



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS

2018-2022



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS

2018-2022

PREFACE

L'accès à des services de prévention et de soins de proximité, centrés sur l'individu est une des composantes d'une démocratie sociétale. La création d'un environnement favorable basé sur des approches de santé publique fondées sur les droits humains, est à la base de développement des programmes de santé initiés par le Ministère.

Par son engagement sur la plan international, notre pays a opté pour une approche pragmatique, privilégiant la mise en œuvre d'actions concrètes et pérennes, tenant compte de la complexité des troubles addictifs et leurs conséquences, pour lesquels seul un abord pluridisciplinaire et multisectoriel peut répondre. Par sa politique dans le domaine de lutte contre les drogues et les addictions, le Royaume s'est distingué durant les dix dernières années parmi les pays de la Région, en termes de réponses aux défis imposés par l'évolution rapide des situations liés au trafic, à la disponibilité et à la consommation des substances psychoactives et aux conséquences socio-économiques qui leur sont liés.

Les évolutions et tendances actuelles dans le domaine de l'usage des substances psychoactives et des addictions, nous interpellent tous, de par la croissance des usages et par les risques sanitaires et sociaux pour les personnes comme pour la société. Dans une dynamique de réformes pour la réorganisation du système de santé et la mise en place de la régionalisation avancée, la réponse nationale dans ce domaine s'inscrit dans un continuum de consolidation des acquis et de développement de services innovants, s'appuyant sur la concrétisation des principes de l'approche communautaire intégrée, qui répond aux exigences de la qualité et de la bonne gouvernance.

Adopté le 18 janvier 2018 lors d'un Atelier de Concertation impliquant les représentants et des partenaires du Ministère de la Santé, aussi bien étatiques que de la société civile, le présent Plan Stratégique de Prévention et de Prise en Charge des Troubles Addictifs 2018-2022, définit les actions du Ministère pour les cinq années à venir.

Dr Mohammed Youbi
Directeur de l'Epidémiologie
et de la Lutte contre les Maladies

PREAMBULE

Partout dans le monde, on assiste à une recrudescence de l'usage de substances psychoactives de toute nature, et l'émergence de nouvelles substances, de nouveaux comportements addictifs, avec leurs troubles connexes et les risques et conséquences socio-sanitaires qui leur sont liés. La situation épidémiologique mondiale est alarmante. L'usage de drogues est à l'origine de plus de 400 000 décès par an, les troubles qui y sont liés représentent 0,55% de la charge mondiale totale de morbidité, la consommation de drogues par voie injectable est responsable de 30 % des nouvelles infections par le VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne.

Dans ce contexte, les organismes et agences des nations unies attirent l'attention des pays pour la nécessité d'orienter les politiques nationales vers une approche plus équilibrée et plus intégrée qui privilégie les aspects de santé publique et de développement, conformément au but original des conventions internationales de contrôle des drogues.

De plus, notre pays est pleinement engagé dans le Programme de Développement Durable à l'horizon 2030, par son adhésion à la Résolution 70/1 de l'Assemblée Générale des Nations Unies, qui vise des objectifs concrets, et qui engagent les pays à développer des interventions concrètes pour venir en aide aux personnes usagères de drogues et leur assurer une prise en charge holistique.

En effet, l'objectif 3.5 des ODD (Objectifs du Développement Durable) engage les gouvernements à « renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives », les objectifs 3.3 et 3.4, visent respectivement, « de mettre fin à l'épidémie de sida et à combattre l'hépatite, et de prévenir et traiter les maladies non transmissibles et de promouvoir la santé mentale.

Par ailleurs, les recommandations mondiales en matière de politiques relatives à l'usage de drogues et aux troubles qui y sont liés, soulignent la nécessité de mettre en œuvre un ensemble complet de mesures qui tiennent compte des composantes de santé publique, en l'occurrence, de la prévention et de la réduction des risques, de la prise en charge des troubles ainsi que de la réadaptation. Les stratégies nationales se doivent d'être « équitables et axées sur les droits de l'homme », devraient tenir compte des déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé, et faire appel à des interventions fondées sur

des bases factuelles et scientifiques, et enfin, doivent être « orientées sur la santé publique et centrées sur les personnes ».

Ainsi, le plan stratégique national 2018-2022, en matière de prévention et de prise en charge des troubles addictifs, se veut ambitieux et réaliste. Il doit capitaliser toutes les avancées que le pays a concrétisées, modéliser les expériences phares, se conformer aux recommandations internationales et s'enrichir de l'expertise validée dans d'autres régions. En ce sens, le plan stratégique national, propose 07 objectifs spécifiques, déclinés en 07 axes stratégiques d'interventions et en 24 mesures.

Vue l'importance et la complexité de la problématique, le présent plan stratégique national, tient compte de la nécessité de mobiliser les ressources, renforcer la dynamique impliquant les décideurs et les acteurs professionnels et membres de la société civile, dans une optique de cohérence et de complémentarité des actions. Ce qui implique le renforcement du réseau des acteurs, l'amélioration des connaissances et des compétences, la diversification des services et interventions pour couvrir le maximum de la population cible, et répondre aux besoins d'autres populations identifiées et d'autres comportements addictifs.

Enfin, le plan stratégique national ne peut omettre de travailler sur l'accès aux droits humains, à la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion des personnes qui souffrent de troubles addictifs, et des personnes se trouvant dans des situations de vulnérabilités, notamment les femmes et les détenus.

REMERCIEMENTS ET RECONNAISSANCE

Ce document est élaboré sous la Direction du Professeur Abderrahmane Maâroufi, ex Directeur, et du Dr Youbi Mohammed, Directeur de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM), avec l'appui du programme du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il est le fruit d'une concertation auprès des membres d'associations thématiques nationales, des professionnels de santé et des personnes ressources nationales, experts techniques ou gestionnaires de programme, ainsi que d'une assistance technique internationale.

1. Comité de Pilotage

DELM :

Président : Dr Mohammed Youbi, Directeur de la DELM

Membres :

- Dr Latifa Belakhel, Chef de la Division des Maladies Non Transmissibles;
- Dr Omar Bouram, Chef par interim du Service de la Santé Mentale et des Maladies Dégénératives (SSMMD) ;
- Mme Soumaya Rachidi, Point focal du Programme National de Lutte contre les Addictions - SSMMD ;
- Dr Amina Latifi, Chargée de projet /UG-PRSS ;
- Mme Boutaina EL Omari; Coordinatrice de l'Unité de Gestion du Fonds mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme ;
- ONUSIDA : Dr Kamal Alami, Directeur du Programme ONUSIDA-Maroc.

2. Contributions

Ont contribué de prêt ou de loin, et collaboré à l'élaboration de ce plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs, les gestionnaires centraux, régionaux et locaux chargés de la mise en œuvre et du suivi de la stratégie nationale dans le domaine, les professionnels de la santé et les membres des associations thématiques, ainsi que les partenaires nationaux et internationaux du ministère de la santé. Ont contribué également

à la lecture et à la validation finale du document : Abderrahamane Maâroufi, El Berri Hicham, Toufiq Jallal, Alami Kamal, Gharbi Najat, Rachidi Soumaya, Omar Bouram, Abboudi Adil, Abtal Toufiq, Alaoui Fdili Meryem, Bakhat Oumkeltoum, Belqari Nadia, Bendriss Monssef, Benhallam Soundous, Benjelloun Saloua, Bennani Aziza, Bouzzitoun Faouzia, Bouda Said, Chafiq Nadia, Cohen Imane, Dohri Jaouad, El Idrissi Hicham, El Khammas Mohammed, El Kirat Houda, El Miloudi Sabah, El Yazaji Meriem, Houari Abderrahim, Meziane Bellafkih, Laraqui Rachida, Larche Zakaria, Ouiaourir Tahar, Ouass El Hassan, Qarqouri Driss, Rahmani Abdelhafid, Regragui Mouna, Sabiri Ahmed, Salhi Youssef.

3. Appui Technique et Financier

- L'assistance technique a été fournie par Dr Béatrice Stambul et Dr Fatima Asouab, respectivement, expertes internationale et nationale pour le projet.
- L'appui financier du projet de révision de la stratégie nationale et de l'élaboration du nouveau plan national s'est inscrit dans le cadre du programme de renforcement du système de santé (P-RSS) en partenariat avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

5. Secrétariat et assistance bureautique et logistique

- Mr El Mahdi Essaid, secrétariat –DMNT et Mr Hsain Ait Ben Hsain cadre infirmier au SSMMD.
- Mme Assmae Mouhsine, Assistante- UGFM-DELM et Mr El Amrani, Administrateur-UG-PRSS.

1. TABLE DES MATIERES

ACRONYMES.....	12
CHAPITRE 1 : CONTEXTE, ANALYSE DE LA SITUATION.....	19
1. INTRODUCTION	20
2. PRESENTATION GENERALE DU PLAN.....	22
NÉCESSITÉ D'UN PLAN.....	23
LE MAROC : UN CONTEXTE PARTICULIER.....	23
UN BESOIN DE COHÉRENCE.....	24
LA RÉDUCTION DES RISQUES : UN CHANGEMENT DE PARADIGME.....	24
OMS : LE PROBLÈME MONDIAL DE LA DROGUE SOUS L'ANGLE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	24
UNGASS SUR LA DROGUE AVRIL 2016: RECOMMANDATIONS DE LA SESSION EXTRAORDINAIRE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES.....	25
OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENTS DURABLES POUR 2030(ODD).....	25
3. CONTEXTE.....	26
CONTEXTE NATIONAL	26
EPIDÉMIOLOGIE.....	27
3.1.1 DONNEES INTERNATIONALES.....	27
3.1.2 DONNEES REGIONALES	27
3.1.3 DONNEES NATIONALES.....	29
DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL.....	33
3.1.4 OFFRE DE SOINS AU MAROC.....	33
3.1.5 ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS.....	33
3.1.6 AXES D'INTERVENTIONS EXISTANTES.....	36
3.1.7 LEGISLATION	40
3.1.8 PARTENARIAT.....	41
3.1.9 EVALUATION ET RECHERCHE.....	42
4. ANALYSE DES RÉALISATIONS.....	45
PRINCIPAUX INDICATEURS DE SUIVI	45
FACTEURS D'ÉCHECS.....	48
FACTEURS DE RÉUSSITE.....	49
5. ANALYSE FFMO.....	52

FORCES	52
FAIBLESSES	53
LES OPPORTUNITES	55
LES MENACES	56
6. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	58
6.1. LES USAGES ET ADDICTIONS EN CHIFFRES	58
6.2. LA REPONSE	59
7. OBJECTIFS DE LA CONSULTATION	60
8. RESULTATS ATTENDUS DE LA CONSULTATION	60
9. METHODOLOGIE	60
10. BILAN	62
AXE1 : PROMOTION DE LA SANTE MENTALE, PREVENTION ET DETECTION PRECOCE DES ADDICTIONS	68
OS.1. MENER DES ACTIONS DE PRÉVENTION CIBLANT LA POPULATION GÉNÉRALE ET LES POPULATIONS VULNERABLES	68
AXE 2 : THÉRAPIE ET OFFRE DE SOINS	72
OS.2. EN 2022, ASSURER AUX USAGERS DE DROGUES UN DISPOSITIF DE SOINS HOMOLOGUE ET POLYVALENT DANS LES 12 RÉGIONS SANITAIRES.	73
AXE 3 : RÉDUCTION DES RISQUES	76
OS.3. 90% DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES (PID) UTILISENT LES SERVICES DE REDUCTION DES RISQUES (RDR) ET 60% ONT ACCES AU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DANS TOUS LES SITES	77
AXE 4 : RENFORCEMENT DES COMPETENCES	79
OS.4. EN 2022, AUGMENTATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE EN QUALITE ET EN QUANTITE	79
AXE 5: GOUVERNANCE ET PARTENARIAT	80
OS.5. EN 2022, RENFORCER LE LEADERSHIP ET LA GOUVERNANCE DU PROGRAMME NATIONAL D'ADDICTOLOGIE	80
OS.6. EN 2022, LE SECTEUR MÉDICAL ET LES ONG THÉMATIQUES HARMONISENT LEUR FONCTIONNEMENT	82
AXE 6.SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE	83
OS.7. EN 2022, LE MINISTERE SE DOTE D'UN OUTIL NATIONAL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET D'ÉVALUATION EXHAUSTIF ET FIABLE RELAYÉ PAR LES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU DES DRS.	83

**AXE 7. RÉDUCTION DE LA DISCRIMINATION ET DE LA STIGMATISATION DES
USAGERS DE DROGUE..... 85**

**OS.8. EN 2022, LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES USAGERS DE DROGUES,
LA DÉFENSE DE LEURS DROITS À LA SANTÉ, À LA DIGNITÉ, À LA CITOYENNETÉ EST UNE
PRIORITÉ.....85**

2. ACRONYMES

AMO	Assurance Maladie Obligatoire de base
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
BM	Banque Mondiale
BO	Bulletin Officiel
CAPM	Centre Antipoison du Maroc
CCC	Communication basée sur le Changement de Comportement
CDE	Convention relative aux Droits de l'Enfant
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMB	Couverture Médicale de Base
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
DGAPR	Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion
DGCL	Direction Générale des Collectivités Locales
DGSN	Direction Générale de la Sureté Nationale
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
ENPSF	École Nationale de Santé Publique
ESSP	Établissement de soins de santé primaire
FESP	Fonctions essentielles de santé publique
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation
FM	Fonds mondial de lutte contre sida tuberculose et malaria
HCP	Haut-Commissariat au Plan
HAS	Health System Analysis
IBBS-RDS	Enquêtes Intégrées de Surveillance Bio-comportementale
IDH	Indice de développement humain
IFCS	Instituts de Formation aux Carrières de Santé
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
ISPITS	Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et des Techniques de Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LOF	Loi Organique de Finances

LMD	Licence, Master et Doctorat
MENFP	Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MMT	Méthadone Maintenance Treatment
MNT	Maladies Non Transmissibles
MS	Ministère de la Santé
MSFFDS	Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMDA	Observatoire Marocain des Drogues et Addictions
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le sida
ONUDC	Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OSC	Organisation de la Société Civile
ONDH	Observatoire National du Développement Humain
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Personnes Injectrices de Drogues
PUD	Personne Usagère de Drogues
RAMED	Régime d'Assurance Maladie pour les Économiquement Démunis
RH	Ressources Humaines
RESSP	Réseau des Établissements de Soins de Santé Primaires
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RDR	Réduction des Risques liés à l'usage des Drogues
RDS	Randomized Driven Sample
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
REMS	Réseau des Établissements Médico-Sociaux
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
SSB	Soins de Santé de Base
SPA	Substances Psychoactives
SSP	Soins de Santé Primaires
TB	Tuberculose
TIC	Technologie d'Information et de Communication
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostic
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UD	Usager de Drogues
UDVI	Usager de Drogues Injecteurs par Intraveineuse

UMM	Unités Médicales Mobiles
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nation General Assembly Special Session
VHB	Virus Hépatite de type B
VHC	Virus Hépatite de type C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ

Dans un contexte mondial et national marqué par l'augmentation de la consommation de substances psychoactives, et par l'apparition de nouvelles substances, ainsi que l'émergence de comportements addictifs et les risques liés aux contaminations au VIH et VHC parmi les personnes qui utilisent des drogues (PUD), le Royaume du Maroc se dote, sous l'égide du Ministère de la Santé, d'un PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS 2018-2022.

