contribution des caisses d'assurance-maladie pour la prévention et la prise en charge.

- Les financements innovants, reposant notamment sur des contributions et taxes sur les activités à large assiette.
- Le co-investissement pour le maintien du financement des partenaires extérieurs notamment le Fonds mondial.
- Le plaidoyer pour l'augmentation des financements domestiques pour des investissements.

Le budget du PSNI 2024-2030, s'élève pour les 3 premières années à près de 600 millions de Dirhams Marocain. Ces estimations se basent sur une modélisation prenant en compte les résultats (effets et produits) du PSN qui ont permis de quantifier annuellement les cibles et les coûts unitaires réactualisés sur la base des dernières informations disponibles.

Tableau 13 : ***Répartition du budget par résultat et par année***

Résultats	2024	2025	2026	Total
Résultat d'Impact 1 : D'ici 2030, les nouvelles infections sont réduites d'au moins 90% pour le VIH, d'au moins 60% pour les hépatites virales et d'au moins 90% pour les IST	61 782 613,96	78 830 364,18	81 112 040,35	221 725 018,5
Résultat d'Impact 2 : D'ici 2030, la mortalité est réduite d'au moins 90% pour le VIH et d'au moins 65% pour les hépatites virales	82 955 517,29	80 866 197,21	80 130 434,46	243 952 149
Résultat d'effet transversale 1 : D'ici 2030, les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les IST et les hépatites virales sont levés	3 834 315,31	3 176 250	2 399 250	9 409 815,31
Résultat d'effet transversal 2 : La coordination nationale et le partenariat avec les organisations de la société civile, les secteurs gouvernementaux et le secteur privé sont efficients dans le contexte de la refonte du Système de Santé et la généralisation de la Couverture Médicale Universelle	26 757 594,97	73 293 921,56	22 885 188,52	122 936 705,1
Total Général	**175 330 041,5**	**236 166 733**	**186 526 913**	**598 023 688**

12. Cadres de Performance

12.1 Cadre de Performance du PSNI

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Impact 1: D'ici 2030, les nouvelles infections sont réduites d'au moins 90% pour le VIH, d'au moins 60 % pour les hépatites virales et d'au moins 90% pour les IST										
Réduction des nouvelles infections au VIH	Données Spectrum 2022	-	10%	20%	30%	40%	-	-	-	90%
Nouvelles infections VIH		800	720	640	560	480	-	-	-	<100
Nombre de nouvelles infections au VIH pendant la période de référence par population de 1000 personnes non infectées		0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Prévalence du VIH parmi les Populations clés	PS : (2022)	2,35%	-	-	-	<2%	-	-	-	<1,5%
	HSH: (2020)	4,1%	-	-	-	<4%	-	-	-	<4%
	Détenus	0,16%	-	-	-	<0,2%	-	-	-	<0,2%
	PID : (2017)	7%	-	-	-	<7%	-	-	-	<7%
	Migrants : (2022)	4,6%	-	-	-	< 4,6%	-	-	-	< 4,6%
Prévalence Ag Hbs chez les enfants < 5 ans	Modélisation (2021)	<0,1%	<0,1%	<0,1%	<0,1%	<0,1%	<0,1%	<0,1%	<0,1%	<0,1%

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Prévalence de la syphilis chez la FE	Année 2021	1%	-	-	-	< 1%	-	-	-	< 1%
Taux de syphilis congénitale pour 100000 NV	Année 2021	12	< =50	< =50	< =50	< =50	< =50	< =50	< =50	< =50
Prévalence de la Syphilis active chez les populations clés (Études IBBS)	PS : (2022)	3,70%	-	-	-	<5%	-	-	-	<5%
	HSH : (2020)	6%	-	-	-	<5%	-	-	-	<5%
	Migrants : (2022)	2,20%	-	-	-	<5%	-	-	-	<5%
Effet 1.1: D'ici 2030, 95% des populations clés exposées aux risques d'infection par le VIH, les Hépatites (B et C) et les IST utilisent les services essentiels de prévention combinée										
Pourcentage de personnes au sein d'une population clé ayant eu accès aux programmes de prévention (Études IBBS)	PS (2022)	34%	-	-	60%	-	-	85%	-	95%
	HSH (2020)	57%	-	70%	-	80%		90%	-	95%
	PID (2017)	45%	50%	-	70%	-	-	85%	-	95%
	Migrants (2022)	54%	-	-	75%	-	-	90%	-	-

