

# Plan stratégique 2014- 2017 de l'ALCS Maroc

Version d'octobre 2013

Document réalisé avec le Soutien de la coopération Allemande et du Ministère de la santé à travers l'Unité de gestion du Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme au Maroc



## Contenu

– <b>Introduction</b> .....	2
Présentation de l'ALCS.....	3
Contexte épidémiologique et réponse au VIH au Maroc.....	4
Environnement régional et international.....	5
Les forces et les faiblesses de l'ALCS.....	7
Priorités de l'ALCS pour les 4 prochaines années .....	8
– <b>Orientations stratégiques 2014-2017</b> .....	9
Nos buts stratégiques sur les 4 prochaines années .....	9
But 1 : Consolider nos acquis en matière couverture zones et populationnelles.....	10
Resultat1 : Au moins 135 000 personnes parmi les populations clé et passerelles les plus vulnérables touchées.....	10
<b>Produit 1</b> : Couvrir au moins 34 villes parmi les plus touchées dans au moins 13 régions du Royaume .....	10
<b>Produit 2</b> : Au moins 40% des populations clé couvertes connaissent leur statut sérologique VIH .....	11
<b>Produit 3</b> : Au moins 5 millions de préservatifs et gels lubrifiants annuellement aux populations clé et passerelles...	12
<b>Résultat 2 : Amélioration de l'accès et le maintien dans la cascade de prise en charge des PVVIH.....</b>	12
<b>Produit 1 : 100 % des PVVIH sous traitement bénéficient d'un soutien communautaire.....</b>	13
<b>But 2 : Créer un environnement favorable à la lutte contre le VIH, la défense des droits</b> .....	14
Résultat 1 : La réduction du nombre de cas déclarés d'abus et de violence . .....	15
<b>Produit 1 : les connaissances des droits et l'offre des services juridiques intégrés</b> .....	15
Résultat 2 : La lutte contre le VIH demeure dans les priorités nationales régionales et internationales.....	16
<b>Produits 1 : l'ALCS a un agenda de plaidoyer clair et des actions stratégiques sont menées annuellement</b> ..	16
But 3 : Construire une ALCS forte.....	17
Budget indicatif du plan stratégique 2014- 2017 .....	19
Scenarii pour la mise en œuvre du plan stratégique en fonction des ressources disponibles .....	19
ANNEXES .....	21



# Plan stratégique 2014-2017 de l'ALCS Maroc

Version d'octobre 2013

## – Introduction

En décembre 2012, est arrivé à terme le plan stratégique de l'ALCS élaboré en 2009. Cette année coïncide également avec le démarrage de la mise en œuvre du nouveau plan stratégique national de lutte contre le Sida élaboré sous l'égide du Ministère de la Santé au Maroc pour une période de 5 ans avec comme priorités majeures : 1) Le renforcement et la mise à l'échelle des interventions de prévention combinée pour toucher des proportions plus importantes des personnes plus exposées ou vulnérables et réduire l'incidence des infections VIH au sein de ces populations ; 2) la diversification de l'offre de dépistage et la promotion de la connaissance du statut sérologique parmi les personnes les plus exposées ou vulnérables pour maîtriser les nouvelles infections et identifier les couples séro-discordants ; 3) l'extension et mise à l'échelle de la stratégie PTME notamment le dépistage chez les femmes enceintes, 4) l'extension de la couverture par le traitement antirétroviral et de l'appui aux PVVIH tout en améliorant l'accès géographique aux structures de prise en charge ; 5) le renforcement des systèmes communautaires pour permettre la mise à l'échelle des interventions de prévention auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection ; 6) l'amélioration du suivi évaluation et la mise en œuvre d'un agenda de recherche pour une meilleure identification des besoins de prévention et mesure des résultats et impacts des programmes ; et, 7) le renforcement de la gestion de la riposte nationale aux niveaux central et régional.

En s'engageant dans l'élaboration d'un nouveau plan stratégique pour les 4 prochaines années (2014 ; 2015 ; 2016, 2017), nous avons pour attentes majeures :

- La relecture de nos priorités en matière de couverture des zones géographiques, de couverture populationnelle aussi bien dans la prévention de l'infection à VIH, l'accompagnement soutien des personnes vivant avec le VIH et des populations clé, la défense des droits des personnes vivant avec le VIH et des groupes les plus vulnérables conformément à l'esprit de ses textes fondateurs ;
- La relecture de notre rôle et de notre positionnement dans la riposte nationale, les dynamiques régionales et internationales susceptibles d'interférer sur ses programmes et la vie des communautés affectées par le VIH au Maroc ;
- L'estimation des ressources nécessaires à la gestion efficiente de notre programme et notre développement institutionnel et organisationnel au cours de ces années à venir.



## Présentation de l'ALCS

L'ALCS est la première et la plus importante association de lutte contre le sida constituée dans la région du Maghreb et du Moyen Orient. L'association a vu le jour en 1988 alors qu'il n'y avait que 30 cas de sida déclarés. A l'origine de cette mobilisation, la conviction que plus la prévention est précoce plus elle est efficace.

Reconnue d'utilité publique en 1993, l'ALCS a trois objectifs:

- La prévention de l'infection à VIH
- La prise en charge des personnes vivant avec le VIH
- Le plaidoyer et la défense des droits des personnes vivant avec le VIH

L'ALCS est gouvernée par un Conseil National élu par l'Assemblée Générale. Le Conseil National agit à travers un Bureau National. L'AG se réunit en session ordinaire tous les 2 ans, le Conseil National assure le suivi de la vie de l'organisation en session statutaire tous les 6 mois, le Bureau national s'appuie sur une direction générale basée à Casablanca et qui agit, couvre les zones prioritaires d'interventions du Maroc en partenariat avec les sections mises en place progressivement en fonction de l'évolution de l'épidémie et/ou des initiatives locales de volontaires dans la riposte.

Au niveau national, l'ALCS c'est 19 sections: Agadir, Beni Mellal, Casablanca, El Jadida, Essaouira, Fès, Guelmin, Laâyoune, Larache, Marrakech, Meknès, Nador, Oujda, Rabat, Safi, Tanger, Taroudant, Tétouan et Tiznit ; 28 CIDAG (Centres d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit) fixes ; 4 CIDAG mobiles. L'ALCS est membre des différentes instances nationales de concertation, de coordination de la riposte comme le CCM, le CNLS, CNDH, les groupes de travail spécifiques aux différents domaines. Elle collabore avec des organisations, réseaux de droits humains, organisations féminines...etc

Au niveau régional et international, L'ALCS a entretenu depuis sa création des liens étroits avec d'autres organisations internationales engagées dans la riposte notamment AIDES France ; Sidaction. L'ALCS est co fondatrice de la Coalition Plus dont elle assure la présidence de nos jours.

L'ALCS occupe également des positions importantes au niveau régional et international dans les instances clé de prise de décisions sur la riposte. L'ALCS a un représentant au sein du Conseil d'Administration de l'ONUSIDA, a été membre du conseil d'Administration du Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, est membre de ITPC dont le bureau régional est coordonné par un membre du Bureau national de l'ALCS, l'ALCS est également membre de réseaux nationaux de droits humains...etc.

**La coalition plus** : Coalition PLUS a été créée en 2008, à l'initiative de quatre associations de lutte contre le VIH/sida : AIDES (France), ALCS (Maroc), ARCAD-SIDA (Mali), COCQ-SIDA (Québec). Elle vise à mettre en commun le savoir-faire d'associations de lutte contre le VIH de différents continents, qui avaient toutes à cœur d'impliquer dans leur gouvernance et dans leurs programmes les communautés les plus vulnérables à l'épidémie.

La Coalition PLUS réunit des associations communautaires, qui partagent les mêmes valeurs et objectifs : l'accès universel aux soins, aux traitements et à la prévention, la lutte contre la stigmatisation et la criminalisation des personnes séropositives, la défense des droits des populations les plus exposées au risque d'infection).