Ce plan stratégique est une réponse globale et transversale à cette priorité de santé publique.

Dans une première partie, ce plan décrit les spécificités de notre pays, le cadrage des organisations internationales, et analyse l'offre de soins existante et les avancées déjà mises en place à l'échelle nationale, et recense les partenaires potentiels.

Le plan stratégique national a été conçu dans le cadre d'un processus participatif, qui a impliqué de nombreux intervenants et acteurs (décideurs, professionnels, acteurs communautaires et usagers), sous forme d'ateliers, focus groupes, et entretiens.

L'étude des plans précédents et des stratégies complémentaires, a permis d'identifier et construire 7 axes : **1. Promotion de la santé mentale, prévention et détection précoce des addictions** : la prévention impliquant les partenaires actuels et potentiels, vers le grand public comme les groupes à risque fait l'objet d'une mobilisation prioritaire. **2. Thérapie et offre de soins** : la couverture territoriale assure dans les 12 régions sanitaires un dispositif homologue et polyvalent, par la création de centres ou antennes là où ils n'existent pas, le renforcement des équipes en nombre et en compétences, ainsi que l'offre en milieu pénitentiaire alignée aux normes nationales, et l'initiation de projets pilotes. **3. Réduction des risques** : tous les centres offrent des sites de dépistage des pathologies liées aux addictions, l'accès aux programmes d'échange de seringues (PES) et aux traitements de substitution aux opiacés (TSO). **4. Renforcement des compétences** : des formations sont proposées à tous les profils de professionnels en contact avec les PUD, les équipes sont étoffées, et les travailleurs pairs accèdent à un vrai métier. **5. Gouvernance et partenariat** : la cohérence des activités

exige un pilotage ministériel, une coordination régionale, une harmonisation du fonctionnement entre le secteur public et les ONG et une gouvernance unique des centres. **6. Suivi-évaluation et recherche :** le recueil des données, la surveillance épidémiologique, le suivi des activités, l'accréditation des structures sont organisées sur le plan régional et coordonnées au niveau national. **7. Réduction de la discrimination et de la stigmatisation des usagers de drogues:** la lutte contre les discriminations des PUD, alliant professionnels, associations d'usagers et associations de droits de l'homme s'opère via des stratégies de communication et l'initiation d'un plaidoyer pour la révision du cadre juridique.

SUMMARY

In a global and national context of increase of psychoactive substances consumption and HIV /HVC infections with drug injectors, Kingdom of Morocco develops, with the support of Ministry of Health (MoH) a National Strategic Plan on Prevention and Care for Substances Use Disorders 2018-2022.

The national plan provides a comprehensive response to this public health priority.

In its first part, this plan describes the specificities of our country, international organizations framework, and explores existing progresses, health care facilities and identify potential partners.

The national strategic plan was conceived as part of a participatory process, which involved concerned actors (stakeholders, professionals, community actors and users), via workshops, focus- groups, and interviews, based on an analysis of previous plans and specific strategies. Seven axis were identified: **1. mental health promotion, prevention, early detection of addictive disorders:** Prevention involving all present and potential partners, in benefit to general population as well as high risks groups. **2. treatment and access to health facilities:** scale up and territorial coverage insured in the 12 sanitary regions, by providing equivalent and polyvalent facilities, specific centers or local units where needed, strengthening staffs in sufficient number and competencies, extending health care services in prison settings in line with national norms and standards. **3. harm reduction:** each addiction center provides screening sites for addiction-linked diseases, access to needle exchange, and OST in a framework of scaling up the implemented Combined Prevention disposal. **4. professional empowerment :** trainings are offered to all staff in contact with PWD, teams are expanded, peer workers have access to a real profession. **5. governance and partnership :** consistency of activities calls for steering at a ministerial level, regional coordination, harmonized functioning between public services and OCS, and a unique governance of care centers. **6. follow-up, assessment and research:** data collection, epidemic monitoring, follow-up methodologies, accreditation process of the facilities are regionally organized and nationally coordinated. **7. reduction of discrimination and stigmatization of drug users :** anti-stigma and discrimination policy, bringing together health professionals, users groups, and human rights organizations promotes a strategic communication work plan, and are drawn into a commitment process to renewing the legal framework.

ملخص

تشير الأرقام حالياً وعلى الصعيد العالمي إلى تزايد استخدام المؤثرات العقلية لدى شرائح عدة من المجتمعات وخاصة الفئات الهشة منها، ويتسم أيضاً بظهور مواد جديدة تضع الدول والمجتمعات أمام تحديات متتالية، إلى جانب الحالات المرضية المواكبة والوفيات والأخطار الناجمة عن السلوكيات والوسائل المستعملة، نذكر من بينها الأمراض التعفنبة الناتجة عن العدوى بفيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد الفيروسي من نوع س وداء السل، إلى جانب التبعات السوسيو-اقتصادية الفردية والأسرية والمجتمعية أثرت تلك المشاكل الصحية.

ضمن السياق الوطني، اتخذت وزارة الصحة إستراتيجية وطنية، ومخطط وطني مجال الوقاية والتكفل باضطرابات الإدمان للفترة ما بين 2018-2022، أخذاً بعين الاعتبار الوضع الوبائي على المستوى الوطني والمكونات المتعلقة بالمنظومة الصحية والاطراف المعنية من مؤسسات ومجتمع مدني.

تستجيب هذه الخطة الاستراتيجية للأولويات الوطنية في مجال الصحة، وتتماشى مع التوجهات الدولية لدعم مجالي الوقاية والعلاج وإعادة الإدمان، ضمن منظور جديد يعتمد مقاربة شمولية للمريض المصاب، ضمن منظومة صحية تستجيب لمتطلباته العلاجية دون وصم أو تمييز وتدعم.

اعتمدت الوزارة، من أجل وضع الخطة الاستراتيجية الوطنية، عملية تشاركية على شكل ورشات عمل ومقابلات تضمنت جل الشركاء والجهات الفاعلة.

تتطرق الخطة الوطنية أولاً إلى السياق الدولي، خاصة في إطار منظمات الأمم المتحدة، ثم تصف خصوصيات بلدنا في مجالي الوقاية ومعالجة اضطرابات الإدمان، وتحلل مستوى الرعاية الصحية الحالية ومدى نجاعة الإجراءات التي تم تنفيذها بالفعل على المستوى الوطني، وتضع أهم التوجهات الاستراتيجية للسنوات المقبلة من أجل رفع مستوى مجالي الوقاية والتكفل باضطرابات الإدمان، إلى جانب تحديد لشركاء البرنامج الوطني حالياً والمحتملين في إطار تطوير الاستراتيجية الوطنية.

سمحت دراسة المخططات السابقة وتحليل الوضع الصحي الحالي، بتحديد 7 محاور أساسية:

1. تعزيز الصحة العقلية والوقاية من تعاطي المخدرات والكشف المبكر لحالات الإدمان،
2. توفير العلاج والرعاية،
3. الحد من المخاطر،
4. بناء ودعم المهارات،
5. الإدارة والشراكة،
6. الرصد والتقييم والبحث،
7. الحد من التمييز والوصم.

CHAPITRE 1

CONTEXTE, ANALYSE DE LA SITUATION

1. INTRODUCTION

Le Maroc, tout comme la majorité des pays de la planète, n'échappe pas aux dangers et méfaits de l'abus des substances psychoactives ou de la dépendance qu'elles génèrent.

Dans le monde, le nombre de personnes touchées par l'usage de drogues est estimé à 243 millions. Les rapports conjoints ONUDC/OMS/ONUSIDA/ Banque Mondiale, en 2012, rapportent des estimations pour les personnes nouvellement concernées par l'usage de drogues à 12.7 millions (8.9 -22.4 millions), correspondant à une prévalence de 0.27 % (0.19-0.48) parmi la population mondiale âgée de 15 à 64 ans.

Le nombre de personnes qui s'injectent des drogues est estimé à 13 millions de personnes dans le monde, 13% vivent avec le VIH et 52% vivent avec le VHC.

Au Maroc, la prévalence de l'usage des drogues au cours des douze derniers mois dans la population générale (15 ans et plus), est de 4.1%. Cet usage est dominé par le cannabis, à raison de 3,93%, suivi par les sédatifs. (ENPSM-2005)

Dès 1974, et dans le souci de se conformer aux grandes tendances internationales en la matière, le Maroc a institué une loi jugée à la fois moderne et adaptée aux réalités. C'est le Dahir relatif à « la répression et à la prévention des toxicomanies » qui sanctionne mais aussi offre une alternative aux "toxicomanes" en leur proposant l'injonction thérapeutique.

En parallèle, dès 1977, une « Commission Nationale des Stupéfiants », a été instaurée, composée de tous les Départements Ministériels médico-sociaux ainsi que ceux assurant la répression des infractions à la législation en vigueur.

Dès 2006, le Maroc a été parmi les premiers pays d'Afrique du Nord à adhérer officiellement au Réseau MedNet, affirmant ainsi l'inscription de sa stratégie de lutte contre les addictions en général et de prévention de l'usage des drogues en particulier dans un contexte méditerranéen. Cette situation confère au Maroc une position privilégiée parmi les pays du pourtour méditerranéen, dans le cadre du programme de renforcement des politiques de voisinage de l'Europe. En 2012, le Maroc devient membre du Groupe Pompidou (Conseil de l'Europe).

Ainsi, de multiples mesures ont été engagées par notre pays, depuis plusieurs années à tous les niveaux aussi bien politiques, juridiques, sanitaires, économiques qu'administratifs.

L'ampleur de l'usage de drogues a permis de considérer les troubles addictifs comme un problème de santé publique prioritaire. Les résultats de l'enquête nationale réalisée par le Ministère de la Santé diffusés en 2005, tout en donnant une image aussi exacte que possible de l'état de la santé mentale et des usagers de drogues en population générale marocaine dès l'âge de 15 ans et plus, ont tiré la sonnette d'alarme.

La prise de conscience d'une problématique complexe, nécessitant une mobilisation générale et la mise en place d'une stratégie nationale globale et intégrée, a révélé la nécessité urgente de prendre des mesures stratégiques adéquates durant la « Conférence Nationale de Santé Mentale, février 2007 sous le Haut Patronage du Roi ». Après un processus de concertation nationale, et tenant en compte de l'évolution du phénomène et des interventions à l'échelle internationale, et de l'émergence des nouveaux défis, des axes stratégiques ont été identifiés. Ces axes sont liés à la prévention primaire, secondaire et tertiaire, à la réduction des risques, aux traitements et à la réhabilitation formalisés dans le Plan National de Santé Mentale 2008-2012 et celui de 2012-2016.

C'est dans ce cadre, que ce « PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS 2018-2022 » en cohérence avec les stratégies et plans existants, a été élaboré afin de fournir des réponses à un certain nombre de questionnements :

- Quels est le contexte mondial, régional et national actuels ?
- Quelle est la situation épidémiologique de l'usage des SPA et des autres conduites addictives au Maroc, et des tendances nouvelles ?
- Quelles sont les réponses aux besoins de cette population ?
- Quels doivent être les axes stratégiques d'intervention ?
- Quelles sont les programmes à mettre en place dans les domaines de la prévention, des traitements, de la réhabilitation et de la lutte contre la stigmatisation ?
- Quels sont les acteurs clés ?
- Comment développer et pérenniser les alliances entre les différents intervenants ?
- Quels indicateurs retenir pour le suivi et l'évaluation des interventions identifiées ?

Le processus d'élaboration dudit plan s'est déroulé selon les étapes suivantes :

Etape 1 : La constitution d'un Comité de Pilotage composé des représentants de la DELM, de l'ONUSIDA, du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme à travers son Unité de Gestion, et l'Unité de Gestion du programme de Renforcement du Système de Santé (UGRSS-FM).

Etape 2 : La mise à disposition de tous les documents relatifs à la thématique par le service concerné, le Programme national de lutte contre le sida, et des programmes de prévention et de contrôle des hépatites et TB.

Etape 3 : L'organisation d'un atelier de concertation et de production, destiné à identifier les axes stratégiques, préconiser les interventions et choisir les indicateurs de suivi et d'évaluation des actions du plan national, tenant compte de l'analyse de la situation réalisée.

Etape 4 : La tenue de nombreuses entrevues et entretiens avec des personnes ressources et la réalisation de focus groupes animés par les deux consultantes au niveau du terrain à Tanger (PUD, associations Hasnouna et RdR-Maroc), des rencontres ont été menées avec les Responsables clés au sein des Directions centrales du Ministère de la Santé ou relevant d'autres Départements étatiques concernés : la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGAPR), le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP), la Délégation Interministérielle des Droits de l'Homme, et relevant d'organisations caritatives ou religieuses, essentiellement la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, et la Rabita Mohammédia des Oulémas du Maroc.

Etape 5 : La présentation de l'analyse de la situation actuelle, des besoins et de la revue des réponses offertes et potentielles.

Etape 6 : L'organisation d'un atelier de validation des axes stratégiques, des interventions et des indicateurs de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre dudit plan en tenant compte de l'analyse de la situation.

2. PRESENTATION GENERALE DU PLAN

Depuis une décennie, des évolutions importantes se sont produites dans l'appréhension du problème des usages et des addictions aux substances par les différents acteurs étatiques et communautaires. Ainsi, de nombreux projets, initiatives, stratégies se sont développés au Maroc pour répondre aux

problématiques liées à l'usage des drogues, qui exigent aujourd'hui d'être validés, structurés, harmonisés et amplifiés, pour produire des modèles et ouvrir des pistes à l'innovation.