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Pourcentage de personnes au sein d'une population clé ayant bénéficié de programme de prévention (Données Programmatiques)	PS :	64,64%	66%	69%	73%	78%	80%	90%	95%	95%
	HSH:	51,09%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	95%	95%
	PID :	84%	90%	95%	95%	100%	100%	100%	100%	100%
	Migrants :	79%	80%	80%	80%	85%	90%	95%	95%	95%
	Détenus :	31%	40%	45%	50%	60%	80%	85%	90%	95%
Estimation des tailles des populations clés	PS	73000	73730	74467	75212	75964	76724	77491	78266	79049
	HSH	46000	46460	46925	47394	47868	48346	48830	49318	49811
Nombre de personnes au sein d'une population clé ayant bénéficié de programme de prévention (Données programmatiques)	PS couvertes par les ONG	47186	48662	51382	54905	59252	61379	69742	74353	75096
	HSH couverts par les ONG	23501	25553	28155	30806	33507	38677	43947	46852	47321
	PID	1090	1170	1235	1235	1300	1300	1300	1300	1300
	Migrants	31500	32000	32000	32000	34000	36000	38000	38000	38000
Pourcentage des populations clés PS, HSH et PID, vaccinées contre l'Hépatite B)	-	ND	ND	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Pourcentage de PS, HSH, PID et Migrants qui indiquent avoir utilisé un préservatif (Études IBBS)	PS : (2022)	48%	-	-	60%	-	-	-	-	80%
	HSH: (2020)	62%	-	-	-	70%	-	-	-	80%
	Migrants : (2022)	89%	-	-	90%	-	-	-	-	90%
	PID: (2017)	45%	46%	-	48%	-	-	-	-	60%
	Transgenre	ND	-	-	-	50%	-	-	-	60%
Nombre de détenus ayant reçu au moins un des services de prévention	Détenus	30132	38880	43740	48600	58320	77760	82620	87480	92340
Nombre de personnes recevant une prophylaxie préexposition (PrEP)	Nombre PS sous PrEP forme orale	202	250	300	350	400	450	500	550	600
	Nombre PS sous PrEP forme Injectable	ND	-	-	100	200	300	400	500	600
	Nombre HSH sous PrEP forme orale	531	700	1000	1200	1600	1800	2000	2200	2400

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Nombre HSH sous PrEP forme Injectable	ND	-	-	800	1600	1900	2000	2200	2300
Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues	2022	83	120	150	180	200	200	200	200	200
Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	2017	86%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
PID sous TSO	PID/TSO:%	34%	40%	50%	55%	60%	70%	80%	85%	90%
	PID/TSO : Nb	437	520	650	715	780	910	1040	1105	1170
Pourcentage d'UDI recevant un traitement de substitution aux opioïdes depuis au moins 6 mois	2022	89%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Effet 1.2: La triple élimination de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant est validée dès l'année 2026 et maintenue jusqu'en 2030										
Nombre et pourcentage de femmes enceintes conseillées et testées pour le VIH et ayant reçu leur résultat	Naissance attendues	684 738	684.893	684.703	684.316	683.894	683.894	683.894	683.894	683.894
	% à tester	19%	40%	80%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
	National	127015	273.957	547.762	650.100	649.699	649.699	649.699	649.699	649.699
	MSPS	111 318	136.979	273.881	325.050	324.850	324.850	324.850	324.850	324.850
Pourcentage estimé de nouvelles infections au VIH chez les enfants nés de mères séropositives	Objectif <5%	10,5%	8,0%	6,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous pTME	Spectrum 2022	63%	65%	80%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
Nombre de FEVVIH qui ont reçu des ARV pour réduire le risque de TME	-	247	241	281	315	295	275	275	238	224