Il s'agit d'une union d'associations fortes, militantes, qui vont rassembler leurs expertises, tirer les enseignements du terrain et renforcer leur capacité d'action et d'influence sur les décisions mondiales



### Les activités de l'ALCS

- Actions de prévention auprès du grand public, des jeunes, des routiers, des ouvriers(ères), des prisonniers et des groupes vulnérables: professionnel(le)s du sexe, usagers de drogues injectables et migrants subsahariens
- Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH: achat de médicaments pour le traitement des infections opportunistes et des effets secondaires de la trithérapie, achat de consommables médicaux, examens biologiques et radiologiques, frais de transport pour les consultations, soutien psychologique...
- AMALI : programme d'activités génératrices de revenus (AGR) pour les personnes infectées et/ou affectées par le VIH
- Formations en interne et en externe
- Dépistage anonyme et gratuit dans les 28 CIDAG fixes de l'ALCS et à travers ses quatre unités mobiles
- Plaidoyer pour l'accès aux traitements au Maroc et dans les pays en voie de développement et défense des droits des personnes vivant avec le VIH
- la mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH et le Sida

### Contexte épidémiologique et réponse au VIH au Maroc

Le Royaume du Maroc a une population estimée en 2012 à environ 32 millions habitants avec plus de 27% de moins de 15ans, 6% de plus de 64 ans. Avec une prévalence estimée en 2012 à 0.1% selon les données de surveillance

Personnes vivant avec le VIH	30 000	[22 000 – 40 000]
Enfants (<15 ans) :	< 1 100	[700 – 1 500]
Personnes nouvellement infectées en 2012 :	3 200	[2 000 – 5 200]
Décès dus au sida en 2012 :	1 300	[<700 – 2 000]
Prévalence du VIH chez les adultes	0,14%	[0,1% – 0,2%]

#### Rapport de la revue à mi-parcours du PSN janvier- décembre 2012

sentinelles chez les femmes enceintes, l'analyse de l'épidémie du VIH selon certaines caractéristiques socio démographiques et géographique a montré qu'elle se concentre parmi les populations les plus exposées notamment les professionnelles de sexe (environ 5% à Agadir), les HSH 5,6% à Agadir (environ 2%), mais aussi et surtout chez les usagers de drogue injectables (environ 22 % à Nador). Des études bio-comportementales en courts ciblant notamment les migrants, les routiers, tendent à confirmer une prévalence au sein de ces groupes largement au-dessus de la moyenne nationale. Le rapport d'étude MOT montre que les nouvelles infections se produisent dans les couples stables en particulier chez les couples stables (environ 26%) les clients des partenaires des professionnels du sexe (environ 23%). L'épidémie est également focalisée dans des régions bien précises ; les principales régions à haut impact sont principalement la région Souss Massa Drâa (avec plus de 24% de contribution dans les nouvelles infections) , Marrakech Tensift Al Haouz et le Grand Casablanca. Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH au Maroc à fin 2012 est d'environ 32 000 dont 11 000 nécessitent un traitement ARV



Le premier cas de VIH a été notifié officiellement au Maroc en 1986. Depuis, des initiatives ont été développées à travers des plans successifs pour contenir la propagation de l'épidémie, ce qui a permis d'aboutir à des acquis importants : l'existence de données permettant une connaissance de plus en plus précises de l'épidémie, son ampleur et sa dynamique ; la connaissance des groupes, des régions, des populations où les nouvelles infections surviennent et vont survenir dans les prochaines années si rien n'est fait pour y faire face ; l'existence de services de dépistage de qualité même si la couverture et l'accès reste limité ; la mise en place d'un programme structuré de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (médicale et psychosociale) de qualité ; les efforts d'adaptation des stratégies de ciblage à la physionomie de l'épidémie (basse et concentrée) ; l'organisation d'une riposte multisectorielle avec l'engagement et le leadership au plus haut niveau du Royaume ; la mise en place des tree-ones au niveau central et les efforts déployés pour son application au niveau décentralisé...etc. Les résultats clé sont :

- L'amélioration de la couverture de groupes et populations clé par des programmes structurés et de qualité
- L'amélioration de l'offre de services de prise en charge médicale et psychosociale de qualité aux personnes vivant avec le VIH,
- La disponibilité des moyens de préventions
- La gratuité des ARV pour les personnes vivant avec le VIH,
- L'amélioration de la couverture nationale en matière de PTME

Par ailleurs, la riposte au VIH a bénéficié de l'existence d'un certain nombre de politiques et initiatives nationales. Il s'agit notamment:

- L'engagement politique au plus haut niveau
- Les études en cours sur la taille des populations et bio-comportementale, analyse des approches
- Le PSN 12-16 / priorités sur les cibles de l'organisation
- L'engagement de plus en plus important des ONG et associations dans la riposte
- RAMED, AMO, les programmes sociaux de l'INDH, ADS, les programmes des conseils régionaux, des municipalités
- L'acceptation du principe de contribuer pour la lutte contre le Sida (succès du Sidaction)

Malgré les acquis, de nombreux défis demeurent pour la riposte nationale. Il s'agit notamment de :

- La mise à l'échelle des programmes de prévention auprès des populations les plus exposées
- L'amélioration du recours au dépistage précoce du VIH du fait que plus de 80% des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut.
- la mise à l'échelle des programmes de dépistage ciblé
- la mise en place du traitement pédiatrique pour la prise en charge des enfants
- la simplification des traitements
- la mobilisation et la participation des communautés dans la riposte nationale au VIH au-delà de l'offre de services
- Le maintien de la lutte contre le VIH dans les priorités nationales
- l'amélioration de l'environnement pour la protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus vulnérables.
- la disponibilité des ressources humaines de qualité
- l'opérationnalisation de la prévention combinée

### *Environnement régional et international*

Les régions du Monde connaissent des fortunes diverses selon la dynamique épidémique du VIH. Le sud en particulier l'Afrique au sud du Sahara, l'Amérique latine, l'Asie du Sud porte le plus lourd fardeau de l'épidémie. Par ailleurs, si les nouvelles infections chez les adultes se stabilisent voire en baisse dans ces régions, elles sont ces dernières années en hausse dans d'autres régions, notamment en Afrique du Nord et moyen orient.



Le contexte international "sida" est en pleine mutation avec l'arrivée de nouveaux concepts et des changements de paradigmes qui ont longtemps été considérés comme inébranlables. L'adaptation à ces nouvelles mutations est un élément important à considérer dans l'avenir de toute structure impliquée dans la lutte contre l'infection à VIH (rapport 2013 ONUSIDA).

Des progrès importants ont été enregistrés dans tous les domaines de la réponse notamment :

- En matière de prévention, l'option est d'aller au-delà de 'l'A.B.C classique pour travailler sur la combinaison des aspects à la fois biologiques, structurels et comportemental. Le traitement comme prévention (TasP), la prophylaxie préexposition (PrEP)...sont des exemples de déclinaison de cette prévention "à la carte", surtout dans le cadre d'épidémies concentrées comme c'est le cas au Maroc.
- En matière de dépistage, il y a désormais un consensus pour une simplification des protocoles, avec notamment la possibilité désormais admise de permettre à des non professionnels de la santé de pratiquer un test rapide de dépistage, et la promotion du dépistage répété dans les populations les plus exposées, avec des formes diversifiées d'offre (dépistage mobile, horaires adaptées, aller vers les lieux de vie des populations, voire auto-test...). Les liens avec les structures de prise en charge sont également renforcés pour diminuer au maximum les « perdus de vue », améliorer la rétention dans le circuit des soins avec des résultats thérapeutiques optimaux. Ainsi, le taux d'attrition est réduit de manière significative, ce qui a pour conséquence de réduire la charge virale "communautaire" et donc de réduire le nombre de nouvelles infections et inverser le cours de l'épidémie.
- Plus encore, certains parlent désormais d' "en finir avec le virus" et de stopper toute transmission dans le cadre de la vision de l'élimination de la transmission du VIH d'ici quelques décennies (horizon 2040), même si l'épidémie reste très active au Sud (Afrique, Amérique latine, Asie du Sud..etc) et conserve quelques "niches épidémiques" au Nord où elle semble se stabiliser.
- En matière de gouvernance de la riposte, l'élaboration de l'approche d'investissement ces dernière années offre l'occasion d'avoir un plan et une idée des ressources nécessaires pour arriver à la « fin » de l'épidémie. Les interventions ayant un haut impact ont été définies, les déterminants, facilitateurs et synergies et leur combinaison stratégiques pour avoir les résultats escomptés ont été modélisés. La lutte contre le Sida épouse désormais les exigences de la planification basée sur les résultats, la gestion basée sur la performance, la rationalisation des ressources et surtout la réduction de la dépendance de la lutte contre le Sida des financements extérieurs.