NÉCESSITÉ D'UN PLAN

D'une façon globale, les axes dominants que s'est fixé le Royaume, dans ses choix qui sont déclinés sous formes de rapports, de plans, textes de loi, couplés à l'engagement des acteurs sanitaires et sociaux, ainsi que la participation de la communauté des PUD, témoignent d'une attention prioritaire portée à la thématique par notre pays. La connaissance du terrain et l'inscription dans le contexte des politiques internationales dans ce domaine, place d'emblée le Maroc dans processus dynamique de production et d'innovation remarquables.

LE MAROC : UN CONTEXTE PARTICULIER

La position géographique et géopolitique du pays, aux confluent des routes du trafic international, sa proximité avec le continent européen, l'importance de la diaspora marocaine en Europe, et l'existence de zones de production clandestines de cannabis sur son territoire apportent des spécificités qui sont autant d'éléments aggravant la situation, et imposant des réponses adaptées en particulier sur le plan sanitaire. Il faut à la fois prendre en compte :

- La production et la consommation traditionnelles de cannabis ;
- Le transit par son territoire d'une partie du trafic d'héroïne afghane et de cocaïne latino- américaine, dont les consommations progressent de façon préoccupante ;
- L'existence d'une connexion territoriale avec l'Espagne à 14 km au Nord du Maroc et surtout l'existence de 2 enclaves sur la côte méditerranéenne : Ceuta/ Tétouan et Melilia/Nador ;
- Les marocains résidant à l'étranger, par lesquels de nouvelles substances et types de consommations peuvent apparaître sur le territoire national ;
- Les phénomènes de mondialisation à travers le darknet, font émerger et diffuser de nouvelles molécules, de nouvelles pratiques et de nouvelles modalités d'usage.

UN BESOIN DE COHERENCE

La multiplicité des actions entamées ne sont pas organisées au sein d'un dispositif homogène qui permettrait de les évaluer, de les coordonner entre elles, d'analyser les avancées comme les échecs, les accomplissements comme les manques. Si les objectifs initiaux se révèlent adaptés aux besoins, il importe de valider les acquis et de les reproduire sur tout le territoire, de développer des innovations justifiées par l'évolution du terrain, et l'apparition de nouvelles pratiques addictives. La question des drogues est complexe et transversale : la stratégie du plan doit œuvrer à l'implication de tous les secteurs : les ministères, les Organisations de la Société Civile (OSCs), les médias, les acteurs communautaires et les bénéficiaires.

LA RÉDUCTION DES RISQUES : UN CHANGEMENT DE PARADIGME

La prise en charge de l'épidémie du VIH/SIDA a nécessité d'adopter une politique réaliste et pragmatique, et a ouvert la voie aux premiers programmes de Réduction des Risques infectieux chez les injecteurs de drogues. Ces actions décidées par des tutelles éclairées, connaissant les expériences internationales et leurs résultats concrets et bénéfiques, conçues par des bailleurs avisés, portés par des acteurs militants, a complètement changé la donne dans le pays, rejetant la moralisation qui pesait sur l'usage, créant de nouveaux outils, faisant des usagers des acteurs de leur propre santé. Les premiers constats sont positifs : les programmes sont d'un bon rapport coût efficacité, ils proposent des objectifs concrets, ils promeuvent des valeurs humanistes qui préservent les droits humains. L'expérience du Maroc est actuellement reconnue, à l'échelle internationale comme programme pionnier et novateur au niveau régional et continental.

OMS : LE PROBLÈME MONDIAL DE LA DROGUE SOUS L'ANGLE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dans sa 138^{ème} session, préparant l'UNGASS 2016, l'OMS a posé un cadre de priorités sanitaires qu'il est nécessaire d'adopter et d'adapter aux réalités nationales.

« Jusqu'ici, la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre la drogue a été largement dominée par les mesures visant à réduire l'usage de la drogue en faisant respecter l'interdiction de l'usage non médical des substances soumises à un contrôle international et les moyens connexes de répression. Il est donc nécessaire maintenant de mettre en œuvre un ensemble complet de mesures de lutte contre la drogue qui s'appuie sur la dimension santé publique ; depuis la prévention primaire,

la réduction des risques, la prise en charge des troubles liés à l'usage de la drogue jusqu'à la réadaptation et aux soins, et qui repose sur les préceptes de santé publique fondamentaux d'équité et de justice sociale et de droits de l'homme. L'accent étant mis sur les pays et les populations qui en ont le plus besoin, en tenant dûment compte des déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé, en faisant appel à des interventions fondées sur des bases factuelles et scientifiques, et à des approches centrées sur les personnes ».

UNGASS SUR LA DROGUE AVRIL 2016 : RECOMMANDATIONS DE LA SESSION EXTRAORDINAIRE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES

La résolution adoptée par l'Assemblée générale le 19 avril 2016 (S-30/1) et surtout des recommandations pratiques concernant la réduction de la demande et les mesures connexes, y compris la prévention et le traitement, ainsi que d'autres questions ayant trait à la santé sont ainsi définis :

« Nous nous engageons de nouveau à promouvoir la santé physique et morale et le bien-être des individus, des familles, des communautés et de la société dans son ensemble, et à favoriser des modes de vie sains en mettant en œuvre, à tous les niveaux, des initiatives de réduction de la demande efficaces, globales et fondées sur des données scientifiques qui prévoient, conformément à la législation nationale et aux trois conventions internationales relatives au contrôle des drogues, des mesures de prévention, d'intervention précoce, de traitement, de prise en charge, de rétablissement, de réadaptation et de réinsertion sociale, ainsi que des initiatives et mesures visant à réduire au minimum les conséquences néfastes de l'abus de drogues sur la santé publique et la société »

« Il faut mobiliser les ressources voulues pour aborder et combattre le problème mondial de la drogue et souhaitons qu'une assistance accrue soit apportée aux pays en développement qui le demandent pour appliquer effectivement la Déclaration politique et le Plan d'action, ainsi que les recommandations pratiques figurant dans le présent document ».

OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE POUR 2030 (ODD)

L'objectif 3.5, engageant les gouvernements à « renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives », les objectifs 3.3 et 3.4, qui visent respectivement, « de mettre fin à l'épidémie de sida et à combattre l'hépatite, et de prévenir et traiter les maladies non transmissibles et de promouvoir la santé

mentale, et enfin l'objectif 3b, qui engage les pays à une meilleure gouvernance en matière d'accès aux médicaments essentiels.

Parmi les ODD il y a un minimum des trois objectifs qui justifient des interventions concrètes pour venir en aide aux PUD vulnérables et leur assurer une PEC holistique ainsi qu'aux populations vulnérables pour la problématique des usages de drogues et addictions.

- Eradication de la pauvreté sous toutes ses formes
- Assurer une santé et promouvoir le bien être pour tous et à tout âge.
- Achever les actions d'égalité de genre et renforcer la capacité des femmes et filles.

Enfin, l'adéquation du Plan Stratégique National de Prévention et de Prise en Charge des troubles Addictifs 2018-2022, avec les recommandations des différentes agences des nations unies, sont des facteurs de réussite, de pérennisation et de développement.

3. CONTEXTE

CONTEXTE NATIONAL

Le Maroc s'est engagé dans un processus de consolidation de la démocratie et des droits en se dotant d'une nouvelle Constitution qui réaffirme dans son préambule, l'attachement du Royaume aux Droits de l'Homme tels qu'ils sont universellement reconnus.

Par la nouvelle constitution, notre pays s'engage également à « développer une société solidaire où tous jouissent de la sécurité, de la liberté, de l'égalité des chances, du respect de leur dignité et de la justice sociale ». Par ailleurs, le Royaume a ratifié un certain nombre de conventions internationales relatives aux droits humains.

C'est ainsi que, dans un contexte également marqué par une évolution rapide des situations relatives au fléau de l'usage de substances et des comportements addictifs : l'ouverture socio-économique et les grands flux migratoires, le Ministère de la Santé a choisi d'inscrire le domaine de la santé mentale de la population générale et celle des personnes qui utilisent des drogues et/ou atteintes de troubles addictifs en particulier, dans ses orientations prioritaires, à l'instar d'autres pays du monde.

Ce choix s'est traduit par une stratégie fondée aussi bien sur l'implantation de mesures préventives que d'objectifs visant l'amélioration de l'accès aux soins de santé ainsi que de promotion de la santé en général. Le Ministère a choisi également, et d'une manière précoce, de s'engager dans une politique appropriée pour réduire les risques liés à la consommation des substances psychoactives, en particulier injectables, impliquant largement la société civile.

La mise en place de services de santé adaptés aux besoins de cette population marginalisée et hautement vulnérable constitue un vrai défi. En outre, les conditions dans lesquelles ce défi peut être relevé dépendent non seulement des ressources disponibles dans notre pays, mais aussi de la créativité et de la volonté de prendre en compte et de saisir les opportunités offertes, de renforcer les expériences existantes, de mutualiser les ressources dans le cadre de Conventions Cadres engageant le Ministère de la Santé avec divers partenaires (Fondation Mohammed V pour la Solidarité, la Société Civile, Ministères , la DGAPR, le CNDH...).

EPIDÉMIOLOGIE

3.1.1. Données internationales

Le rapport mondial¹ sur les drogues 2016 s'inscrit dans le sillage de la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le problème mondial de la drogue. Il donne un aperçu global de l'offre et de la demande d'opiacés, de cocaïne, de cannabis, de stimulants de type amphétamine et de nouvelles substances psychoactives, ainsi que de leurs incidences sur la santé :

- 247 millions de personnes ont pris des drogues au cours de l'année écoulée ;
- 29 millions de personnes souffrent de troubles liés à l'usage de drogues, parmi elles, 1 personne sur 6 suit un traitement.

3.1.2. Données régionales²

¹ (Rapport mondial sur les drogues ONUDC 2016)

²(global state of Harm Reduction 2016) Epidémiologie VIH VHC, réponses RDR en MENA.

Tableau n°1 :

Pays avec Usage de drogues IV déclaré	UDVI	Prévalence VIH chez les (%) UDVI	VHC prévalence (%) chez UDVI	VHB prévalence (%) chez UDVI	Programmes de RDR	
					PES	TSO
Algérie	Nc	Nc	Nc	Nc	0	0
Bahrain	Nc	55.8	Nc	Nc	0	0
Egypte	31,000	6,5-6,8	49,4 (35,8-63)	13,5 (10,9-16)	9	0
Iran	200,000	13,8	50,2 (34,5-65,9)	17,3 (3,7-30,9)	80	75,983 (M, B.O)
Irak	34,673	Nc	Nc	Nc	0	0
Jordanie	Nc	6	Nc	Nc	2	0
Kowait	Nc	0	54	Nc	0	0
Liban	3,114	1	52,8	Nc	2	0
Libye	7,206	87	94	5	0	0
Morocco	18,500	11,4	57	Nc	4	6
Oman	Nc	3,8	Nc	Nc	0	0
Palestine	Nc	0	Nc	Nc	1	0
Qatar	Nc	Nc	Nc	Nc	0	0
Arabie Saoudite	10,000	3,5	49,8 (14,1-85,4)	49,8 (14,1-85,4)	0	0
Syrie	10,000	Nc	60,5	60,5	0	0
Tunisie	9,000	3	Nc	Nc	3	0
Emirats arabes unis (UAE)	Nc	Nc	Nc	Nc	0	0
Yemen	Nc	Nc	Nc	Nc	0	0

Ce tableau compare les pays de la région en termes d'usage de drogues par voie injectable, et de réponses apportées. Le Maroc apparaît clairement comme un pays très concerné, mais où la riposte est positive et structurée. Il est en tous cas le seul des états d'Afrique du Nord à être aussi avancé dans cette démarche.

3.1.3. Données nationales

Une série d'études ont été menées depuis une décennie :

- Une Enquête en population générale chez les plus de 15 ans sur la prévalence des troubles mentaux ;
- Des enquêtes parmi les jeunes 15-17 ans scolarisés (Medspad) ;
- 2006/2008/2014 : Evaluations rapides du risque d'infection VIH chez les usagers de drogues injectables avec l'appui de l'ONUSIDA, UNODC (Casablanca, Rabat, Salé, Tanger, Tétouan, Nador, Oujda, Fès, Al Hoceima, Martil, Fnideq, Mdiq, Chefchaouen, Berkane, et autres sites) ;
- 2010-2011 : Etudes bio-comportementales intégrées parmi les UDI (Tanger et Nador) ;
- 2013-2014 : Etudes bio-comportementales intégrées parmi les UDI Tétouan ;
- 2014-2016 : Prévues (Tanger, Nador Alhoceima, Larache...).

DES RESULTATS ANCIENS D'UNE ENQUETE NATIONALE EN POPULATION GENERALE (>=15 ANS) (2003-2005) SONT LES SEULS A DONNER DES RESULTATS GLOBAUX :

- Usage de substances psychoactives (SPA) durant les 12 derniers mois de l'enquête : 4,1%
- Abus de SPA : 3%
- Dépendance aux SPA : 2,8%
- Abus d'alcool : 2%
- Dépendance alcoolique : 1,4%
- Le cannabis : drogue la plus consommée (3,94 %)
- L'usage de drogues concerne des populations de plus en plus jeunes avec une évolution continue des modes d'usage des substances psychoactives
- Prévalence de l'usage d'Héroïne 0,02% Cocaïne 0,05% chez les 15 ans et plus.

Le tableau a beaucoup évolué, mais seules des enquêtes partielles viennent en témoigner.

LES JEUNES (ENQUETE MEDSPAD 2013)

Cette enquête très détaillée confirme le rajeunissement de l'âge des premières consommations, la palette étendue des connaissances et des initiations (tabac, alcool, médicaments, substances illicites).