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Impact 2 : D'ici 2030, la mortalité est réduite d'au moins 90% pour le VIH et d'au moins 65% pour les hépatites virales										
Nb de décès liés au VIH	Spectrum	400	320	280	240	200	160	120	120	120
Ratio Incidence/ Prévalence	Spectrum	3,6 (2021)	-	-	-	< 3	-	-	-	< 3
Nombre de décés liés au sida/ 100 000 H	-	0,97	0,93	0,84	0,72	0,64	0,54	0,50	0,49	0,48
Nombre de décès liés aux Hépatites Virales	HVB (modélisation)	600	500	400	300	360	280	240	160	120
	HVC (modélisation)	600	500	400	300	360	280	240	160	120
Estimation du nombre de PVVIH	Spectrum	21500	21900	22300	22700	23100	23500	23900	24300	24700
Estimation du nombre de PVVIH (Adultes)	Spectrum	20660	21044	21429	21813	22198	22582	22966	23351	23735
Estimation du nombre de PVVIH (Enfants)	Spectrum	840	856	871	887	902	918	934	949	965
Effet 2.1 : D'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH/HV connaissent leur statut sérologique au VIH et aux hépatites et reçoivent leurs résultats de dépistage grâce aux approches différenciées										
Nombre de tests de dépistage VIH effectués	-	356800	800000	1 543 960	1 559 340	1 574 968	1 590 743	1 606 627	1 622 653	1 638 861

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique VIH à la fin de la périodé de rapportage.	Spectrum	78%	80%	85%	90%	95%	95%	95%	95%	95%
Nombre et pourcentage des populations clés ayant fait le test VIH et reçu le résultat (Données Programmatiques)	Pourcentage PS	30%	40%	50%	60%	75%	80%	90%	95%	95%
	Nombre PS	21707	29492	37234	45127	56973	61379	69742	74353	75096
	Pourcentage HSH	31%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	95%
	Nombre HSH	14405	18584	23462	28436	33507	38677	43947	46852	47321
	Pourcentage PID	30,38%	40%	60%	75%	90%	90%	95%	95%	95%
	Nombre PID	395	520	780	975	1170	1170	1235	1235	1235
	Nombre Migrants	6696	20000	28000	32000	36000	36000	38000	38000	38000
	Pourcentage Migrants	84%	90%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
	Nombre Détenus	25192	27119	36936	41553	46170	55404	73872	78489	83106

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Pourcentage des populations clés qui connaissent leur statut VIH (Études IBBS)	PS (2022)	58%	-		75%	-	-	90%	-	95%
	HSH (2020)	55%	-	65%		75%	-		95%	-
	PID (2017)	33%%	40%	-		80%	-	-	95%	-
	Migrants (2022)	68%	-	-	80%		-	95%	-	-
	Transgenre	ND	-	-		90%			-	95%
Effet 2.2 : d'ici 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral selon les directives nationales										
Pourcentage de personnes dépistées positives prises en charge	-	78%	80%	85%	90%	95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%
	Homme	70	70	78	87	95	95	95	95	95
	Femme	88	88	90	93	95	95	95	95	95
Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement ARV	-	74,6%	75%	80%	85%	90%	90%	90%	90%	>90%
Nombre de PVVIH sous traitement ARV	-	16031	16425	17840	19295	20790	21150	21510	21870	21500
Nombre de PVVIH sous traitement ARV (Adultes)	-	15330	15612	17012	18452	19925	20278	20623	20968	20583