Les opportunités actuelles pour l'ALCS et son programme, c'est aussi la stratégie zéro de l'ONUSIDA, le cadre d'investissement, les nouvelles orientations du Fonds Mondial, l'augmentation des mécanisme de financement de l'appui technique des programmes du fonds mondial (GMS, le PSN 12-16 du Maroc, les objectifs de l'accès universel, les OMD en ce que ces documents clé ont des orientations qui cadrent avec les priorités et domaines clé d'intervention de l'ALCS.

Les défis majeurs sont :

- La faible visibilité du VIH l'agenda post 2015 : il est à craindre une baisse des ressources pour soutenir la lutte contre le VIH et le Sida, au moment où les pays sont engagés dans des programmes d'échelle pour réduire l'incidence et la prévalence ; le recentrage de l'intervention de DROSOS au niveau du programme UDI en particulier à Tétouan, le départ de certains bailleurs du portefeuille de l'ALCS, en particulier l'arrêt du programme : Esther.
- La stigmatisation et la discrimination dans les centres référents ; la violation et les abus de droits dans les familles, les espaces publics ; la non disponibilité des espaces adaptés aux PvVIH, PS, HSH, UDI, Migrants ; l'insuffisance de médecins pour l'élargissement des CIDAG



## Les forces et les faiblesses de l'ALCS

### Principales Forces :

Des entretiens et focus groups discussions, les principales forces couramment citées par l'ALCS sont :

- Dispositif de couverture national à travers les sections des zones et populations adapté au profil de l'épidémie : l'ALCS se présente comme une organisation thématique avec un bon dispositif de couverture et d'action national clair. Les sections sont ses atouts dans la mise en œuvre de programme d'envergure national, la structure centrale sert d'interface entre le terrain et les politiques, les partenaires techniques et financiers au niveau national, régional et international. Ce dispositif devrait permettre à l'organisation de pouvoir mettre en œuvre tout programme au niveau de la base avec plus d'efficacité et d'efficience.
- Capacités de mobilisation, de gestion des ressources et des programmes : les partenaires techniques et surtout financiers reconnaissent en l'ALCS une grande capacités de mobilisation et de gestion de ressources, avec des systèmes robuste de contrôle et de suivi de gestion, des système de reporting permettant de faire un reporting de qualité à de multitude de bailleurs sur une même période.
- Ancienneté et innovation- Expertise dans la lutte contre le VIH : « pour certaines personnes au Maroc, la lutte contre le VIH a commencé avec l'ALCS » une PTF interviewée. De mémoire de marocains, l'ALCS est la structure qui a su dès le début de l'épidémie (1 an après la notification des premiers cas) ???a commencé un travail de sensibilisation sur le VIH. Depuis plus de 25 ans, l'organisation a travaillé de manière continue à mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH. De plus, elle a été l'organisation qui a initié les premiers programme de dépistage au Maroc, les premiers programmes de médiation communautaires, les premiers programmes d'intervention en direction des HSH, les premiers programmes en direction des professionnels du sexe, à mettre en place une campagne bi annuelle de mobilisation de ressources pour la lutte contre le Sida, a initié des fora nationaux, régionaux et internationaux sur des questions clé notamment la stigmatisation et la discrimination, le dépistage etc. l'ALCS est perçue comme la structure pionnière dans différents domaines qui défriche le terrain pour les autres, et qui a également su prendre avantage des expérience des autres dans son programme.
- Contribution dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, le dépistage, les programmes PS, HSH, routiers, migrants, ouvriers : il s'agit de programme dans lesquels la structure est leader, en assurant à elle seule plus de 80% des objectifs nationaux de couverture. L'organisation se présente du coup comme l'interlocuteur incontournable au niveau national, régional et international sur les questions liées à ces programmes.
- Engagement militant dans la riposte, pour les populations les plus vulnérables : l'ALCS c'est aussi une structure militante. En plus de la prévention et de la prise en charge, la défense des droits des personnes vivant avec le VIH est le 3<sup>ème</sup> objectif de l'organisation dans ses textes fondateurs. La structure s'est battu pour l'obtention de la baisse des couts et de la gratuité des ARV au Maroc, l'amélioration des programme de prise en charge en milieu hospitalier par l'engagement aux côtés des autorités pour la création de l'hôpital du jour, la mobilisation tous azimuts de ses membres pour la défense des personnes vivant avec le VIH.

Les faiblesses de l'organisation se résument comme suit :

- Champ d'intervention très réduit, uniquement lutte contre le sida. L'ALCS est une structure thématique VIH, cependant, au regard de l'envergure de la structure et ses capacités opérationnelles, certaines personnes ressources interrogées pensent qu'il y a des occasions ratée de renforcer les programmes santé en général.
- Qualité des données : il s'agit essentiellement d'une difficulté à enregistrer en nombre de personnes les populations qui utilisent les services offerts par l'ALCS, comme c'est le cas pour toutes les organisations au niveau national. La réflexion est en cours au niveau national pour passer de la comptabilité en « nombre de contacts » à la comptabilité en « nombre de personnes » pour mieux valoriser le travail fait par la structure.
- 4. Capitaliser les approches et faire profiter de son expérience à tous les niveaux techniques et plaidoyer : il de plus en plus une demande, une sollicitation de l'expertise de l'ALCS au niveau national et régional. La capitalisation de l'expertise reste encore insuffisante aux yeux des partenaires et de l'ALCS même.
- Population carcérale, PEC des enfants : très menacée et non couverte par l'ALCS,



- Communication interne et externe insuffisante : la communication institutionnelle est jugée pas suffisante par les sections qui souhaitent avoir une meilleure connaissance du travail de l'organisation, la vie des autres sections, les projets en cours etc. les canaux déjà en place permettent d'obtenir des informations lorsque le besoin se fait sentir : les réunions du conseil, le site web, le journal, le téléphone, l'email...etc les acteurs souhaitent que cette communication soit améliorée

### Priorités de l'ALCS pour les 4 prochaines années

- Contribuer à améliorer la connaissance de la taille, les caractéristiques et la localisation des populations clés dans les zones d'intervention
- Améliorer la couverture des populations clé en focalisant sur les plus vulnérables parmi ces populations clé dans les zones prioritaires au Maroc
- Maintenir un niveau important de contribution dans les cibles des indicateurs nationaux (environ 80%) tout en améliorant la qualité l'offre et la création de la demandes
- Contribuer à Lever les barrières clé à l'accès des populations clé et passerelles aux services de prévention, soins et traitements précoces et de qualité
- Renforcer l'appropriation des programmes nationaux par les instances de gouvernance des sections
- Obtenir une meilleure implication des instances de gouvernance des sections dans la mobilisation des ressources et le plaidoyer pour un environnement favorable à la réalisation du programme
- Poursuivre les initiatives d'optimisation, de rationalisation des ressources et des interventions
- Maintenir la confiance des partenaires par la continuation des efforts en matière de transparence et que qualité de gestion financière des ressources
- Redynamiser l'engagement militant des membres/ volontaires de l'ALCS au niveau de la base, au niveau national, régional et international
- Renforcer la collaboration et e la coordination des interventions avec les autres acteurs de la société civile, les autorités municipales, régionales, les services de santé, de la sécurité, de la justice...etc
- Renforcer les capacités de la structure pour le respect de ses engagements avec les partenaires, mais aussi répondre aux sollicitations au niveau national, régional et international en lien avec ses missions et ses valeurs