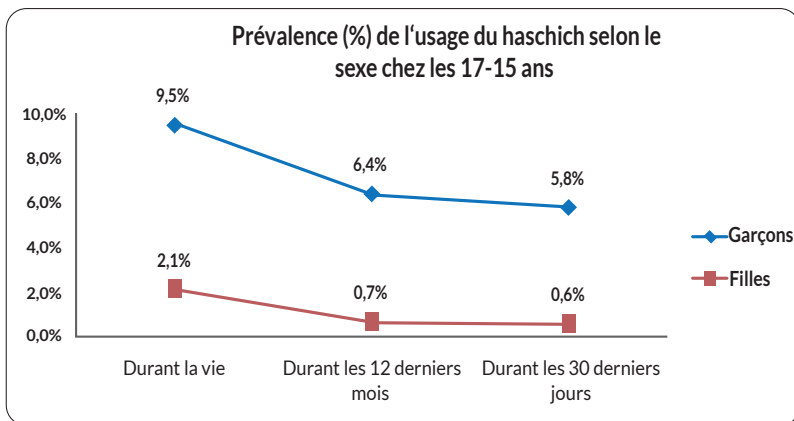
Ainsi, chez les enfants âgés de 15-17 ans, elle a permis d'identifier les prévalences suivantes :

- Durant la vie, le tabac était la substance la plus consommée chez les enlevés de 15-17 ans pour les deux sexes (garçons 20 %, filles 6%).
- Chez les garçons, la prévalence durant la vie du cannabis était de 9,5 %, celle de l'alcool de 7,6% et les psychotropes venaient en dernier (4,1%).
- Durant la vie, les filles consommaient les psychotropes dans 4,4% des cas, puis l'alcool dans 2,8 % des cas et le cannabis était consommé en dernier dans 2,1% des cas.

L'âge d'initiation aux substances psychoactives est précoce chez les élèves. Les absences de l'école, les fugues du domicile, une note au-dessous de la moyenne et l'insatisfaction de la relation avec les parents, sont liées de façon statistiquement significative à la prise de drogues.

L'analyse globale de l'usage de drogues chez les lycéens marocains établit un certain nombre de facteurs de risque notamment trois cruciaux :

- La facilité d'accès aux drogues, parfois vendues à proximité des établissements scolaires ;
- La perception banalisante de l'usage de drogues.
- L'absence de programmes préventifs étendus à tout le pays, constants, adaptés et évalués.



L'enquête ne concerne pas les enfants déscolarisés vivant dans des conditions défavorables dont les prévalences pourraient être plus fortes, l'âge plus jeune, et les produits plus divers (solvants synthétique et volatiles).

LES USAGERS DE DROGUES INJECTEURS

Grâce à la mise en place d'enquêtes intégrées de surveillance bio-comportementale auprès des Usagers de Drogues Injectables (RDS-IBSS) à Tétouan, Tanger ou Nador en 2011/2012, nous bénéficions d'évaluations qualitatives et quantitatives très fouillées, permettant entre autre de mesurer la prévalence des maladies transmises par le sang.

Selon l'enquête IBSS réalisée auprès d'usagers de drogues injectables à Tétouan en 2013-2014, sur 212 injecteurs recrutés 205 étaient des hommes (les femmes ayant plus recours au mode d'administration fumable qu'injectable), avec un âge médian de 39 ans.

Le taux de partage des seringues était élevé (20% au cours des 6 derniers mois), celui des autres matériels d'injection moindre. La connaissance des liens entre le partage des matériels servant à l'injection et la transmission du VHC était plus confuse et moindre que pour le VIH.

Des études d'estimation de taille des populations clés ont été réalisées en 2015 au Maroc qui ont chiffré l'effectif des UDI à 1.500. Les estimations de taille des partenaires sexuelles féminines des UDI ont établi leur effectif à 2.800 environ.

ÉLEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES DU VIH ET VHC

La prévalence du VIH au Maroc reste faible et relativement stable dans la population générale, autour de 0,1%, Selon la modélisation de l'incidence du VIH au Maroc, 67 % des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de sexe, parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des usagers de drogues par voie injectable. Ces derniers, avec leurs partenaires, représenteraient 6,5 % des nouvelles infections. Ces données générales cachent en fait une situation très hétérogène. En effet, les études réalisées parmi les usagers de drogues depuis 2005 révèlent une situation très contrastée quant au recours à l'injection intraveineuse et quant à la prévalence VIH et VHC.

L'épidémie de VIH dans les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, parmi lesquelles les professionnelles du sexe féminines : 2,0%, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes : 4,4%, les usagers de drogues injectables : 8% et les migrants : 3%. Des prévalences élevées ont aussi été enregistrées parmi certaines populations en contexte de vulnérabilité, telles que les détenus : 0,3-1% et les ouvrières saisonnières : 0,4-1%. Ce qui confère également un caractère concentré et hétérogène de l'épidémie du VIH au Maroc.

Les études menées entre autres dans les sites du nord montrent une prévalence concentrée au Nord et reste contrastée dans les 4 principaux sites étudiés :

Tableau n°2 : Prévalences du VIH et VHC parmi les PID

SITE	PREVALENCE VIH	PREVALENCE VHC
Tanger (2010)	0.4	45.4
Nador (2011)	25	73
Tétouan (2014)	7	45.4
Al Hoceima (2008)	0	9.3

AUTRES DONNEES RELATIVES AUX PID

- **Incarcération et pratiques à risques en prison RDS Tétouan, 2014**

Quatre sujets sur cinq, (80,3 %), ont été incarcérés au moins une fois au cours de la vie. Lors du séjour en prison, l'écrasante majorité, (90,1 %), déclarent y avoir consommé des drogues.

- **Consommation des drogues en Europe/enclave Sebta**

73,6 des sujets ont consommé des drogues en Europe et un peu plus d'un quart, (27,6 %), en ont consommé à Sebta (Ceuta).

- **Accès aux soins pour addiction**

Sept sujets sur dix, (69,1 %), déclarent avoir suivi un traitement pour leur problème d'addiction.

Les héroïnomanes arrivent en tête (69,1 %), suivis loin derrière par ceux ayant des problèmes de cocaïne/crack (18,3 %).

Un peu moins de la moitié a été soigné à l'hôpital psychiatrique. Abstraction faite des psychiatres et médecins privés, (18,2 % non ajusté), le recours à d'autres lieux de soins est anecdotique.

DIAGNOSTIC ORGANISATIONNEL

L'offre de soins, de la prévention à la réhabilitation, connaissent un développement inégal, avec des forces mais aussi des faiblesses, une organisation au niveau central comme régional en pleine restructuration, des disparités tant dans les ressources humaines, les programmes que dans leurs financements. Les formations, l'évaluation, les partenariats existent de façon inconstante.

3.1.4. Offre de soins au Maroc.

- Offre de soins : 2 689 établissements de soins de santé primaires, 144 hôpitaux (environ 22 146 lits. Le secteur privé, 6 763 cabinets privés et 439 cliniques, situés principalement en zone urbaine et sur la côte Atlantique Nord).
- La densité de médecins, dans le secteur privé et public, est de 0,43 à 0,62 médecin pour 1000 habitants,
- La densité de personnels infirmiers entre 0,89 et 0,97 pour 1000 habitants.

3.1.5. Analyse de l'offre de soins

Les réformes profondes du système de santé des dernières années constituent d'importantes opportunités d'amélioration des performances du système.

L'adoption de textes législatifs : Constitution de 2011, la loi de Régionalisation, la loi sur la couverture médicale de base 65-00 (AMO), la loi-cadre sur le système de santé et l'offre de soins 34-09 et ses textes d'application, la loi 131/13 sur

l'exercice de la médecine ainsi que d'autres textes législatifs et réglementaires concernant les principes de droits humains consacrés par la Loi Fondamentale ont été promulguées. Ces lois devraient, une fois appliqués, réduire sensiblement les inégalités dans la répartition de l'offre de soins dans toutes ses dimensions (ressources humaines, infrastructures, équipements, logistique, médicaments...).

Dans son avis sur le projet de Loi 131-13 relatif à l'exercice de la médecine, le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE)³ a rappelé les progrès réalisés mais a formulé également une série de constats sur l'offre de soins de santé au Maroc, notamment :

- Le système de santé actuel est déséquilibré et peu efficace.
- On constate une pénurie très importante en ressources humaines.
- Il existe des problèmes d'accessibilité géographique et financière aux services.
- On déplore des problèmes de qualité des services, y compris d'hygiène et de sécurité des établissements.
- Il demeure une centralisation excessive de la gouvernance et une résistance interne à la mise en œuvre de la régionalisation.
- Les missions de santé publique sont inégalement réparties entre les secteurs public et privé et les deux pôles se développent de manière dichotomique et non complémentaire.
- Déséquilibre géographique des personnels de santé entre les différentes régions

PARTENARIAT PUBLIC PRIVE ET COORDINATION INTERSECTORIELLE

La collaboration intersectorielle, qui est indispensable pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, est limitée et souffre du manque de coordination et de synergie entre les divers acteurs tant au niveau territorial que central. Les commissions nationales et régionales de santé prévues dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins (SROS), devraient être opérationnalisées.

TRANSPARENCE ET REDEVABILITE

Dans le cadre du contrôle qualité, un système d'auto-évaluation et un concours qualité des établissements de soins de santé primaires ont été mis en place par le

³Rapport CESE ;2014

Ministère de la Santé. Il manque des mécanismes de redevabilité qui permettent de rendre compte du respect ou non des mesures, règles et directives adoptées ainsi que du niveau de réalisation des activités planifiées et des résultats escomptés.

SYSTEME D'INFORMATION

Le système national d'information sanitaire (SNIS) gagnerait à être renforcé avec la mise en place de données désagrégées relatives :

- Aux consultations ambulatoires et hospitalisations (statistiques de routine et enquêtes pour inclure le secteur privé)
- Aux dépenses totales en santé (comptes nationaux de la santé)
- Aux enquêtes d'efficience d'interventions et programmes de prévention.

SUIVI EVALUATION

Le suivi évaluation participatif est consacré par la Constitution de 2011, qui stipule, dans son article 13 que « les pouvoirs publics œuvrent à la création d'instances de concertation en vue d'associer les différents acteurs sociaux à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques».

Une stratégie, un programme, un projet ont besoin de mécanismes bien définis de suivi, d'évaluation et de revue qui permettent de prendre des mesures correctives en temps opportun.

Ces trois concepts sont définis par l'OMS⁴ comme suit :

- **Le suivi** consiste à réunir des données de toutes les sources pertinentes pour analyser la situation et déterminer qui sont les personnes concernées. On utilise à cette fin une série d'indicateurs et de cibles afin de faciliter les revues des progrès et de la performance.
- **L'évaluation** s'appuie sur les données tirées du suivi mais l'analyse est beaucoup plus approfondie et tient compte des modifications du contexte, des questions relatives à l'attribution et de situations hypothétiques.
- **Les revues** sont basées sur les données recueillies pendant le suivi et exigent l'existence de mécanismes institutionnels nationaux auxquels participent plusieurs acteurs. Les procédures existant pour la revue du secteur de la

⁴OMS : Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales : plateforme pays pour l'information et la redevabilité, 2011

santé au niveau des pays sont un point de départ essentiel pour évaluer les progrès et la performance et ils peuvent influencer sur la fixation des priorités et l'allocation des ressources. Ces revues doivent être systématiquement liées aux mesures prises dans les pays et elles constituent la base de la redevabilité mutuelle.

RECHERCHE ET INNOVATION

Il est nécessaire de développer la recherche en santé⁵ au Maroc, à cet effet, il est à rappeler la recommandation faite dans la cadre de la vision 2020 du ministère de la santé et qui porte sur la création d'une entité nationale sur la Recherche en Santé. Cet organe aura comme missions principales :

- Identifier les besoins et les priorités en matière de recherche en santé notamment celles relatives à la recherche sur les systèmes de santé et la recherche clinique;
- Veiller à la mobilisation des fonds nécessaires pour le financement des projets de recherche en santé sur la base d'un appel à projets ;
- Veiller à la dissémination et l'utilisation des résultats de la recherche en santé;
- Élaborer un cadre juridique adéquat à cet effet qui promeut la recherche en santé dans un environnement de respect des droits de l'homme.

L'évolution très rapide des connaissances aussi bien scientifiques (sciences exactes ou humaines) que des technologies en rapport avec la santé (TIC, équipements biomédicaux, transport, etc...) imposent des mises à jour et adaptations régulières d'une série d'outils et moyens utilisés dans le domaine des soins (protocoles et référentiels de soins), du management (gestion, planification...) ou de la logistique.²

3.1.6. Axes d'interventions existantes

REDUCTION DE LA DEMANDE

- Cet axe concerne d'abord la prévention chez les jeunes, chez lesquels l'âge d'initiation aux premières consommations est au cœur du problème. Les connaissances sur les pratiques d'usages des élèves sont certes améliorées entre autres par l'enquête Medspad 2013 en milieu scolaire, mais des lacunes existent sur les consommations des enfants dans la rue (colle, solvants) ou sur

⁵MS : Santé vision 2020

l'utilisation de drogues de synthèse (ecstasy, notamment). Les professionnels de santé sont sensibles à ce problème, mais ne possèdent pas de dispositifs ad hoc où les jeunes qui ne se vivent pas comme « addicts » pourraient trouver une écoute. Les professionnels ne disposent pas d'outils d'intervention en matière de prévention valide et validé à l'échelle nationale.

- L'information et la formation des professionnels au contact du public jeune : enseignants, éducateurs, moniteurs sportifs est absente. Ils sont en première ligne et pourtant ne disposent pas d'outils pour identifier les jeunes en difficulté, savoir tenir un discours sur les drogues, reconnaître les situations préoccupantes, et savoir où les référer.
- L'information grand public, c'est à dire la population générale, mais aussi les familles, les personnes elles-mêmes, n'est pas organisée. C'est un sujet tabou, peut-être mais il faut une nécessaire mobilisation des médias, la création de supports d'information adaptés, et la coordination des services concernés.
- Le programme de Rabita AL Mohammadia des Oulémas pour les jeunes vise au renforcement des compétences des jeunes pour les prémunir contre les conduites à risques : violence ; prise de SPA.
- Le programme est structuré par tranches d'âge et des supports adaptés à chaque âge sont produits : vidéo, magazines, jeux vidéos, histoires ...
 - Educateurs pairs (800 à travers le Royaume)
 - Renforcement de la formation de base des Oulémas et Morchidates avec des bases en sociologie, psychologie et santé mentale pour mieux appréhender les problématiques diverses et notamment les addictions.
 - Production d'un Guide RDR pour les Oulémas
 - Site interactif spots et capsules sur les addictions
 - Programme dans les prisons : 1/3 des détenus ont été approchés

DIAGNOSTIC PRECOCE

L'offre de soins actuelle ne comprend pas de structures spécialement dédiées à la promotion de la santé mentale en milieu scolaire et à la détection précoce dans d'autres structures. Par ailleurs, il n'y a rien de systématique, ni dans les

dispositifs du RSSP, ni dans les compétences des intervenants de première ligne: médecins des ESSP et intervenants des ONG offrant des prises en charge des usages de substances.