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Nombre de PVVIH sous traitement ARV (Enfants)	-	701	813	828	843	865	872	887	902	917
Effet 2.3 : En 2030, 95% des personnes vivant avec le VIH traités ont une charge virale supprimée grâce au continuum de soins selon des approches différenciées avec la contribution active des associations et du secteur privé.										
Pourcentage des PVVIH sous ARV dont la charge virale a été supprimée	-	93%	93%	94%	94%	95%	95%	95%	95%	95%
Pourcentage de centres référents VIH ayant signalé des ruptures de stock en ARV	Objectifs 0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Nombre de centres référents de prise en charge du VIH	-	35	37	39	41	43	45	47	49	50
Effet 2.4 : 90% des personnes vivant avec le VIH ayant une coinfection TB / VIH et infections opportunistes sont traités selon les directives nationales										
Pourcentage des cas de tuberculose dépistés pour le VIH parmi ceux notifiés (nouveaux cas et rechutes)	-	39,77%	60%	70%	85%	95%	95%	95%	95%	95%

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Nombre de Tuberculeux dont le statut sérologique est connu pour le VIH	-	11.664	17.402	20183	24.111	26.506	25.798	25.104	24.425	23.512
Nombre de cas notifiés de TB testés au VIH et qui sont séropositifs	-	266	272	315	376	414	403	392	381	367
Pourcentage de cas traités pour coinfection TB/ VIH	-	89%	95%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
Nombre de nouvelles infections VIH indemnes de TB évolutive ayant initiée un traitement préventif de la TB	-	123	214	279	293	314	392	408	408	423
Effet 2.5 : D'ici 2030, 70% des personnes présentant des hépatites virales B et C bénéficient d'un diagnostic et d'une prise en charge selon les directives nationales										

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Hépatite B – pourcentage de personnes vivant avec l'hépatite B diagnostiquées / diagnostiqués traitées	Modélisation	36%/30% (2021)	-	-	-	60% / 50%	-	-	-	90% / 80%
Hépatite C – pourcentage de personnes vivant avec l'hépatite C diagnostiquées/ diagnostiquées et guéries	Modélisation	42%/40% (2021)	-	-	-	60% / 50%	-	-	-	90% / 80%
Couverture des nouveau-nés par la vaccination contre l'hépatite B à la naissance	-	64%	65%	75%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Couverture des nouveau-nés par la vaccination contre l'hépatite B (3 doses)	-	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Nombre de tests rapides de dépistage HVC	MSPS+ ONG+ DGAPR+ secteur privé	150.000	1.000.000	1.900.000	1.950.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.500.000
Nombre de patients à traiter par les AAD pour l'HVC	DHIS2/ Modélisation	1000	5000	10500	10500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500
Nombre de patients à traiter pour l'HVB	Modélisation	6500	12100	17700	23300	28.900	30.000	33.000	37.000	40.000
Effet 2.6 : D'ici 2030, 90% des femmes/filles séropositives et autres catégories de femmes vulnérables au VIH bénéficient d'une prise en charge de l'infection à HPV selon les directives nationales										
Pourcentage de filles complétement vaccinées contre le Papillomavirus avant l'âge de 15 ans	La vaccination a commencé en octobre 2022					50%				90%
Pourcentage de femmes vivant avec le VIH traitées pour les lésions précancéreuses du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois.	-	ND	-	-	-	70%	-	-	-	90%

Indicateurs	Sources/ caractéristiques	Baseline : 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Effet transversale 1 : D'ici 2030, les obstacles qui entravent l'accès à la prévention et aux soins des personnes affectées par le VIH, les IST et les hépatites virales sont levés.										
Pourcentage des PVVIH qui rapportent être discriminées à cause de leur statut VIH	VIH: (stigma Index 2.0)	8,50%	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%
	HV	ND	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%
	IST	ND	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%
Évitement de services de santé par les populations clés les 12 derniers mois:	PS :	6,10%	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%
	HSH :	6,60%	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%
	PID :	3,3%%	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%
	Migrants :	8,80%	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%
	Transgenre :	10%	-	-	-	Moins de 10%	-	-	-	Moins de 10%