## – Orientations stratégiques 2014-2017

### Notre Vision

- *Au cours des 4 prochaines années, la vision qui va guider nos actions est celle d'un monde où le droit à la différence est une valeur partagée, où nul ne s'infecte, ou ne meurt du VIH; un monde où la vie des êtres humains a une égale valeur*

### Notre mission

- Contribuer à l'amélioration de la qualité et des conditions de vies des populations les plus vulnérables à l'infection à VIH, par la valorisation et la promotion de l'action communautaire participative et inclusive prenant en compte les communautés elles-mêmes, les personnes vivant avec le VIH, leur entourage, le personnel de santé, les chercheurs, les associations ayant les mêmes buts, les medias et plus généralement toute personne qui s'implique dans la riposte au VIH, et la garanti de la redevabilité à tous les niveaux

### Nos principes et valeurs

- Nous sommes une organisation non gouvernementale, indépendante de toute famille religieuse, morale ou politique.
- Nous reconnaissons à tous le droit à la différence. L'ALCS se fait un devoir d'accompagner les personnes vivant avec le VIH et leur entourage en respectant leur identité culturelle, leur orientation sexuelle, leur style de vie, leur appartenance idéologique ou spirituelle, leur choix thérapeutique
- Nous recherchons constamment l'équité et nous sommes engagés dans la lutte contre l'injustice dans l'accès aux services de santé
- Nous travaillons dans le respect de la dignité humaine
- Nous visons et valorisons la participation et la responsabilisation des communautés pour la prise de décisions liées aux actions et ressources liées à leur vie, leur santé

### Nos buts stratégiques sur les 4 prochaines années

**Finalité en 2017:** Contribuer à réaliser l'accès universel à la prévention, soins, et traitements des populations clé dans les zones d'intervention de l'ALCS d'ici 2017

- Consolider nos acquis en matière couverture zones et populationnelles
- Contribuer à la création d'un environnement favorable à l'optimisation des investissements dans les populations clé et passerelles, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la promotion des préservatifs, et le développement des comportements à moindre risque d'infection à VIH
- Renforcer notre engagement politique pour l'accès des communautés aux services de qualités et le maintien de la lutte contre le VIH et le sida dans les priorités régionales nationales et internationales
- Créer une ALCS forte plus centrée sur les communautés les plus affectées par le VIH et le Sida avec un rayonnement national régional et international.



## But 1 : Consolider nos acquis en matière couverture zones et populationnelles

Notre priorité en matière de couverture au cours des 4 prochaines années, c'est d'augmenter de manière significative la couverture des populations clé (80% de la cible nationale) par des services de prévention et de prise en charge de qualité

### Resultat1 : Au moins 135 000 personnes parmi les populations clé et passerelles les plus vulnérables atteintes par les activités de l'ALCS

Nous n'envisageons pas nous engager sur de nouvelles populations. Nous travaillerons à garantir que les populations clé et passerelles sont mieux couvertes avec des services de proximité et adaptés, cela dans toutes les villes couvertes par nos sections et en fonction des besoins et des ressources disponible.

Notre objectif, c'est d'atteindre d'ici 2016 le nombre de 135 000, les personnes parmi les populations clé et passerelles les plus vulnérables qui bénéficient de manière continue d'au moins un service adapté pour la prévention ou la prise en charge liés au VIH en portant un accent particulier sur les plus vulnérables notamment: les Sans domicile fixe, les mineures, les démunies, les populations engagées dans les activités de commerce de sexe (PS), les populations clé et passerelles difficiles d'accès.

Nous développerons des partenariats avec les ONG qui travaillent avec personnes en situation de handicaps, les enfants vivant dans la rue qui constituent une préoccupation pour l'ALCS.

### Produit 1 : Couvrir au moins 34 villes parmi les plus touchées dans au moins 13 régions du Royaume

La section est l'unité opérationnelle de l'ALCS sur le terrain. Elle est chargée de la mise en œuvre du programme au niveau terrain ; Nous n'allons pas nous engager dans des nouvelles zones, nous allons maintenir nos programmes dans les 13 régions, 34 villes actuelles d'intervention à travers nos 19 sections. Nous allons renforcer les sections existantes pour offrir des services de qualité aux différentes populations clé (chaque section doit avoir les capacités de couvrir les différentes populations clé ; améliorer la couverture des sites notamment le nombre de sites d'interventions dans les zones déjà couvertes seront revues en fonction de l'évolution des connaissances sur les populations cibles (cartographies).

Les interventions phares :

- **L'élaboration du modèle de référence d'une section ALCS** sur la base des acquis de l'organisation, des leçons tirées de son expérience passée et des contraintes, et opportunités de l'environnement prenant en compte : le modèle d'offre de services intégré, le système de gestion et de couverture des zones, les procédures d'identification des besoins de couverture et de créations des sites d'intervention, le système de mobilisation et de gestion des volontaires, éducateurs pairs, intervenants communautaires basé sur une approche qualité (définition de ratio nombre de personnes / nombre d'intervenant et EP)
- **L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités opérationnelles des sections** mis à jour annuellement sur la base d'un diagnostic organisationnel et institutionnel annuel. Ce plan devrait prendre en compte la capacité d'analyse et de planification des organisations, les capacités de couvertures des populations cibles en fonction des priorités locales, les capacités de gestion ressources humaines, financières et matérielles, les capacités de documentation et de suivi évaluation des programmes et approches, les systèmes de plaidoyer et de mobilisation des ressources au niveau local entre autre.
- **L'élaboration et la mise en œuvre d'un document d'orientation et d'opérationnalisation de la stratégie mobile** prenant l'intégration des services et prenant en compte les besoins des populations clé. Cette stratégie devrait prendre



en compte la vision le continuum des soins dans le cadre de la prévention combinées, la gestion des effets des sorties sur le terrain, l'assurance qualité de activités mobiles.

- **L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation communautaire** : L'initiation d'interventions novatrices d'identification, de sensibilisation des populations clé non encore touchées dans nos zones d'interventions et leur intégration dans un réseau de soin, des restreints sensibilisés et organisés pour l'utilisation des services en fonction des besoins. Le renforcement des capacités des groupes en réseautage, leadership, participation, mais aussi le développement des capacités de ces groupes en compétence de vie courante, développement et entretien des relations dans le groupe ou avec les pairs, afin d'accroître le support des pairs. La finalité de ce programme de mobilisation communautaire est de permettre aux programmes de l'ALCS de toucher une masse critique de membres des communautés afin d'obtenir des effets d'échelle dans les zones d'intervention en termes de réduction des nouvelles infections ; de contribuer à l'émergence de cadre de concertation, de participation des communautés dans la riposte nationale
- **L'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication pour le changement de comportement ciblant les populations clé dans le cadre de la prévention combinée** et prenant en compte le développement des connaissances et des compétences de vie courantes pour l'adoption de comportements à moindre risque : Nous allons travailler à garantir un accès équitable des populations clé et passerelles aux informations à travers l'utilisation stratégiques des deux approches complémentaires : organiser le partage, la diffusion de l'information à travers divers moyens de communication (Appel téléphonique, SMS, échanges interactifs sur internet, réseaux sociaux, e-mail etc), le renforcement des interventions de proximités individualisé ou groupes restreints : séances thématiques, des groupes de discussions restreints à travers les relais communautaires (éducateurs pairs, intervenants, conseillers volontaires communautaires... etc). Le contenu des connaissances: la législation au Maroc en lien avec les relations sexuelles, les informations actuelles et justes sur le VIH, le Sida, la prévention, la prise en charge, les médicaments, les examens, la santé sexuelle et reproductive y compris le planning familial, (en particulier dans les couples séropositifs), des informations sur l'orientation sexuelle, le genre, l'identité sexuelle, les pratiques sexuelles en lien avec les risques liés à l'infection à VIH , informations sur les services disponibles...etc



**Produit 2 : Au moins 40% des populations clé couvertes connaissent leur statut sérologique VIH et bénéficient d'un dépistage et prise en charge de qualité des IST**

Nous allons travailler au cours des 4 prochaines années à améliorer le ciblage et l'adaptation de la disponibilité de l'offre de dépistage VIH aux populations clé et passerelles. Nous allons focaliser nos efforts en matière de dépistage au ciblage de son offre de dépistage davantage aux Populations clé et passerelles, à fidéliser en particulier les PS (Hétéro sexuels,



Bisexuelle, HSH) afin de leur garantir un suivi médical périodique. Cela devrait se traduire par l'amélioration de la proportion des cas positifs dans les résultats de dépistage (Augmentation du nombre de personnes parmi les populations clé qui sont infectés et qui connaissent leur statut sérologique).