Cependant certaines structures offrent des prestations d'écoute et de conseils psychosociaux, d'éducation à la santé pour la promotion du mode de vie sain et la lutte contre les comportements à risque, d'information et d'orientation des jeunes. Parmi ces structures, on peut citer :

- 30 Centres de Références de Santé Scolaire et Universitaire ;
- 30 Centres Médico universitaires et 32 infirmeries universitaires ;
- 28 Espaces Santé Jeunes.

DISPOSITIF DE SOINS, COUVERTURE TERRITORIALE.

Il existe actuellement 10 centres d'addictologie ambulatoire, qui ont été ouverts dans les sites dits prioritaires, là où les besoins les plus forts ont été repérés. Les projections ministérielles prévoyaient l'ouverture supplémentaire de 8 sites.

Tableau n°3 : Structures spécialisées en addictologie, 2016

STRUCTURES	
Centres d'addictologie et antennes de proximité existants	
Sites existants	Sites prévus
Centres ambulatoires:10 • Tanger (2) • Rabat • Tétouan • Nador • Oujda • Marrakech • Casablanca • Agadir • Fès	• AlHoceima • Méknès* • Laksar ElKebir • Assilah • Chefchaouen • Larache • Berkane • Tanger
Centres résidentiels/ unités :3 • Salé • Casablanca • Fès	

*centres en cours

L'addictologie étant une discipline nouvelle dans le royaume, le dispositif existant n'est ni complet, ni coordonné dans divers champs :

- La couverture territoriale
- La diversification de l'offre
- La coordination des structures
- Le partenariat avec le reste du dispositif sanitaire
- Les lits résidentiels et la collaboration avec la psychiatrie en particulier

L'hétérogénéité du dispositif induit un déficit en éléments épidémiologiques

RESSOURCES HUMAINES

Dans les centres existants, les chiffres 2016 des professionnels travaillant auprès des UD sont les suivants :

- Infirmiers : 41
- Psychiatres : 10
- Médecins Généralistes : 6
- 8 équipes d'intervenants sanitaires formés en matière de prévention et d'intervention de proximité (entre 5 à 10 personne/équipe) existent au niveau des sites de Tanger, Rabat, Tétouan, Nador, Al Hoceima et Oujda.
- Des intervenants d'autres profils complètent les équipes : intervenants communautaires
- Assistantes sociales : 9
- Psychomotriciens : 3
- Psychologues cliniciens : souhaités

Au plan national, on compte 100 médecins addictologues, généralistes et psychiatres qui ont été formés en addictologie dans le cadre du DU.

La création et la formation de professionnels exige du temps, de l'argent et des compétences.

La formation des intervenants de première ligne ainsi que l'organisation et la coordination de réseaux de soins doivent augmenter les ressources.

La professionnalisation des travailleurs pairs (PUD), doit compléter la nécessaire montée en charge des du nombre et de la qualification des acteurs de la prévention, du soin et de la RdR.

FORMATIONS

- Le renforcement des compétences est une exigence pour tous. Il n'y a pas de formations initiales dans les cursus universitaires médicaux, ni dans les études des intervenants divers.
- La formation continue en addictologie est toujours un chantier ouvert. Elles se font au coup par coup, sans planification, sans évaluation.
- Le DU d'addictologie existe, d'une durée de 2 ans au niveau des facultés de Médecine de Casablanca et de Rabat, et à la Faculté Privée Chekh Khalifa mais peu de médecins choisissent ensuite de travailler dans ce domaine. L'attractivité de la spécialité semble modeste.
- Ce DU n'est actuellement pas généralisé, il n'est pas ouvert partout aux autres professionnels du champ. La reconnaissance de la spécialité addictologie n'existe toujours pas.
- Le métier de travailleur pair est une avancée remarquable, à amplifier, à réglementer, pour offrir un vrai statut à ceux qui s'engagent dans cette voie.

3.1.7. Législation

Le Maroc a ratifié la convention 61 et autres conventions onusiennes relatives aux drogues. La législation en matière de drogues est bien structurée :

Le Dahir de 1974 (Cadre légal concernant les drogues illicites) relatif à « la répression et à la prévention des toxicomanies » propose l'injonction thérapeutique à la place d'une sanction pénale sévère, c'est à dire une alternative à la peine, un suivi, pendant toute la durée que requiert le traitement, une cure de désintoxication dans un établissement thérapeutique. Cette disposition, est un outil du Dahir, qui reste peu ou pas utilisé par les magistrats du fait de la méconnaissance des structures et peu d'information et de formation sur le sujet. La réponse pénale qui fait de l'usage simple un délit ne semble pas avoir d'effet sur la consommation (qualitative et quantitative).

- La Commission Nationale des Stupéfiants, composée de tous les Départements Ministériels médico-sociaux ainsi que ceux assurant la répression des infractions à la législation en vigueur a pour objectifs de rechercher les

moyens permettant de lutter efficacement contre la production, le trafic illicite, la détention, la vente, la circulation et l'utilisation de drogues.

- La circulaire du Ministère de la Santé du 26 mars 2001, concerne l'augmentation de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades en souffrance psychologique dont ceux atteints de troubles addictifs.
- Il existe un cadre légal de vente et de consommation d'alcool qui régule et interdit la consommation de l'alcool (substance licite pour les étrangers et illicites pour les musulmans) et qui interdit la vente et la consommation pour les mineurs.
- Il existe un cadre légal de vente et de consommation de tabac interdisant l'accès des mineurs.
- Le Plan d'Action National de Réduction des Risques est un texte qui instaure et structure cette nouvelle orientation politique.

Ces textes s'appuient sur les conventions internationales, les données spécifiques du Maroc et l'engagement du pays vers une offre diversifiée de soins.

3.1.8. Partenariat

Selon tous les acteurs impliqués, les liens entre les dispositifs publics et associatifs, les services de différents ministères concernés, les professionnels de différents métiers ne sont pas formalisés et fonctionnent au coup par coup, selon les affinités personnelles. Il en résulte des dysfonctionnements, des pertes de temps, d'énergie, des manques dans les prestations dues aux bénéficiaires.

Au niveau national, comme le niveau régional, les services publics, acteurs associatifs, ONG, enseignants, médecine scolaire, médecine du travail, éducateurs, fonctionnent indépendamment les uns des autres et sans concertation, d'où l'intérêt d'une coordination suffisante qui optimiserait les moyens, augmenterait les compétences globales, et offrirait une norme standard de meilleur niveau.

La difficulté majeure principale de l'activité actuelle est de ne pas savoir ou ne pas pouvoir mobiliser suffisamment les acteurs, les partenaires, la société civile, l'opinion publique sur la priorité que représente l'usage des drogues et ses méfaits au Maroc.

Les professionnels qui œuvrent auprès des personnes en difficulté avec leurs consommations, les savoirs sont inégaux, globalement insuffisants, et la coordination au sein du dispositif sanitaire, et a fortiori entre les différents secteurs (santé, éducation, intérieur, etc..) est à construire ou à consolider.

La prison est une priorité en termes de déficit d'accès aux soins. La convention de partenariat signée entre le Ministère de la Santé, le Conseil National des droits de l'Homme (CNDH) et la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGAPR) en vue d'améliorer les services de santé offerts aux détenus, concernent la lutte contre la discrimination envers les prisonniers séropositifs, l'accès au traitement antirétroviral pour les détenus et l'amélioration des services de santé.

Il est également prévu de mieux former le personnel médical et paramédical au dépistage VIH qui inclut la confidentialité, le consentement éclairé et éthique, et d'améliorer le suivi des PUD sous TSO.

3.1.9. Evaluation et recherche

LE SYSTEME D'INFORMATION

Le système d'information doit être l'épine dorsale du plan, qui rassemble les données pertinentes, les stocke, les traite et les diffuse. En évaluant les situations et les réponses, sa mission est de coordonner les activités, de choisir les options les plus adéquates, d'être un outil privilégié d'aide à la décision et ainsi d'atteindre ses objectifs.

Le caractère partiel, fragmentaire, des données, l'absence d'un dispositif exhaustif et transversal de recueil, de diffusion et d'analyse des informations affaiblit notablement le dispositif. Les programmes sont donc évalués empiriquement, par comparaison avec les programmes internationaux homologues, en fonction de la satisfaction des acteurs et des bénéficiaires, où en s'appuyant sur les chiffres de l'activité qui renseignent sur ce qui est fait, plus que ce dont il y a besoin.

OUTILS D'EVALUATION

L'outil d'évaluation est encore en construction. Le plan manque de données qualitatives et quantitatives sur les substances et leurs modes de consommation, au niveau national et régional, par tranche d'âge et par étude du milieu (classe sociale, urbain et rural).

L'implication multisectorielle (la santé, l'éducation, la jeunesse et les sports, l'intérieur, la justice, les affaires étrangères) existe de façon ponctuelle et parcellaire.

L'évaluation des réponses sanitaires, sociales et répressives manque. Il n'est donc pas possible de mesurer l'impact des programmes, la pertinence des outils de RDR, et de mesurer les effets du dispositif de soins.

L'addictologie étant une discipline nouvelle, la recherche permet d'avoir des données fiables médicales, biologiques, pharmacologiques, sociologiques, psycho comportementales. Ces éléments sont aujourd'hui encore absents au niveau national.

OBSERVATOIRE MAROCAIN DES DROGUES ET ADDICTIONS (OMDA)

L'OMDA a été créé en 2010, dans l'objectif de produire une information factuelle basée sur l'évidence scientifique afin d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions au Maroc, mais aussi afin de contribuer au suivi du phénomène au niveau international.

A cet effet, l'OMDA a pour mission de :

- Observer et enquêter sur le phénomène des drogues et addictions et ses évolutions, en ce qui concerne les modes de consommations, les produits consommés ainsi que les profils et les pratiques des consommateurs ;
- Observer et enquêter sur les conséquences sanitaires, sociales, économiques et pénales des consommations et des trafics ;
- Assurer le recueil, l'analyse, la synthèse et la valorisation des connaissances sur l'ensemble du champ de la politique publique en matière de drogues et addictions ;
- Fournir des informations permettant des comparaisons objectives et fiables sur le phénomène de la drogue au niveau régional et international ;
- Apporter un concours méthodologique à la préparation et au suivi des travaux d'évaluation du plan gouvernemental de lutte contre la drogue.

Actuellement, cette institution est un nouveau-né qui n'a pas encore un statut juridique bien identifié ; elle siège à l'hôpital universitaire psychiatrique du CHU de Rabat. De ce fait, l'OMDA n'a pas de budget propre et pas de ressources propres tant humaines que matérielles, ce qui limite sa production et son champ d'action et d'influence.

Les ressources humaines actuellement actives à l'OMDA, sont plus engagées sur la base du volontariat, dans l'attente de l'identification de son statut juridique qui va préciser ses missions, ses ressources financière son équipement, son administration et son fonctionnement.

En ce qui concerne les perspectives d'évolution de l'OMDA, le Ministère de la Santé prépare un projet de texte réglementaire (arrêté) qui va permettre à l'OMDA d'acquérir un statut juridique de groupement d'intérêt public (GIP) régi par la loi n° 08-00 relative aux groupements d'intérêt public

A l'heure actuelle, les membres candidats à faire partie de ce GIP ne sont pas encore identifiés. Il serait préférable de faire participer tous les acteurs institutionnels ainsi que les personnes morales de droit public ou privé impliqués dans le domaine des drogues et addictions y compris la commission nationale des stupéfiants.

DROITS DE L'HOMME

La stigmatisation est un obstacle aux soins et un déni des droits humains. Elle génère l'exclusion qui écarte les personnes qui ont besoin d'aide des lieux où elles pourraient la recevoir. La consommation des drogues, au Maroc comme ailleurs, est vue sous un angle moral et les conséquences dommageables sont sous estimées. La constitution garantit le droit à la santé pour tous, les associations des droits humains et le CNDH (conseil national des droits de l'homme) luttent pour les droits de l'homme en général, et ont ouvert le chantier du plaidoyer pour les droits de UD, leur accès à la santé et à tous les droits fondamentaux. Il existe une Convention portant sur les droits des personnes vulnérables dont le PUD, entre CNDH/MS

Il existe des associations qui défendent les droits des usagers, le journal fait par et pour les usagers (Nouktat, Tahawoul) est édité périodiquement. Des actions sont menées dans ce domaine à travers des activités artistiques ; des actions de renforcement de capacités et des activités à travers les médias et leaders politiques et religieux dans ce sens.

Les groupes d'autosupport ont vocation à représenter les personnes qui consomment, revendiquer leurs droits et agir comme groupe de pression sont constitués notamment à Tanger.

4. ANALYSE DES RÉALISATIONS

PRINCIPAUX INDICATEURS DE SUIVI :

- Nombre de centres d'addictologie par rapport au nombre prévu ;
- Nombre d'usagers de drogues pris en charge par année.