12.2 Cadre de performance des PSR

Les principaux indicateurs des PSR sont résumés sur le tableau ci-dessous. D'autres indicateurs seront également collectés pour le suivi de la mise en œuvre.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Tests de dépistage VIH							
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	148307	149553	151089	152585	153951	155846	157173	159441
Oriental	105273	106325	107378	107719	109464	105273	106325	107378
Fes-Meknes	179670	181233	183098	184983	186646	188781	190756	179670
Rabat-Salé-Kénitra	207291	208850	211153	213453	214991	217350	219511	221871
Béni Mellal-Khénifra	147807	149493	150989	152565	153981	155606	157293	158741
Casablanca-Settat	279 394	290 630	293 115	295 805	298 981	302 261	304 946	308 020
Marrakech-Safi	205622	207666	209790	211905	213969	215662	218157	205622
Drâa-Tafilalet	76824	77564	78295	79065	79815	80662	81538	82288
Souss-Massa	154395	155749	157329	158892	160564	162031	163727	165245
Guelmim-Oued Noun	22843	23092	23333	23584	23831	24105	24299	24604
Laayoune-Sakia El Hamra	17544	17697	17879	18048	18243	18435	18601	18785
Dakhla-Oued Eddahab	10835	10935	11056	11148	11260	11363	11496	11602
Personnes vivant avec le VIH sous ARV								
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	1730	1830	1930	2030	2130	2230	2330	2430

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Tests de dépistage VIH							
Oriental	520	550	580	610	640	670	700	730
Fes-Meknes	850	900	950	1000	1050	1100	1150	1200
Rabat-Salé-Kénitra	1730	1830	1930	2030	2130	2230	2330	2430
Béni Mellal-Khénifra	870	920	970	1020	1070	1120	1170	1220
Casablanca-Settat	4300	4400	4600	4800	5000	5300	5500	5800
Marrakech-Safi	3300	3400	3600	3800	4000	4200	4400	4600
Drâa-Tafilalet	170	180	190	200	210	220	230	240
Souss-Massa	4800	5020	5240	5460	5680	5900	6120	6340
Guelmim-Oued Noun	520	550	580	600	640	680	700	730
Laayoune-Sakia El Hamra	700	730	770	810	850	890	930	970
Dakhla-Oued Eddahab	170	180	190	200	210	220	230	240
Centres référents de prise en charge du VIH (adultes + enfants)								
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	4	6	7	8	8	8	8	8
Oriental	4	6	6	6	6	6	6	6
Fes-Meknes	4	6	6	6	6	6	6	6
Rabat-Salé-Kénitra	4	6	8	8	8	8	8	8

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Tests de dépistage VIH							
Béni Mellal-Khénifra	3	6	8	10	10	10	10	10
Casablanca-Settat	5	8	9	10	10	10	10	10
Marrakech-Safi	6	8	9	10	10	10	10	10
Drâa-Tafilalet	2	4	6	6	6	6	6	6
Souss-Massa	5	7	9	10	10	10	10	10
Guelmim-Oued Noun	1	3	4	4	4	4	4	4
Laayoune-Sakia El Hamra	3	4	4	4	4	4	4	4
Dakhla-Oued Eddahab	1	2	2	2	2	2	2	2
Tests de dépistage HVC								
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	107000	117000	123000	128000	128000	128000	134000	167000
Oriental	69000	75000	78000	82000	82000	82000	860000	107000
Fes-Meknes	120000	133000	140000	140000	140000	140000	150000	190000
Rabat-Salé-Kénitra	135000	149000	156000	162000	162000	162000	170000	212000
Béni Mellal-Khénifra	72 000	79 000	83 000	86 000	86 000	86 000	89 000	112300
Casablanca-Settat	207 000	228 000	239 000	249 000	249 000	249 000	260 000	325 000
Marrakech-Safi	132000	145000	152000	159000	159000	159000	16500	207000