Les interventions phares :

- Développer et opérationnaliser le dépistage communautaire.
- Participer à la réflexion sur comment accroître l'utilisation des services de dépistage par les mineurs HSH, UDI, Migrant, PS dans le respect des dispositions législatives en matière de dépistage.
- Réaliser la revue du système de référence / d'orientation vers les centres référents / hôpitaux pour améliorer le lien entre le dépistage et la prise en charge médicale et psychosociale par le renforcement des connaissances des prestataires du dépistage en prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH.
- Intégrer et systématiser la prise en charge des IST pour l'ensemble des populations clé et passerelle à travers l'approche syndromique. Un accent particulier sera donné à la syphilis, à l'hépatite en collaboration avec les services de santé.
- Revoir le statut de nos services de dépistage et PEC des IST en vue de leur normalisation,
- Développer des partenariats avec des organisations habilitées pour l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus en particulier aux femmes vivant avec le VIH et aux PS

### **Produit 3 : Au moins 5 millions de préservatifs et gels lubrifiants annuellement aux populations clé et passerelles**

Nous allons concrètement accroître l'augmentation des rapports sexuels protégés parmi les populations clé et passerelles.

Les interventions phares sont :

- Faire le plaidoyer pour la disponibilité des préservatifs et de gels en continu (réduction des ruptures de stocks) ;
- Réviser le réseau de vente et explorer de nouvelles options pour rendre les préservatifs disponibles pendant les week-ends et les heures de fermeture des bureaux de l'ALCS,
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de distribution à base communautaire prenant en compte la formation des Educateurs pairs, des volontaires ou les relais dans le cadre des interventions avec les routiers pour la mise à disposition et l'éducation à l'utilisation correctes des préservatifs.

### **Résultat 2 : accroître l'investissement dans l'amélioration de l'accès et le maintien dans la cascade de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en particulier les populations clé et passerelles.**

Nous entendons poursuivre et renforcer notre engagement en faveur et avec la participation des personnes vivant avec le VIH à l'amélioration de la qualité de la prise en charge à travers le plaidoyer et le dialogue politique, mais aussi à travers l'offre de services d'accompagnement soutien communautaires aux côtés des services médicaux.



## **Produit 1 : 100 % des personnes vivant avec le VIH sous traitement dans les zones d'intervention de l'ALCS bénéficient d'un soutien et accompagnement communautaire de qualité**

Les interventions phares :

- Le renforcement du système de suivi et la traçabilité des clients dans la cascade de prise en charge : Nous pensons que toute personne dépistée positive devrait bénéficier d'accompagnement soutien pour réduire sa vulnérabilité par rapport à l'infection (prévention secondaire et tertiaire), prévention de la transmission de l'infection à son entourage, mais aussi et surtout l'accès à une santé positive dans la dignité. Nous allons participer au processus national sur le code d'identification unique, mais aussi renforcer les mécanismes déjà en place pour améliorer la traçabilité des clients engagés dans la cascade de prise en charge en collaboration avec les centres référents (système de référence et de contre référence. Nous allons poursuivre et/ ou améliorer la collaboration avec les médecins des centres référents.
- Le renforcement de l'éducation thérapeutique, l'aide à l'observance des traitements, dans les familles, les communautés : Nous allons poursuivre et redynamiser les activités de visite à domicile, et la médiation sociale pour améliorer l'acceptation des PVVIH dans leur famille. Au cours des 4 prochaines années, nous allons particulièrement travailler à maintenir et améliorer la qualité de la relation, du contact et de la communication avec les PVVIH en diversifiant les moyens de communication et de développement de relation avec les personnes vivant avec le VIH et leurs familles (Internet, SMS, téléphone...etc.) par la formation des équipes existantes en médiation thérapeutiques ; augmenter les séances d'éducation thérapeutiques en combinant les séances dans les centres référents avec des séances dans les sites d'intervention de l'ALCS (maisons d'accueil là où elles existent, espaces aménagés et sécurisés etc..) ; renforcer la prise en compte du genre dans les activités de médiation thérapeutiques, notamment la prise en compte de l'âge, du sexe, du statut conjugal, des conditions de logements...etc. dans la constitution des groupes d'auto supports ; Consolider la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH. Nous allons dans ce sens renforcer et systématiser l'appui à la création de groupe d'auto supports, le soutien des groupes d'auto supports à l'organisation : de séances d'auto supports, de groupes de paroles, de sorties de convivialité en particulier pour les personnes nouvellement entrée dans la file active.
- Renforcer le réseau des médiateurs et médiatrices, en particulier dans les centres référents avec de grosses files actives, en vue de la recherche active des perdus de vue : Nous allons poursuivre notre action au sein des centres référents notamment l'accueil, l'écoute, le conseil aux personnes séropositives référées. Ce soutien devrait s'améliorer par l'augmentation du nombre de médiateurs / médiatrices thérapeutiques dans les centres avec de grosses files actives. Ces équipes vont poursuivre le soutien social aux personnes sous traitement pour l'accès et l'utilisation des services de suivi médical de qualité ; ces équipes vont poursuivre l'organisation : de séances d'auto supports, de groupes de paroles, de sorties de convivialité en particulier pour les personnes nouvellement entrée dans la file active.
- Consultations et soutien psychologique et juridique aux personnes vivant avec le VIH : Nous allons renforcer les consultations et soutien psychologique y compris le conseil juridiques aux personnes vivant avec le VIH les plus vulnérables là où les compétences sont disponibles à travers la vacation de psychologues et de juristes professionnels au sein des centres référents mais aussi des sections là où les conditions le permettent. Nous allons en particulier poursuivre la collaboration avec les ONG de droits humains pour l'accompagnement juridique des PVVIH victime d'abus.
- La co infection TB VIH et la co infection VIH et Hépatite : Le dispositif en place permet un bon diagnostic et prise en charge de PVVIH ayant une co infection Tuberculose. Au cours des 4 prochaines années, nous allons poursuivre ce programme aux coté du ministère de la santé, cependant, nous pensons qu'il y a encore des efforts à faire pour la co infection VIH et Hépatite en particulier chez les PS, HSH, les UDI infectés. Nous allons systématiser l'orientation pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH atteinte de l'hépatite, faire le plaidoyer pour la subvention des frais de traitement de l'hépatite ; veiller à l'intégration de l'éducation sur l'infection hépatite dans les programmes d'éducation thérapeutique, les séances thématiques, les groupes de parole etc.
- Renforcement du volet prise en charge de meilleure qualité en particulier la prise en charge pédiatrique au Maroc et dans la région : Malgré les efforts déjà consentis, nous pensons que le Maroc devrait davantage se pencher sur la question de la prise en charge pédiatrique. Nous allons au cours des 4 prochaines années renforcer le plaidoyer pour les nouvelles molécules ARV (adultes et enfant), accompagner la mise en place de programme structuré de prise en charge des enfants infectés par le VIH à côté du programme de prise en charge médical des adultes. Nous allons



accroître notre engagement dans les plateformes de plaidoyer au niveau national et international aux côtés de la Coalition Plus et de ITPC pour l'amélioration de l'accès aux médicaments plus confortables et de moindre coût.