Tableau 4: Réalisations du plan addictions 2012-2016

Axe	Actions	Réalisations
Axe 1: Prévention de l'usage des drogues parmi les adolescents et les jeunes	Mise en œuvre du plan de communication en matière de prévention de l'usage des drogues chez les adolescents et les jeunes	Elaboration et diffusion aux éducateurs, enseignants et parents des guides et manuels de sensibilisation, d'aide et conseil
	Etendre l'offre de soins spécifiques pour usagers de drogues au niveau des soins de santé primaire, en détention, en psychiatrie, en infectiologie.	Création de centres d'Addictologie dans les sites identifiés comme prioritaires : Oujda et Marrakech (2011), Nador (2013), Tétouan (2014), Tanger (2015), Fes Tanger (2), Agadir, Meknès, Chefchaouen et Al Hoceima
Axe 2: Amélioration du diagnostic précoce et de la prise en charge des troubles addictifs et des comorbidités	Renforcement de l'offre de soins hospitalière en addictologie	- Implantation d'Unités hospitalières d'Addictologie (10 -15 lits), dans les Hôpitaux Psychiatriques nouvellement créés (Marrakech et Oujda), - Programmation d'Unités hospitalières d'Addictologie (10 -15 lits) au niveau des hôpitaux psychiatriques en cours de construction (Kelaâ des Sraghnas, Agadir et Kénitra)
	Assurer la dotation des centres d'addictologie en médicaments essentiels (de médecine générale, psychotropes et produits de substitution)	
	Mettre à disposition des équipes d'intervenants des modèles standardisés d'intervention à l'échelle nationale.	- Elaboration d'un guide de référence sur le traitement de substitution aux opiacés au Maroc. (document élaboré, en cours de validation) (appui ONUSIDA-FM) - Lancement d'une consultation internationale pour l'Elaboration d'un manuel sur les guides et standards relatifs aux interventions de réductions des risques au Maroc (appui du FM - l'ONUSIDA) - Elaboration d'un système d'information standardisé au niveau des structures d'addictologie (ambulatoires et résidentielles) : en phase d'implantation

Axe3: Formation de base et formation continue des professionnels de santé en addictologie	Renforcer les capacités des professionnels (psychiatres, infirmiers, et médecins généralistes) pour l'amélioration de la détection précoce, et de la prise en charge des addictions.	- Formation de 60 professionnels de santé (Psychiatres/MG) tous les 02 ans en addictologie (DU addictologie au niveau des CHU de Rabat et Casablanca) - Réalisation d'ateliers de formation sur la Brève Intervention et l'Entretien motivationnel au profit de 120 professionnels de santé (Psychiatres/MG/infirmiers en psychiatrie) Réalisation d'ateliers de formation sur la dispensation de la méthadone (Nador et Tétouan- avril 2016) Organisation de sessions de formation au profit des ONG œuvrant dans le domaine de la lutte contre les addictions
Axe 4 : Réduction des risques liés à l'usage de drogues	Etendre le programme de réduction des risques parmi les usagers de drogue pour atteindre 4000 usagers d'ici 2016 dont 2000 usagers pour le programme de thérapie de substitution	-Prise en charge de 995 usagers dans le cadre du programme de thérapie de substitution (jusqu'à avril 2016)
Axe 5 : suivi-évaluation	Réaliser des évaluations rapides de la situation et des études bio-comportementales « RDS » sur la prévalence des infections VIH/sida et hépatites parmi les populations d'usagers de drogues injectables dans les sites prioritaires identifiés.	- Réalisation d'une enquête sur la situation de l'usage et des risques liés à la consommation des drogues dans 05 prisons : résultats en cours de validation (2015). - Réalisation d'études bio comportementales auprès des UDI : • Tétouan 2014 : rapport en cours d'impression • Tanger et Nador (2015) : résultats en cours d'analyse - Réalisation d'évaluations rapides de la situation des risques liés à l'usage des drogues dans 05 sites prioritaires (Martil, Fnideq-M'diq, Chefchaouen, Bni nsar, El Aroui et Farkhana) : rapport en cours d'impression - Impression, duplication et diffusion des rapports : Tanger et Nador (2010-2011) -Lancement de l'OMDA (juin 2013) -Publication du 1er rapport annuel en 2015

Tableau n°5 : les objectifs assignés au plan d'action national RdR 2012-2016

	Valeurs de Base (2011)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'UDI (héroïne et/ou cocaïne/crack), toutes voies d'administration confondues, qui ont bénéficié du programme de RDR	1700	1700	2200	2700	3200	4000
Nombre d'injecteurs actifs qui ont bénéficié du programme de RDR	ND	600	1000	1300	1600	2000

FACTEURS D'ÉCHECS

La difficulté majeure principale des entreprises est de ne pas savoir ou ne pas pouvoir mobiliser suffisamment les acteurs, les partenaires, la société civile, l'opinion publique sur la priorité que représente l'usage des drogues et ses méfaits au Maroc. Si les décideurs nationaux, et quelques bailleurs non gouvernementaux ont une position éclairée, une connaissance des contextes et une vision prospective, pour beaucoup, consommer reste une faute morale, il faut punir d'abord et le soin reste le parent pauvre du dispositif. Et même parmi les professionnels qui œuvrent auprès des personnes en difficulté avec leurs consommations, les savoirs sont inégaux, globalement insuffisants, et la coordination au sein du dispositif sanitaire, et a fortiori entre les différents secteurs (santé, éducation, intérieur, etc..) est globalement défailante.

Les insuffisances constatées sont :

QUANTITATIVES :

La couverture territoriale n'est pas assurée, on manque de structures et de professionnels.

QUALITATIVES :

Les dispositifs sont trop univoques ; la RdR s'est plus développée que les autres interventions. Ils n'offrent pas une palette de services satisfaisants et adaptés, les formations sont inexistantes ou parcellaires. Les pratiques professionnelles ne sont pas normalisées.

MOTIVATIONNELLES :

L'addictologie est un engagement militant pour un petit nombre, mais reste peu attractif pour une majorité.

FACTEURS DE RÉUSSITE

Selon le rapport de l'OMS : ANALYSE DE SITUATION : REVUE RÉGIONALE ATLAS 2015 DE L'USAGE DE SUBSTANCES, le Maroc fait partie des pays de la région s'étant doté d'outils de prévention, de traitement et d'évaluation significatifs, en comparaison avec d'autres états aux prévalences plus fortes et aux revenus plus élevés :

TABLEAU n°6 : OMS dispositifs régionaux

PAYS	REVENU	STRUCTURE GVT EN CHARGE PREVENTION	STRUCTURE GVT EN CHARGE TRAITEMENT	BUDGET M.SANTÉ PREVENTION TRAITEMENT	LOI PROTÉGEANT CONFIDENTIALITÉ	COUVERTURE TRAITEMENT OPIACÉS	COUVERTURE TRAITEMENT ALCOOL	PES	SYSTÈME DE RECUEIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE
EGYPTE	FAIBLE MOYEN	DROGUES ALCOOL	DROGUES ALCOOL	OUI	OUI	1-20%	1-10%	OUI	DROGUES ALCOOL
IRAN	HAUT MOYEN	DROGUES ALCOOL	DROGUES ALCOOL	OUI	OUI	>40%	?	OUI	DROGUES
LIBAN	HAUT MOYEN	DROGUES ALCOOL	DROGUES	NON/OUI	NON	?	?	NON	AUCUN
LIBYE	HAUT MOYEN	DROGUES ALCOOL	DROGUES ALCOOL	OUI	OUI	0	0	NON	AUCUN
MAROC	FAIBLE MOYEN	DROGUES ALCOOL	DROGUES ALCOOL	OUI	OUI	1-20%	1-10%	OUI	DROGUES ALCOOL
TUNISIE	HAUT MOYEN	DROGUES ALCOOL	DROGUES ALCOOL	OUI	OUI	?	?	OUI	SYSTÈME SÉ-2 PARES
RÉP ARABE UNIE	HAUT	DROGUES ALCOOL	DROGUES ALCOOL	OUI	OUI	21-40%	?	NON	AUCUN

La principale réussite du dispositif national du Maroc est d'être, dans la région, le plus en cohérence avec les données géo démographiques et géopolitiques du territoire. Il a su assimiler les avancées mondiales en matière de prévention, de soins et de RDR, il construit un modèle de prise en charge qui suit les normes internationales et respecte les spécificités locales.

LE PRAGMATISME DES DECIDEURS

Le pragmatisme des décideurs est un facteur décisif de la réussite : un pays, aux moyens financiers limités, lieu de production, lieu de transit sont des données qui ont orienté les programmes vers des objectifs adaptés, coût efficaces, basés sur des évidences, globaux (bénéfiques aux personnes, leur entourage et la communauté). Les objectifs mobilisent également les professionnels et les usagers, dans une alliance très innovante, très responsabilisante et très motivante. La nature même de cette politique de lutte contre les effets néfastes de addictions produit des résultats concrets qui nourrissent le cercle vertueux et sont des facteurs de consolidation des succès.

DES STRATEGIES DEVELOPPEES

Il y a un maintien des interventions qui permettent de maintenir et de développer ces avancées :

- Il faut que l'état poursuive son soutien matériel et moral au dispositif. Des expériences incomplètes conduisent à l'échec et découragent les acteurs.
- Un plan basé sur la RDR, la responsabilisation des usagers et leurs droits vient de plus en plus en opposition avec le Dahir de 1974, qu'il faudrait actualiser.
- Les acteurs nationaux doivent se coordonner pour ouvrir l'addictologie dans le champ pluridisciplinaire et multisectoriel qui est le sien.
- Le Maroc doit rechercher l'échange et le soutien des états qui partagent sa vision et sa stratégie (UNGASS 2016).

TROIS FACTEURS ESSENTIELS ONT CONTRIBUE A LA MISE EN PLACE DE LA POLITIQUE RDR

- Le soutien politique au plus haut niveau de l'état par le Roi avec l'appui de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité.
- L'engagement du Ministère de la Santé ainsi que des professionnels de santé et des acteurs de la société civile.

- La mobilisation des ressources et des expertises internationales (Fonds Mondial, de l'ONUSIDA et de l'UNODC, Réseau MedNET).

5. ANALYSE FFMO

FORCES

5.1.1. La santé mentale et les addictions sont considérées comme une priorité nationale.

5.1.2. Le Maroc a fait des choix stratégiques pragmatiques, basés sur la science et sur les évidences, conformes aux recommandations des organismes sanitaires internationaux (OMS, ONUSIDA).

5.1.3. De nombreux programmes sont déjà à l'œuvre ciblant notamment les jeunes.

5.1.4. L'existence d'un programme national avec une stratégie nationale ciblant la population scolarisée et les jeunes.

- Un plan national de promotion de la santé mentale chez les populations scolarisées et les jeunes (en cours).
- Existence d'une stratégie anti tabac.
- Existence d'une stratégie « mode de vie sain ».

5.1.5. Le dispositif de soins dans le pays est significatif.

- Les consultations d'addictologie ambulatoires.
- L'introduction des actions RdR VIH/VHC liées à l'usage des drogues dans la politique sanitaire du pays : les centres de réduction des risques (centres bas seuil, programmes échange de seringues)
- Des centres méthadone dans les régions concernées par la consommation d'opiacés.
- Les professionnels soignants qualifiés (médecins addictologues formés à a prise en charge de l'usage des drogues, infirmiers spécialisés en psychiatrie et psychiatres qualifiés à la RDR par formation médicale continue).
- Des médecins formés aux Interventions Brèves dans les consultations des centres Jeunes favorisent l'identification et l'abord des problématiques d'usage à leur début.

- L'implication et la professionnalisation des usagers eux-mêmes est une avancée unique (intervenants de proximité, travailleurs pairs, animateurs de prévention). Elle étoffe les équipes et élargit l'offre de services.

5.1.6. La politique de décentralisation est un maillon fort

Dans les 12 régions du pays, le MS est représenté par des Directions Régionales de la Santé (DRS), placées sous la supervision du SG/MS. Des stratégies locales, plus proches du terrain peuvent ainsi être initiées.

5.1.7. Le décret de 2015 relatif à l'offre de soins et à la carte sanitaire

Ce texte réglementaire est une pierre de touche : il formalise la régionalisation, instaure des filières de soins et des réseaux coordonnés de soins, organise à tous les niveaux les dispositifs nécessaires et leur cohérence. Il favorise l'amélioration de la gouvernance, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

5.1.8. La mise en place d'une assurance maladie obligatoire pour tous dont l'AMO

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le RAMED (Régime d'Assistance Médicale) est un acte de démocratie sanitaire appréciable

5.1.9. La création de l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions

Cet organe doit permettre l'amélioration des connaissances sur les drogues : production, trafic, consommation, pratiques, morbidité, mortalité.

5.1.10. L'existence d'Observatoires Régionaux de la Santé est l'outil d'évaluation et de décision des politiques régionales.

5.1.11. La législation en matière de drogues est bien structurée au niveau du pays

- Cadre légal de vente et de consommation d'alcool et de Tabac,
- Cadre légal concernant les drogues illicites : Dahir 1974.

FAIBLESSES

5.1.12. La couverture territoriale n'est pas homogène

L'offre de services est très inégale. Les prestations sanitaires accusent des disparités selon les régions, les provinces, et des différences importantes entre les milieux rural et urbain.

5.1.13. La cohérence entre les différents secteurs :

- Public et associatif ;
- Spécialistes et généralistes ;
- Les différents ministères impliqués dans la question des drogues (santé, justice, intérieur, affaires étrangères, éducation nationale, jeunesse et sports) sont insuffisants, parcellaire.

5.1.14. L'offre de soins et la prise en charge reste univoque dans les centres

Il y a une méconnaissance et un manque de formation pour certaines addictions: les produits de synthèse, les addictions comportementales, par exemple.

5.1.15. Manque de consultations spécifiques pour les jeunes consommateurs

Cette sous population ne se vit pas comme des personnes addictes « drogués » et ne fréquente pas dans les centres existants.

5.1.16. Les femmes usagères ont des besoins spécifiques

Les femmes sont victimes d'une double stigmatisation ainsi que la grossesse et maternité qui ne sont pas prise en compte.

5.1.17. La population carcérale

La population des UD est surreprésentée au niveau carcéral, n'a pas accès aux soins en addictologie, ni à la RdR.

5.1.18. La quasi inexistence de services d'hospitalisation en addictologie au sein des hôpitaux psychiatriques

Cette réalité associée à la réticence des psychiatres à prendre en charge ces pathologies pose question, et nécessite une redéfinition des centres résidentiels.

5.1.19. L'absence d'équipe de liaison addictologie

Ces équipes qui interviendraient dans les services psychiatriques et somatiques pour améliorer la prise en charge des comorbidités en milieu hospitalier.

5.1.20. L'inexistence de réseaux organisés pour prise en charge de personnes porteuses de comorbidités ou de troubles co-occurents

En effet ces pathologies posent des problèmes spécifiques. Ce qui existe actuellement repose sur des relations individuelles de médecins, qui

rassembleraient par convention les praticiens du service public, du secteur privé, les médecins de soins de base, et du milieu carcéral.

5.1.21. Les données sur le territoire sont parcellaires.

Données sur les diverses consommations et surtout sur les différents types d'addictions au niveau national et l'évaluation de la consommation et des pratiques manquent.

5.1.22. Le pays manque de structures de postcure et/ou des communautés thérapeutiques

Ces lieux d'accueil de plus longue durée pour patients en processus de stabilisation.

5.1.23. Manque d'un plan de communication

LES OPPORTUNITES

5.1.24. La constitution marocaine de 2011 consacre le droit à la santé au rang de droit constitutionnel

Au même titre que le droit à l'éducation, au logement et à l'emploi. Cette article relatif au droit à la santé stipule que « L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits».

5.1.25. Les approches axées sur les droits de l'homme

Les programmes validés par les instances internationales sont recommandés et les instances nationales (CNDH) doivent s'en emparer.

5.1.26. La multiplicité des intervenants et des partenaires dans le domaine de la prévention et la prise en charge des addictions

Les plus importantes sont : la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, INDH, Ministère de l'Intérieur; DGAPR et d'autres.