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	Tests de dépistage VIH							
Drâa-Tafilalet	46500	51100	53500	55800	55800	55800	58200	72800
Souss-Massa	81500	90000	94000	98000	98000	98000	102000	12700
Guelmim-Oued Noun	12000	13500	14000	14500	14500	14500	15000	19000
Laayoune-Sakia El Hamra	11300	12400	13000	13500	13500	13500	14000	17500
Dakhla-Oued Eddahab	5420	5970	6240	6510	6510	6510	6800	8500
Cas hépatite virale C pris en charge								
Tanger-Tétouan- Al Hoceima	640	640	640	640	640	640	640	640
Oriental	410	410	410	410	410	410	410	410
Fes-Meknes	730	730	730	730	730	730	730	730
Rabat-Salé-Kénitra	410	410	410	410	410	410	410	410
Béni Mellal-Khénifra	430	430	430	430	430	430	430	430
Casablanca-Settat	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250
Marrakech-Safi	780	780	780	780	780	780	780	780
Drâa-Tafilalet	280	280	280	280	280	280	280	280
Souss-Massa	490	490	490	490	490	490	490	490
Guelmim-Oued Noun	70	70	70	70	70	70	70	70
Laayoune-Sakia El Hamra	70	70	70	70	70	70	70	70
Dakhla-Oued Eddahab	30	30	30	30	30	30	30	30

13. Références

1. Rapport National Sida 2023. MSPS 2023.

2. Rapport de suivi de la situation économique, Banque Mondiale, Avril 2022.

3. « Santé en Chiffres ». Direction de la Planification et des Ressources Financières. MSPS-2020 .

4. Enquête nationale de séroprévalence des hépatites virales (ENSPHV). MSPS, 2019.

5. Enquête Nationale Population et Santé MSPS 2018 Edition 2020.

6. Indicateurs sur la population. HCP, 2015.

7. Revue de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles au Maroc. Rapport d'évaluation MSPS/DELM. 2021.

8. Revue du système de notification des IST au Maroc. Rapport final MSPS/DELM 2021.

9. Plan Stratégique National de lutte contre les Hépatites Virales 2022-2026. MSPS, 2022.

10. Protection sociale et les modalités d'accès des PVVIH et des populations clés, MSPS-DELM 2021.

11. Couverture médicale pour la prise en charge et le traitement ARV des personnes vivant avec la VIH. Rapport d'évaluation, DELM/MSPS 2022.

12. Enquête sur la sécurité alimentaire des personnes vivant avec le VIH résumé de synthèse.

13. Stratégie Nationale sur les Droits Humains et le VIH, Tuberculose et Hépatites Virales 2024-2030. MSPS, 2023.

14. Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH au Maroc. MSPS 2022

15. Évaluation genre de la riposte nationale au VIH : Rapport sur les constats, conclusions et les recommandations, DELM/MSPS 2020.

16. Étude exploratoire sur les IST, l'infection au VIH et le sida chez les transgenres au Maroc ; État des lieux et besoins spécifiques. MSPS/DELM. Rapport préliminaire, Décembre 2022.

17. Stratégie Nationale de Dépistage et de Confirmation du VIH 2021-2026. MSPS, 2021.

18. Guide National de prise en charge de l'Hépatite Virale C. MSPS, 2022.

19. Guide National de prise en charge des enfants vivant avec le VIH. MSPS, 2021.

20. Guide National de prise en charge de la coïnfection Tuberculose – VIH. MSPS, 2023.

21. Le Nouveau Modèle de Développement, libérer les énergies et restaurer la confiance pour accélérer la marche vers le progrès et la prospérité pour tous. Rapport Général, Commission spéciale sur le modèle de développement, Avril 2021.

22. Circulaire ministérielle n°25/15 DELM/35 du 19 avril 2022 sur la révision de la stratégie nationale de diagnostic de l'infection VIH et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

23. Stratégie mondiale du Secteur de la Santé pour la lutte contre le Sida, les IST et les hépatites virales 2022-2030. OMS, 2021.

24. Stratégie Nationale sur la Santé Sexuelle et Reproductive 2021-2030. MSPS

25. Plan Stratégique National de Lutte contre le Cancer. MSPS.

Conception et réalisation : AZ Editions - Rabat

DELM
Direction de l'Epidémiologie
et de Lutte contre les Maladies

71, Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat
Tél. : (+212) 5 37 67 12 71 - Fax : (+212) 5 37 67 12 98