- Améliorer les compétences et l'autonomisation des PVVIH : A côté et en complémentarité du programme d'appui aux PVVIH les plus démunis et dans le besoin d'un soutien de notre organisation, nous allons développer des initiatives de renforcement des compétences des PVVIH (individus, groupes d'auto supports) à leur meilleure engagement dans la gestion de leur santé, leur prise en charge ; nous allons développer des partenariats au niveau local (conseil régionaux, municipalités, autres initiatives), national et international pour accroître l'accès des personnes vivant avec le VIH en succès thérapeutique ou n'étant pas éligibles aux traitements et leurs familles à un soutien socio-économique et socio-professionnel. Des séances de compétences de vie courante, de développement du pouvoir d'agir des personnes vivant avec le VIH en particulier, les plus vulnérables. Des sessions de formations sur les approches participatives, la mobilisation et la participation communautaire, la GIPA /MIPA seront organisées en faveur des leaders PVVIH HSH, PS, UDI ou toute autre personnes vivant avec le VIH. Nous poursuivons le programme en cours en partenariat avec l'ADS sur les activités génératrices de revenus par la revue du dispositif des mesures d'accompagnement des personnes éligibles pour ces AGR en vue d'accroître le nombre de projets conduisant à un véritable renforcement socio-économique. Nous allons créer des synergies entre notre programme et les filets sociaux notamment accroître le nombre de personnes vivant avec le VIH en particulier les plus vulnérables parmi les populations clé infectées bénéficiant du RAMED, l'AMO...etc

## ***But 2 : Créer un environnement favorable à la lutte contre le VIH, la défense des droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clé***

Les initiatives communautaires de lutte contre le Sida au Maroc se butent fréquemment à un environnement difficile quoiqu'en cours d'amélioration. Nous avons déjà contribué à favoriser l'émergence d'une société plus tolérante et plus solidaires des personnes vulnérables. Les résultats de l'enquête sur le partage du statut sérologique effectuée auprès d'un échantillon de 300 PVVIH recrutées dans les centres de dépistage de l'ALCS des villes d'Agadir, Casablanca, Rabat, Fès et Marrakech ont montré que 72% ont partagé leur statut sérologique avec au moins une personne de son entourage. Ce partage a été volontaire chez 135 personnes soit 62,5% alors que pour 81 de ces enquêtés, la vérité sur l'infection par le VIH a été divulguée par une tierce personne. La PVVIH dans notre pays semble davantage partager son statut sérologique avec son partenaire sexuel, dans presque 58% des cas. Les mères et les sœurs viennent après avec, respectivement, 43,2% et 39,1 % des réponses.

La nouvelle constitution, loi fondamentale du Maroc promulguée en 2011 affirme le droit fondamental à la vie (article 20) à la sécurité (article 21) et à l'intégrité physique et morale des personnes (article 22). Elle précise que l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales doivent œuvrer à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste (article 31). Elle protège par la loi la famille (article 32), elle donne aux pouvoirs publics la responsabilité d'aider les jeunes à s'insérer dans la vie active (article 33) et à traiter et prévenir la vulnérabilité (article 34).

Cependant, beaucoup reste à faire pour l'accès effectif des populations clé et personnes vivant avec le VIH à la protection de leurs droits à la santé, garanti par la constitution pour tous les Marocains.

En effet, le code pénal dans l'article 489 « punit d'emprisonnement ...quiconque commet un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe » ; l'article 490 punit d'emprisonnement toute personne de sexe



différent qui, n'étant pas unies par les liens de mariage, ont entre elles de relations sexuelles ; l'article 8 du Dahir portant loi n°1-73-282 du 28 rebia II 1394 (21 mai 1974) relatif à la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes. De même, il a été constaté le manque de directives et d'orientation claire sur les questions de notification des partenaires, dépistage des enfants, dépistage pour certains emplois. Au-delà de ces dispositions légales, les difficultés rencontrées par les acteurs sur le terrain sont principalement liées à la compréhension et l'interprétation de ces textes, ce qui entraîne des abus et des violations des droits des populations, et de fait, les rend plus vulnérables à l'infection à VIH, réduisent les effets et les impacts des programmes.

Résultat 1 : La réduction du nombre de cas déclarés d'abus et de violence liés à la promotion et à l'utilisation des services de santé et VIH dans tous les contextes.

## Produit 1 : les connaissances des droits et l'offre des services juridiques intégrés dans tous nos programmes à tous les niveaux

Nous avons conscience que l'offre de services et la mobilisation communautaire ne pourraient être effectives sans un environnement favorable à l'accès et l'utilisation de ces services par les plus vulnérables, ceux qui en ont le plus besoins. Au cours des 4 années à venir, nous allons résolument poursuivre nos efforts dans le sens de plus de tolérance et d'acceptation des différences et surtout la promotion de l'équité dans l'accès aux services.

Les interventions phares :

- **La diffusion d'informations justes et actualisées sur l'infection et la prise en charge des cas de VIH, sur la vie avec le VIH** : Nous allons attaquer l'ignorance à la base de la stigmatisation et de la discrimination liées aux VIH à travers : la diffusion d'information justes sur l'infection à VIH et le Sida au niveau des familles hébergeant des personnes vivant avec le VIH, l'information de l'entourage sur les acquis actuels de la médecine par rapport à comment vivre avec le VIH ; le renforcement des connaissances des PVVIH et populations en matière de droits, le développement des compétences des ressources humaines en termes de plaidoyer pour agir sur l'ensemble des obstacles identifiés et ciblés ; La communication sur l'évolution des traitements et les bénéfices afin de réduire la crainte de liées à la connaissance du statut sérologique,
- **L'information des communautés sur leurs droits** : Poursuivre les efforts dans la diffusion d'information juste et la réalisation de campagnes sur le droit à la différence, le droit à la santé pour tous au Maroc en conformité avec les textes législatifs et l'esprit de la constitution. Il s'agira d'obtenir moins de rejet, de réduire les violences dont les personnes vivant avec le VIH sont l'objet dans les lieux public, les familles, les centres de santé, les lieux de travail...etc. cette éducation sur les droits sera intégrée pleinement aux programmes d'informations et d'éducation à travers les éducateurs pairs, les intervenants, mais aussi à travers les canaux sociaux, les réseaux sociaux à travers les affinités naturelles et culturelles et les technologies de l'information et de la communication : plateforme SMS, chat internet, AIS etc.
- **L'offre et /ou l'orientation vers les services juridiques des personnes victimes d'abus et de violation de leurs droits** : Nous allons poursuivre l'orientation des PVVIH et populations clé victime de violation de droits vers des structures habilitées et préparées à leur accompagnement juridiques ; nous allons dans ce sens poursuivre et renforcer les vacations de juristes pour l'écoute, le conseil et le soutien juridique aux personnes victimes d'abus et de violation de leurs droits. Nous allons renforcer la collaboration et la communication avec les ONGs de droits sur la qualité des services offerts aux personnes référées.
- **L'aménagement d'espaces conviviaux et sécurisés de rencontres des groupes d'auto supports des PVVIH et PPER dans les sites d'intervention** : La participation des PVVIH et des PPER à la riposte passe par l'amélioration des espaces de rencontres et d'échanges entre membres des communautés sur les programmes de santé et leurs questions clé liées à leur santé. Nous avons conscience de l'étroitesse des espaces au sein des sections et des



CIDAGs au regard des besoins liées au nombre important et à la diversité des communautés avec lesquelles nous travaillons. Nous allons développer le plaidoyer local pour l'accès des communautés à des espaces sécurisés et libres de toute violence et stigmatisation, des espaces conviviaux pour les activités entrant dans le cadre de la lutte contre le Sida ; nous allons explorer des espaces (salles) dans des espaces municipaux ou de santé, dans les sièges d'ONGs intervenants dans différents domaines et sensible aux questions de santé afin de les aménager et sensibiliser les structures d'accueil à un partenariat pour l'amélioration de la santé et la qualité de vies des hommes, femmes, jeunes les plus affectées par le VIH et le Sida, et aux abus de droits.