5.1.27. L'existence d'un cadre de partenariat intersectoriel en matière de santé scolaire et universitaire

5.1.28. Des structures d'écoute et d'éducation à la santé existent au niveau des établissements scolaires et de jeunesse relevant du secteur éducatif

Ces centres d'écoute et club scolaire peuvent servir à la prévention et au dépistage précoce.

5.1.29. La société civile est active et le tissu associatif est développé, dynamique et engagé dans ce domaine

Plus de 100 associations travaillent dans la thématique de la prévention des addictions.

5.1.30. Le Maroc fait partie de groupe internationaux et régionaux

Le Maroc fait partie du Groupe POMPIDOU du Conseil de l'Europe et du Réseau MedNet.

5.1.31. Le Maroc a ratifié des Convention Internationales

- Conventions de la CEDAWO et des Droits de l'Enfant (CDE)
- Le Maroc a souscrit aux Objectifs De Développement Durable (ODD), et a adopté le PANE.
- L'UNGASS drogues en 2016 offre un contexte actualisé en matière de santé, de droits humains, de législation et de développement.

LES MENACES

5.1.32. La situation géographique et géopolitique du Maroc fait du pays un carrefour des trafics de drogues nord-sud et sud-nord

5.1.33. La production licite et illicite de substances (cannabis et alcool) sur le territoire et ses incidences financières, pèse d'un poids lourd sur la consommation.

5.1.34. La diversité des financements et de statuts entre le pôle médical et le pôle communautaire du centre d'addictologie rend difficile la cohérence et la collaboration des deux services constituant du dispositif.

5.1.35. Le niveau économique du pays impose nécessairement des limites de financement au développement du dispositif.

5.1.36. Des secteurs entiers comme le social s'implique peu dans le champ de la lutte contre les addictions.

5.1.37. Le retrait de bailleurs (FM) comme principal sources de financement des politiques de RdR est une perspective sombre.

5.1.38. La loi pénale et son application sur le mode répressif vis-à-vis de l'usage a vieilli ; elle ne tient pas compte des avancées scientifiques et du succès des interventions non moralisantes.

5.1.39. La stigmatisation, la discrimination et l'exclusion dont sont le plus souvent victimes les personnes usagères de drogues reste un marqueur fort qui résiste, et divise la société, comme un autre racisme.

CHAPITRE II

PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

6. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

6.1. Les usages et addictions en chiffres

L'accessibilité grandissante des drogues, notamment sur internet, particulièrement attractif pour les jeunes, et la féminisation des consommations de produits psychoactifs, sont des phénomènes largement partagés au plan international.

Dans la majorité des pays selon l'ONUDC, la prévalence annuelle de la consommation de cannabis chez la population âgée de 15 à 64 ans est supérieure à 2% (UNODC, 2011).

Dans notre pays, environ 5 Marocains sur 100 sont des consommateurs de drogue (Enquête en population générale des troubles mentaux, 2005).

Selon l'enquête MEDSPAD (2009 et 2013) 1 lycéen sur 5 a déjà fumé une cigarette et 1/10 a touché au cannabis. Par ailleurs, la prévalence 15,5 % de tabagisme chez les élèves âgés entre 13 et 15 ans ; la consommation d'alcool atteint les 8 % parmi les garçons et 3,5 % parmi les filles et à 3% parmi cette population consommer des drogues dont 2,8% souffrent de dépendance (Enquête sur le tabagisme chez les jeunes scolarisés au Maroc, 2006 et Enquête CAP des jeunes concernant les IST /SIDA, 2007).

Les enquêtes Respondents Driven Sampling (RDS) parmi les usagers de drogues par voie injectables dans la région du Nord réalisées par le Ministère de la santé font état d'une augmentation des contaminations au VIH/SIDA et de l'hépatite C chez les usagers, dans cette zone du pays, la séropositivité est respectivement de 1% à Tanger et environ 25% à Nador (2012).

Ce contexte exige donc le développement d'une nouvelle stratégie comportant des interventions spécifiques et qui prennent en compte les aspects du contexte national influant la situation de l'usage des drogues et les addictions dans le pays. En outre, ces interventions de prévention, de soins et de réduction des risques seront développées tout en s'appuyant sur des données scientifiquement valides. L'objectif constant est de mieux cerner les motivations à la consommation et de débanaliser l'usage, notamment d'alcool, de tabac et de cannabis mais aussi soutenir l'effort de recherche.

6.2. La réponse

Le Royaume du Maroc s'est doté d'un certain nombre de structures de soins et de RdR qui doivent à présent optimiser leurs prestations, prendre en compte la grande variété des troubles addictifs, diversifier les réponses, renforcer les compétences des acteurs, créer des partenariats nouveaux et travailler à une meilleure couverture territoriale sous forme d'un nouveau Plan Stratégique National de Prévention et de Prise en Charge des Troubles Addictifs 2018-2022 (PSNPTA). Cette future stratégie nationale sera fondée sur une approche de santé publique et en adéquation avec les recommandations et pactes internationaux en matière de droits humains ainsi que les principes de l'approche genre.

Le PSNPTA à implanter devrait permettre l'accessibilité des dispositifs d'aide et du repérage précoce des conduites addictives afin d'orienter les usagers vers la prise en charge la plus adaptée à leur état ou statut. Il devrait, également, tenir compte des populations les plus exposées pour réduire les risques et les effets néfastes socio-sanitaires de l'usage des drogues et des addictions (la petite enfance à la post-adolescence, les personnes à faible niveau socioéconomique, les femmes).

Les structures à développer seront sur la base des Centres d'Addictologie existants où chaque centre doit se doter des moyens pour devenir un centre de référence pour un territoire donné. Quand cela est possible, il peut créer des antennes dans le territoire, doté des mêmes attributions que le centre lui-même, ou créer des antennes mobiles, allant au-devant des usagers.

Chaque centre de référence doit travailler au renforcement de ses missions de base :

- L'accueil ;
- L'accompagnement ;
- La prévention ;
- L'évaluation ;
- Le soin ;
- La réduction des risques ;
- La substitution ;

- La prison : Dans sa conception, l'incarcération est privative de liberté, mais doit offrir au détenu des prestations de santé équivalentes à ce qu'il aurait à l'extérieur. L'accès aux prestations de la stratégie nationale de lutte contre les addictions en prison est un devoir, mais aussi un authentique moyen de prévention contre la rechute ;
- Les femmes présentant des conduites addictives, ont pourtant des besoins spécifiques et restent encore sous représentées aux niveaux structures.

L'élaboration de cette Stratégie Nationale contre l'Usage de Drogues et les Addictions et Plan d'action ont fait l'objet d'une large concertation. Cette approche participative a permis de créer les prémices et de bonnes conditions de l'adhésion du plus grand nombre des acteurs et de favoriser la mise en œuvre de ce plan au niveau national.

7. OBJECTIFS DE LA CONSULTATION

Elaborer le plan stratégique national pour la période 2018-2022, adapté au contexte, tenant compte de l'évaluation des interventions existantes, et intégrant les bonnes pratiques dans le domaine ainsi que les recommandations internationales.

8. RESULTATS ATTENDUS DE LA CONSULTATION

- 8.1. Une analyse la situation et les progrès, les défis et les obstacles dans l'atteinte des objectifs des plans stratégiques en cours et des mesures et actions existantes dans le domaine à l'échelle nationale.
- 8.2. Une analyse et identification des domaines prioritaires pour le nouveau PNLA et les cibles de couverture par les activités de prévention et de diagnostic précoce, de réduction des risques, de traitement et de réinsertion sociale.
- 8.3. Un appui à l'élaboration du cadre logique du plan stratégique national PNLA2018-2021.
- 8.4. La rédaction du document de la stratégie nationale de lutte contre l'usage des drogues et les addictions et du plan d'action national (PSNPTA 2018-2022).

9. METHODOLOGIE

Les deux consultantes ont travaillé en équipe et en étroite collaboration avec la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) et le Comité de pilotage du projet.

- Des entretiens de concertation ont été menés avec le bureau de l'OMS, le Bureau de l'ONUSIDA et l'Unité de Gestion du Programme d'Appui du Fonds mondial pour le Renforcement du Système de Santé ,
- De nombreux entretiens avec tous les types d'acteurs impliqués, ainsi qu'avec des usagers,
- Un atelier de concertation s'est tenu au début du processus,
- Les consultantes et les acteurs ont élaboré les réponses spécifiques adéquates aux situations et au contexte du pays,
- Des entretiens spécifiques ont eu lieu avec les partenaires du service public. impliqués dans la lutte contre les addictions :
 - La Fondation Mohammed V pour la Solidarité ;
 - Le Conseil National des Droits de l'Homme ;
 - L'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions ;
 - La Fondation Mohammed VI pour la Réinsertion des Détenus ;
 - La Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion;
 - Les présidents/es des organisations thématiques signataires de conventions pour la mise en place des programmes d'appui psycho social et de réduction des risques ;
 - La Fédération Nationale des Associations ;
 - Le comité de pilotage ;
 - Le Centre de référence pour la prévention, le traitement et la recherche en addictologie, Ar-Razi de Salé ;
 - Le Centre de Prise en charge des Addictions Ibn Rochd, Casablanca ;
 - Les Directions Centrales du Ministère de la Santé et services spécifiques concernés par la problématique de l'usage des drogues et des addictions ;

Il a été procédé à une analyse des données du terrain ainsi qu'à une analyse des moyens existants : mises en évidence des points forts, de manques en formation, en organisation ; identifier les types d'appui nécessaires au terrain

Les données recueillies ont été confrontées avec les données pertinentes et les réponses apportées au plan international.

Un atelier de validation s'est tenu à la fin de l'exercice.

10. BILAN

Ce Plan Stratégique est un outil complet et complexe où toutes les parties prenantes ont été rencontrées et consultées. Le caractère multisectoriel de l'objet, l'engagement de nombreux ministères, d'associations très variées en termes d'objectifs, de financements, de gouvernance, les nécessités de rassembler de nombreux textes, de coordonner des actions, d'harmoniser des procédures, de concevoir de nouveaux outils a abouti au bout d'un an à un texte très complet, riche et évolutif, qui cadrera les actions à venir et sera le promoteur d'innovations et de services de qualité.

CHAPTRE III

DÉFINITION DU CADRE STRATÉGIQUE

III.1. VISION

Pour contrer l'expansion de l'usage de substances psychoactives (SPA) en particulier et les comportements addictifs dans un sens large du terme, tout le monde s'accorde sur l'importance de contrôler les usages, de retarder l'âge des initiations, et de diminuer les risques et les dommages.

Le présent plan stratégique a pour vision une meilleure compréhension de la situation nationale en rapport à la question des substances psychoactives légales et illégales et des comportements addictifs, des consommateurs et des personnes impactées par le phénomène. Ceci, pour mieux cerner la situation et mieux y répondre. Il s'agit de développer des programmes et des interventions permettant d'informer, de protéger et d'innover dans le domaine de la prise en charge holistique des conduites addictives. Les personnes usagères de drogues (PUD) doivent être responsabilisées dans leurs conduites : c'est une position beaucoup plus efficace que la contrainte, la moralisation ou la stigmatisation. La personne souffrant de trouble addictif doit être au centre du dispositif en tant qu'acteur responsable de ses conduites et participant aux programmes thérapeutiques et interventions mis en place.

III.2. MISSION

Le plan stratégique 2018-2022 a pour mission de déployer des dispositifs de prévention, de soins et de réinsertion adaptés aux besoins des populations cibles; accessibles sur tout le territoire ; sans discrimination, et ce, en développant des partenariats avec les acteurs institutionnels et la société civile.

III.3. VALEURS

III.3.1. La coherence

Les interventions visant la promotion d'un mode de vie sain, l'accès aux soins pour tous et la réinsertion/réhabilitation, doivent impliquer d'une manière complémentaire et concertée, le secteur public, privé, associatif, les décideurs, les leaders communautaires et les usagers eux-mêmes.

III.3.2. L'efficience

Les choix stratégiques doivent s'inspirer des constats et des expériences nationales et internationales, privilégier des interventions et programmes qui ont fait preuve de leur efficacité au meilleur coût, s'appuyant sur des structures souples et évolutives.

III.3.3. La dignité

Consommer des drogues ne doit pas priver le sujet de ses droits humains fondamentaux consacrés par la Constitution. Le respect de la dignité des personnes souffrant de diverses addictions, la considération des besoins des populations vulnérables (enfants, femmes, détenus, migrants ...), et le développement du lien de confiance avec elles par les professionnels et intervenants, sont les meilleurs garants de l'alliance thérapeutique et de leur accès à une vraie citoyenneté.

III.4. OBJECTIF PRINCIPAL

Prevenir et retarder le premier usage des spa, prendre en charge les personnes souffrant d'addictions et minimiser les risques et les dommages psycho-sociaux et sanitaires liés à l'usage des spa et des troubles addictifs.

III.5. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- **OS.1.** Mener des actions de prévention ciblant la population générale et les populations vulnérables.
- **OS.2.** Assurer aux usagers de drogues un dispositif de soins homologué et polyvalent dans les 12 régions sanitaires.
- **OS.3.** Renforcer les actions de prévention combinées régulières et de qualité pour les personnes qui s'injectent des drogues (pid) dans tous les sites.
- **OS.4.** Mettre à niveau les professionnels en addictologie en qualité et en quantité.
- **OS.5.** Renforcer le leadership et la gouvernance du Programme National d'addictologie.
- **OS.6.** Assurer le suivi épidémiologique et l'évaluation exhaustive et fiable.
- **OS.7.** Lutter contre la stigmatisation des PUD et la défense de leurs droits.

III.6. AXES STRATEGIQUES

- **AXE 1 :** Promotion de la santé mentale, prévention et détection précoce des addictions
- **AXE 2 :** Thérapie et offre de soins
- **AXE 3 :** Réduction des risques

- **AXE 4** : Renforcement des competences
- **AXE 5** : Gouvernance et partenariat
- **AXE 6** : Suivi-evaluation et recherche
- **AXE 7** : Réduction de la discrimination et de la stigmatisation des usagers de drogues

CHAPITRE IV

MESURES ET OBJECTIFS STRATEGIQUES
OBJECTIFS OPERATIONNELS ET ACTIVITES

IV- AXE 1 : PROMOTION DE LA SANTE MENTALE, PREVENTION ET DETECTION PRECOCE DES ADDICTIONS

OS.1. MENER DES ACTIONS DE PREVENTION CIBLANT LA POPULATION GENERALE ET LES POPULATIONS VULNERABLES

La prévention vise à empêcher, ou à arrêter le plus tôt possible, le développement d'addictions. Elle englobe, d'une part, les mesures de promotion de la santé en général, et ce, dans le but de renforcer les ressources de chaque individu en matière de santé, y compris face aux problèmes des addictions et d'autre part, les mesures de prévention comportementale et structurelle destinées à prévenir précocement l'apparition de comportements problématiques.