- **La formation/ sensibilisation des prestataires de santé sur le genre, les droits humains, la stigmatisation et la discrimination** : Nous allons collaborer avec les autres acteurs au niveau national pour la formation du personnel soignant, de la police, des gendarmerie sur la problématique du VIH chez les populations clé et passerelle, la stigmatisation dans les centre de santé ; il s'agit notamment du personnel des structures de santé du secteur public mais aussi le personnel des structures communautaires impliquées dans les programmes de prévention combinée, y compris le personnel de ALCS au siège et dans les sections ; adapter et diffuser les outils communautaires d'identification et de sensibilisation sur la stigmatisation et la discrimination ciblant les familles des personnes vivant avec le VIH, les populations clé.
- **Le plaidoyer** : Nous allons poursuivre et renforcer le plaidoyer pour la tolérance zéro aux abus de droits, au rejets des personnes vivant avec le VIH. Faire le plaidoyer auprès des familles et des dans les espaces publics, ciblant les agents de sécurités, les autorités municipales, les élus locaux sur la stigmatisation et la discrimination. Nous renforcerons dans ce sens la collaboration avec les organisations gouvernementales (santé, justice, intérieure, ONG) pour diminuer les obstacles à nos actions ; nous travaillerons à la mise en place d'un observatoire, une structure de Veil sur les cas d'abus sur les personnes vivant avec le VIH et les populations clé en collaboration avec les organisations des droits humaines, de lutte contre la violence au Maroc.

Résultat 2 : La lutte contre le VIH demeure dans les priorités nationales régionales et internationales.

**Produits 1 : l'ALCS a un agenda de plaidoyer clair et des actions stratégiques sont menées annuellement pour mobiliser les acteurs clé autour du VIH.**

En tant qu'organisation de la société civile thématique engagée dans la lutte contre le VIH et le Sida et la défense des droits des PVVIH, nous suivons avec attention l'évolution de l'environnement national et international liés au VIH. Nous avons conscience que la prise en compte de la lutte contre le VIH et le maintien de la situation des PVVIH dans les priorités nationales, régionales et internationales nécessitent la poursuite d'un plaidoyer fort à tous les niveaux avec la participation des personnes concernées.

Les interventions prioritaires :

- La formulation d'une politique et d'un plan de plaidoyer avec l'implication des autres acteurs et sur la base d'informations stratégiques régulièrement mise à jour régulièrement. Nous allons mettre à profit notre engagement dans les cadres de concertations et de prise de décision au niveau national, régional et international pour avoir accès et collecter les informations stratégiques à même de permettre de comprendre les dynamiques internationales ayant une influence sur la vie des communautés les plus vulnérable, et , d'autres parts, à assurer que les voix des communautés sont entendus dans ces cadres de prise de décision de haut niveau. La politique et le plan de plaidoyer devront permettre d'optimiser nos investissements dans le plaidoyer mais aussi le lien entre le plaidoyer et les programmes opérationnels sur le terrain.
-



- Le lobbying pour la continuation du financement de la lutte contre le sida (notamment dans les pays de faible prévalence et revenu intermédiaire) comme le Maroc : Au cours des 4 prochaines années, nos priorités seront de poursuivre le lobbying pour la continuation du financement de la lutte contre le sida (notamment dans les pays de faible prévalence et revenu intermédiaire) comme le Maroc ; nous travaillerons à continuer nos interpellations dans les cadres de décisions au niveau international et national pour la visibilité de la région MENA de moins en moins perçue comme priorité dans l'arbitrage des ressources. Dans cette perspective, nous allons poursuivre la contribution directe dans les documents clé de plaidoyer en collaboration avec les autres organisations de la société civile au Maroc, et au niveau international ; nous allons également continuer à soutenir la participation des membres de l'ALCS dans les rencontres clé au niveau national, régional et international y compris les conférences sur le VIH, la santé et le développement clé.
- Renforcement des capacités des ONG/activistes locaux pour faire émerger un nouveau leadership : Nous allons parallèlement, dans le cadre de la Coalition Plus, poursuivre le renforcement des capacités des ONG du Maroc et de la région MENA sur les aspects de gouvernance et de plaidoyer. Il s'agira d'organiser des rencontres de sensibilisation, mais aussi des ateliers de formation sur la gouvernance, des missions d'évaluation et de vérification qui permettent de consolider les acquis des organisations membres en matière de gouvernance. Il s'agira aussi communiquer sur l'émergence d'un leadership nouveau des OSC engagées dans la lutte contre le Sida.

### *But 3 : Construire une ALCS forte*

L'ALCS est une somme de compétences et d'expertise volontaires des secteurs publics, privés et communautaires : enseignants chercheurs, infectiologues, spécialistes en santé publique, pharmaciens, médecins généralistes, psychologues, agents sociaux, leaders des populations clé, ressortissantes des régions les plus touchées, militants des droits humains, membres de familles affectées, personnes vivant avec le VIH, Élèves et étudiants, para médicaux, communicateurs, engagées pour la prévention de l'infection à VIH, la prise en charge des personnes vivants avec le VIH et le Sida, la défense des droits des personnes vivant avec le VIH et populations clé. Après plus de 25 ans de vie, l'organisation revendique la plus grande couverture nationale en matière de lutte contre le Sida au Maroc, et dans la région MENA avec : 13 régions, 34 villes couvertes par des activités courantes, et plus à travers les stratégies mobiles et avancée, une soixantaine de médecins toutes catégories confondues ; plus de 400 intervenants communautaires...et c, l'ALCS touche plus de 80% des cibles nationales pour les PS, les HSH, les Ouvrier/ ouvrières, les routiers et, a constitué la principale structure d'offre de services dépistage au Maroc pendant la dernière décennie jusqu'à la mise en place récente des centres de dépistage au sein des formations sanitaires sous l'égide du Ministère de la santé..etc. ma structure jouit d'une solide réputation et voudrais au cours des 4 prochaines années consolider ces acquis organisationnels et institutionnelle en tenant compte des changement clés observée et à venir dans l'environnement national et international.

- **La communication, la mobilisation de ressources :** Afin d'avoir une structure forte, nous envisageons renforcer l'équipe de communication et de mobilisation des ressources pour le plan stratégique. Il s'agira concrètement de partir des acquis de l'organisation pour négocier et obtenir le soutien des partenaires, mais aussi la contribution de tous les acteurs à tous les niveaux pour continuer dans l'atteinte de ses objectifs. Nous allons particulièrement intégrer le programme régional et international à la stratégie globale de communication de l'ALCS. Nous allons concrètement étoffer le département communication avec le recrutement d'un spécialiste en mobilisation de ressources pour soutenir la Direction générale d'une part et les bureaux des sections dans la mobilisation des ressources. Nous allons élaborer un plan de mobilisation des ressources prenant en compte les ressources locales notamment le Sidaction notamment en renforçant les stratégies de fidélisation des principaux fournisseurs de ressources



**Suivi évaluation et la recherche communautaire :** Le système de suivi évaluation actuel permet de produire les rapports périodiques aux partenaires. Au cours des 4 prochaines années, nous allons mettre en place une unité de suivi évaluation forte doter des systèmes de gestion automatisé des données ; doter l'organisation d'une politique en matière de recherche opérationnelle en lien avec les programmes sur le terrain mais aussi le programme de plaidoyer national, régional et international ; intégrer la recherche communautaire de manière systématique dans les projet et document de mobilisation de ressources, systématiser les évaluations avant la mise place des programmes y compris les revues à mi-parcours et/ finales, mettre en place et opérationnaliser une politique d'assurance qualité des programmes.

**Capitalisation de l'expériences et promotion des meilleures pratiques :** Nous allons mettre l'accent sur la documentation des expériences dans différents domaines d'expertise de l'organisation notamment : les HSH, la médiation thérapeutique, le plaidoyer et le dialogue politique, la mobilisation des ressources locales, le partenariat système public, système communautaire dans la lutte contre le VIH, la défense des droits des personnes vivant avec le VIH... Nous allons en particulier aller vers le développement de « sites écoles ». nous allons poursuivre le transfert/ la responsabilisation des sections sur l'exécution du programme en vue de permettre à l'équipe nationale du programme de s'investir davantage sur la capitalisation de l'expertise, le transfert entre les sections, le partage au niveau national et régional

**Au niveau du dispositif programmatique :** Nous avons entrepris un vaste programme d'intégration des projets. Nous allons poursuivre la développement programmatique en vue d'améliorer la qualité du suivi des programmes sur le terrain: augmenter la fréquence du suivi des organisations, il s'agira notamment de continuer à encourager les responsables des projets à effectuer des revues communes des projets, à effectuer des missions intégrées sur le terrains aux sections, à collaborer sur des questions transversales aux populations clé ; il s'agira aussi de renforcer les outils de suivi intégré des programmes dans les sections à partir des documents de normes de qualité existants . Un seul plan de travail et un seul budget : A partir du plan stratégique, l'ALCS va s'organiser pour élaborer chaque année, un plan de travail basé sur le plan stratégique, mais aussi les changements dans le contexte sur le terrain, au niveau national et international. Les projets seront consolidés dans un document unique pour donner le **plan de travail annuel**, avec un **budget consolidé** qui permettra de voir les **gaps programmatique et financier**, ce qui permettra d'orienter la **mobilisation des ressources** pour **atteindre les objectifs du plan stratégique**

**Au niveau de la gestion financière et comptable :** Notre organisation jouit d'une solide réputation en matière de qualité de gestion financière. Le système en place permet à la Direction Générale de savoir à tout moment rendre compte de l'exécution des budgets, de garantir que l'utilisation des ressources correspond au plan de travail. Au cours des 4 prochaines années, nous allons travailler à mieux harmoniser la communication, responsabiliser les sections sur la gestion comptable en fonction des capacités des sections. Les interventions dans le plan unique de travail seront réparties par section avec des allocations budgétaires selon les conventions signées avec les partenaires et les orientations du conseil national. Les conventions avec les sections qui seront retenue pour la mise en place d'un système comptable simplifié permettront de définir : Le montant de financement attendu du siège au cours de l'année, les engagements en termes de réalisations, les cibles des indicateurs, les gaps en termes de mobilisation de ressources (gaps de la section non financés par aucun bailleur) le plan de travail annuel de la section est annexé à la convention

Le département mènera la réflexion sur la mise en place d'une cellule gestion des subventions chargée de préparer ces conventions qui seront signées avec les sections, elle organisera périodiquement des missions de vérification de l'état dans lequel les dépenses sont faites au niveau des sections, ou d'audit au niveau des sections qui auront une comptabilité dédiée. La réflexion sera faite sur la pertinence et l'intérêt de mettre en place un chargé de contrôle interne.



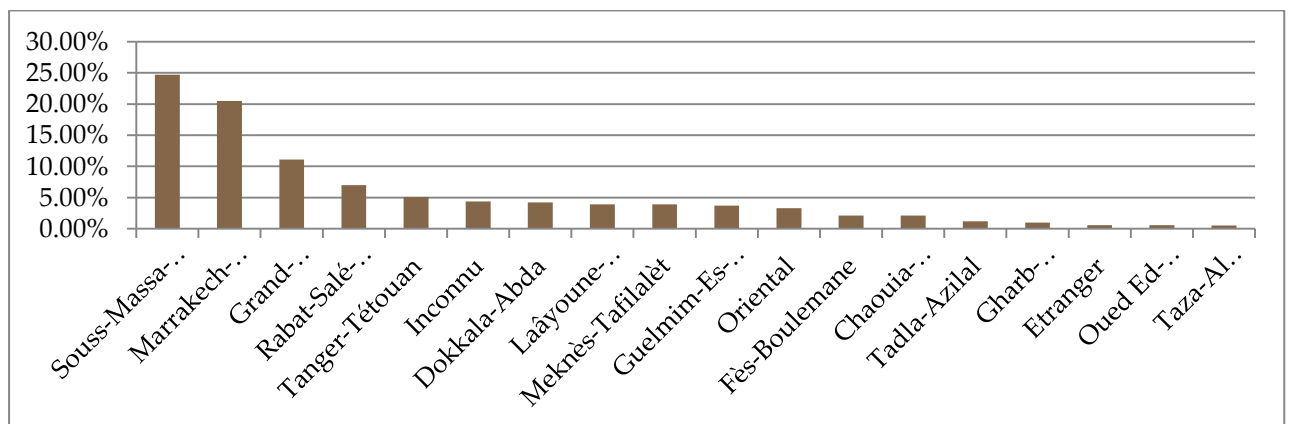
*Budget indicatif du plan stratégique 2014- 2017*

RUBRIQUES	MONTANT ANNEE 2013	MONTANT ANNEE 2014	MONTANT ANNEE 2015	MONTANT ANNEE 2016	MONTANT TOTAL 4ANS
Intervention Communautaire	17 890 478	20 837 493	24 326 408	28 408 387	91 462 766
Renforcement de Capacité	5 367 143	6 251 248	7 297 922	8 522 516	27 438 830
Suivi & Evaluation	2 504 667	2 917 249	3 405 697	3 977 174	12 804 787
Mobilisation de Ressources	1 789 048	2 083 749	2 432 641	2 840 839	9 146 277
Communication & Plaidoyer	2 862 476	3 333 999	3 892 225	4 545 342	14 634 043
Fonctionnement	5 367 143	6 251 248	7 297 922	8 522 516	27 438 830
<b>TOTAL</b>	<b>35 780 956</b>	<b>41 674 987</b>	<b>48 652 815</b>	<b>56 816 774</b>	<b>182 925 532</b>

*Scenarii pour la mise en œuvre du plan stratégique en fonction des ressources disponibles*

**L'organisation de la mise en œuvre devrait tenir compte des les orientations suivantes :**

**Orientation 1 :** Tenir compte du poids de l'épidémie et des priorités régionales dans l'arbitrage des ressources





**Orientation2** : Une approche basée sur l'investissementLa connaissance de l'épidémie a orienté le choix des zones et cibles prioritaires du programme. Les options stratégiques programmatiques seront focalisées sur quatre (4) des six(6) programmes de base de l'approche d'investissement y compris les déterminants et synergies clé

**Orientation3** : Pour adapter ses services aux catégories de populations cibles et optimiser les résultats de prévention et prise en charge, nous allons adopter une approche profonde au détriment d'une approche large pour les catégories les plus vulnérables. L'approche profonde consistera à garantir l'accès à une diversité de services de qualité proportionnelle aux besoins des populations et ciblant prioritairement les catégories les plus vulnérables parmi les populations clé ciblées. Deux stratégies majeures seront développées dans une logique d'investissement :

1. L'offre de services directs à travers les structures mise en place par l'ALCS dans les sections,
2. Le développement de synergies avec d'autres secteurs et acteurs pour garantir l'accès aux services non offerts directement par les structures de l'ALCS sur le terrain

**Orientation 4** : Prioriser les plus vulnérables dans le contexte de ressources limitées viser les catégories les plus vulnérables (en lien avec l'âge, leurs pratiques sexuelles et/ou leurs conditions de vie) parmi ces populations clé, notamment : les Sans domicile fixe, les mineures, les démunies, les PS ; les HSH difficiles d'accès .



## ANNEXES

### Annexes

Démarche d'élaboration du PSN de l'ALCS

Démarche qualité de l'ALCS

Statuts et règlements intérieurs

Plan stratégique ALCS 2009-2012

PSN de lutte contre le Sida 2012-2016

Analyse financière de la mise en œuvre du PSN ALCS 2009-2012 et recommandations pour 2014-2017

Analyse de la situation épidémiologique

CIBLES ALCS 2014-2017