Les mesures de détection précoce sont réalisées auprès des groupes de personnes concernées, au sein desquels il s'agit d'identifier rapidement, les éventuels signes précurseurs de comportements addictifs. Elle précède l'étape de l'intervention précoce, où il s'agit de fournir une aide adaptée aux difficultés détectées. L'identification, le soutien et le renforcement des ressources des personnes concernées sont des éléments centraux de la détection et de l'intervention précoces.

Les cibles

Chez les enfants et les adolescents, la prévention est une priorité. L'adolescence est la période des premières expérimentations, de la construction de la personnalité, et de la recherche des limites à travers des comportements inconnus, voire parfois dangereux. D'où la nécessité de cibler cette population dans les programmes de santé scolaire (préscolaire, écoles, collèges, lycées, universités, formation professionnelle, internats, cités universitaires...), dans les centres dédiés aux jeunes (maisons des jeunes, Espace Santé jeunes, foyers féminins, centres de protection de l'enfance, établissements de protection sociale, colonies de vacances...) et en milieu sportif.

En population générale, la stigmatisation et la moralisation de l'usage des SPA et des personnes souffrant d'addictions constituent des obstacles à la compréhension du problème. L'information exacte est de ce fait indispensable.

Les acteurs

Les campagnes de prévention doivent solliciter les personnes et les structures relais qui sont en contact avec certaines tranches de la population, ou qui ont

une visibilité médiatique importante. On peut citer de façon non exhaustive :

- Les Professionnels de santé de première ligne ;
- Les enseignants, les éducateurs ;
- Les associations de quartiers ;
- Les leaders religieux, les Morchidines/Morchidates ;
- Les médias (radio, télé, réseaux sociaux...) ;
- Les pairs ;
- Les figures emblématiques ;
- Les ONG thématiques ;
- Les chambres professionnelles de l'artisanat.

Principaux acteurs dans promotion de la santé mentale, prévention et détection précoce des addictions

- Le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle
- Le Ministère de l'Intérieur (Direction Générale de la Sécurité Nationale (DGSN), collectivités territoriales)
- Le Ministère de la Jeunesse et des Sports
- Le Ministère des Habous et des Affaires Religieuses
- Le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération
- Le Ministère de la Culture
- Le Ministère de la Communication
- Les ONG thématiques
- L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie
- La Commission Nationale de Prévention des Accidents de la Route
- Les Médias, opérateurs de téléphonie
- Rabita Mohammadia des Oulémas
- Conseil National des Droits de l'Homme.
- Fondation Mohammed V pour la Solidarité et Fondation Mohammed VI pour la réinsertion
- L'UNICEF, OMS, FNUAP

Le partenariat

La prévention nécessite des interventions multidisciplinaires et multisectorielles, de la coordination et des partenariats, car les groupes populationnels ciblés et les acteurs clés sont divers et les programmes doivent être adaptés à chaque sous population.

Les interventions

Pour chaque cible, il faut construire une information et des messages spécifiques se basant sur les approches ayant prouvé leur efficacité :

- Utiliser des méthodes éducatives efficaces et basées sur des évidences scientifiques en matière de prévention des addictions.
- Éviter la moralisation, la stigmatisation, la culpabilisation et le faire peur.
- Adopter l'approche « santé mentale positive », une approche basée sur le renforcement des compétences et habilités de vie des enfants et des adolescents.
- Adapter la confection de messages de prévention au public cible ; par l'utilisation de langage, d'expressions, de moyens de communication conformes aux codes utilisés dans le milieu ciblé. Pour ce faire, on utilisera avec profit les spécialistes en communication, mais aussi les pairs.

Les actions doivent être planifiées, une action ponctuelle, isolée, donnera peu de résultats. Ces actions doivent se décliner au niveau régional et local.

MESURE 1.1. LE MAROC SE DOTE D'UNE INSTANCE NATIONALE DE PRÉVENTION DE L'USAGE DES DROGUES, DÉCLINÉE DANS CHAQUE RÉGION.

OO.1.1.1. Mettre en place une Commission ayant pour mission l'initiation et la coordination de la stratégie des interventions de prévention.

Cette instance, coordonnée par le Ministère de la Santé, doit être représentative des différents ministères, ONG impliquées et des Collectivités Territoriales. Aussi, les mesures suivantes doivent être mise en place :

A.1.1.1.1. Instaurer et institutionnaliser une commission nationale intersectorielle de promotion de la santé mentale et de la lutte contre l'addiction aux SPA regroupant les départements sociaux, le Ministère de l'Intérieur (DGCL, DGSN, INDH), la Gendarmerie Royale, le CNDH, le CCDH, les ONGs thématiques...

A.1.1.1.2. Créer, au sein de ladite commission, un comité scientifique qui oriente les travaux, et réfère aux autorités sanitaires.

A.1.1.1.3. Décliner cet organe en instances régionales, provinciales et préfectorales.

A.1.1.1.4. Organiser une conférence débat annuelle, regroupant l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine.

MESURE 1.2. DES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES DE PRÉVENTION SONT PROPOSÉS À L'INTENTION DES DIFFÉRENTES POPULATIONS CIBLES.

OO.1.2.1. Conclure des conventions de partenariat spécifiques

A.1.2.1.1. Réviser et étendre la convention cadre de partenariat en matière de santé scolaire, universitaire et de promotion de la santé des jeunes pour répondre aux besoins des populations ci-dessous :

- Les enfants en conflits avec la loi ;
- Les jeunes détenus libérés ;
- Les centres de sauvegarde de l'enfance ;
- Les migrants ;
- Les enfants en situation de rue, les travailleurs mineurs, les SDF (population vulnérable).

OO.1.2.2. Adopter et mettre en œuvre l'approche basée sur les compétences psychosociales au profit des enfants, adolescents et jeunes : « Santé mentale positive »

Un programme conjoint relatif à l'éducation aux compétences psychosociales des élèves devra être mis en place dans un cadre de collaboration et de coordination entre le MS et le MENFP. A cet égard, les mesures ci-dessous doivent être entreprises :

A.1.2.2.1. Construire des modules de formation

A.1.2.2.2. Désigner une commission de formation

A.1.2.2.3. Elaborer et valider les supports didactiques

A.1.2.2.4. Concevoir et mettre en place un plan de formation des acteurs concernés pour les professionnels qui dans leurs activités sont en contact avec des populations à risque notamment les enseignants, les éducateurs, les policiers, les professionnels de la santé etc.

A.1.1.2.5. Informer les jeunes et leur famille sur les produits licites et illicites, les différents usages et leurs méfaits et l'intérêt de la prévention.

A.1.1.2.6. Renforcer les compétences psychosociales et individuelles des parents à travers un programme d'éducation parentale à base communautaire pour qu'ils puissent être en mesure d'apporter écoute et soutien à leurs enfants.

A.1.1.2.7. Former des personnes relais au sein de la communauté (ONGs ; animateurs de maisons des jeunes, leaders religieux, et autres).

A.1.1.1.8. Privilégier la participation des jeunes et l'utilisation de supports « jeunes » : clips, flyers, réseaux sociaux...

OO.1.2.3. Mener le plaidoyer et une mobilisation sociale autour de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre les addictions chez les jeunes

A.1.2.3.1. Entreprendre, chez les enfants et les jeunes, des études faisant ressortir l'addiction et ses déterminants.

A.1.2.3.2. Construire un plaidoyer auprès des décideurs basés sur les résultats des études entreprises.

A.1.2.3.3. Inscrire des actions concrètes en matière de prévention des risques addictifs et de promotion de comportements sains dans les plans des ministères concernés

A.1.2.3.4. Construire une action de sensibilisation du grand public.

IV-AXE 2 : THÉRAPIE ET OFFRE DE SOINS

Le conseil et la thérapie s'adressent aux personnes dépendantes qui cherchent de l'aide. Ils visent une sortie durable ou une gestion contrôlée de l'addiction, dans une prise en charge globale médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux, l'aide à l'insertion ou à la réinsertion, et la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.

La collaboration entre les différentes catégories professionnelles est donc primordiale. En outre, il y a lieu d'accorder une attention particulière à l'accessibilité de l'offre, qui doit atteindre toutes les personnes concernées, sans distinction de sexe, d'âge ou d'origine socio-culturelle.

OS.2. EN 2022, ASSURER AUX USAGERS DE DROGUES UN DISPOSITIF DE SOINS HOMOLOGUE ET POLYVALENT DANS LES 12 RÉGIONS SANITAIRES.

MESURE 2.1. LA DETECTION PRÉCOCE ET L'INTERVENTION « BRÈVE » AUPRES DES PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES PROBLÈMES D'ADDICTION SONT ASSURÉES

OO.2.1.1. Améliorer la détection des jeunes à risque de dépendance dans les lieux qu'ils fréquentent (SSP, ESJ, Maisons des jeunes...)

A.2.1.1.1. Généraliser l'implantation des Espaces Santé Jeunes.

A.2.1.1.2. Former les professionnels de santé, les éducateurs et les accueillants œuvrant dans les ESJ, les ESSP et Maisons de Jeunes à la reconnaissance des facteurs de risques, des signes d'appel et à leur évolution.

A.2.1.1.3. Renforcer les équipes médicales, paramédicales (infirmiers, psychologues, assistantes sociales, psychomotriciennes, éducateurs), dans les structures de 1ère ligne pour permettre une évaluation globale de la situation des cas dépistés parmi les jeunes sur les plans : psychique, somatique, scolaire, juridique et social.

OO.2.1.2. Renforcer la p e c précoce des troubles addictifs au niveau des ESSP

A.2.1.2.1. Généraliser la formation à « l'Intervention Brève » et l'entretien motivationnel dans la pratique des professionnels de santé de 1ère ligne

OO.2.1.3. Mettre en place un circuit de référence et de PEC des cas dépistés, impliquant les familles et la communauté.

A.2.1.3.1. Elaborer un guide exhaustif sur les structures et les professionnels de recours en matière des addictions et leurs complications.

OO.2.1.4. Implanter une consultation Jeunes Consommateurs dans les centres d'addictologie existants pour évaluer, accompagner cette population face à l'échec scolaire et la délinquance

A.2.1.4.1. Former les équipes des centres de référence d'addictologie dans la PEC spécifique des jeunes consommateurs

MESURE 2.2 LA COUVERTURE TERRITORIALE EN STRUCTURES AMBULATOIRES DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS ET LEURS DOMMAGES EST ETENDUE

Les centres assurent les sevrages, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

OO.2.2.1. Doter chaque région d'un dispositif adapté de pec des addictions pour assurer la couverture territoriale.

A.2.2.1.1. Créer des centres d'addictologie, en priorisant les régions à forte demande

A.2.2.1.2. Créer des antennes d'addictologie de proximité dans les ESSP.

A.2.2.1.3. Assurer la gestion des antennes par les centres d'addictologie de référence existant au niveau régional ou interrégional

OO.2.2.2. Réorganiser et optimiser la prise en charge intégrée des troubles addictifs

A.2.2.2.1. Institutionnaliser et mettre en place le paquet minimum de soins en addictologie, le décliner à tous les niveaux.

A.2.2.2.2. Opérationnaliser la filière de soins spécifique à la PEC des troubles addictifs

A.2.2.2.3. Augmenter et diversifier les intervenants pour traiter plus de patients.

A.2.2.2.4. Optimiser le ratio de MG, IDE, infirmiers psychiatriques, psychomotricien, assistantes sociales.

OO.2.2.3. Renforcer les compétences des soignants dans l'identification et la prise en charge des patients ayant un problème addictif

A.2.2.3.1. Elaborer un guide de prise en charge et de bonnes pratiques

A.2.2.3.2. Développer un module de formation de courte durée en addictologie

MESURE 2.3. LES INTERVENTIONS HORS CENTRE, EN MILIEU HOSPITALIER, DANS LES SSP SONT MULTIPLIÉES.

OO.2.3.1. Doter chaque Centre d'Addictologie de dispositifs complémentaires

A.2.3.1.1. Établir une cartographie des structures offrant un service d'addictologie et les mettre à disposition des SSP.

A.2.3.2.2. Systématiser la référence au dispositif addictologique de tout cas de dépendance dépisté.

A.2.3.2.3. Favoriser l'accès aux soins spécialisés par l'instauration d'un système de référence contre référence entre les structures d'addictologie et les structures de pec de pathologies psychiatriques

OO.2.3.2. Implanter des lits d'hospitalisation à temps plein pour les troubles addictifs

A.2.3.3.1. Implanter des lits d'hospitalisations (2 à 5 lits) dans les services intégrés de psychiatrie et dans les hôpitaux psychiatriques.

A.2.3.3.2. Doter ces unités de moyens adaptés (OST, protocole et médicaments de surdose et cure de désintoxication...)

OO.2.3.3. Améliorer l'accès aux soins addictologiques pour patients hospitalisés pour d'autres pathologies.

A.2.3.3.1. Créer pour chaque hôpital une équipe de liaison de soins en addictologie, rattachée au centre d'addictologie.

A.2.3.3.2. Assurer par l'équipe de liaison, le renforcement des compétences des soignants dans ces structures à l'identification et la prise en charge des patients ayant un problème addictif.

MESURE 2.4. L'OFFRE DE SERVICES EN ADDICTIOLOGIE EST DIVERSIFIÉE

OO.2.4.1. Créer dans chaque centre d'addictologie un espace dédié aux femmes

A.2.4.1.1. Créer des ateliers spécifiques : maternité, nutrition, AGR etc.

A.2.4.1.2. Créer des espaces temps/physique exclusives aux femmes

OO.2.4.2. Initier une consultation expérimentale jeu pathologique dans un centre de référence volontaire.

MESURE 2.5. LE MILIEU PENITENTIAIRE ALIGNE SES NORMES EN MATIERE D'ADDICTOLOGIE SUR LE MILIEU EXTERIEUR

OO.2.5.1. Elaborer une convention de partenariat pour la prise en charge des addictions chez les personnes en détention.

A.2.5.1.1. Mettre en place des structures adaptées à la prise en charge des addictions dans chaque établissement pénitentiaire dans les régions à forte demande.

A.2.5.1.2. Renforcer les compétences des médecins et des professionnels de santé des prisons en matière d'addictologie

A.2.5.1.3. Sensibiliser par l'information et la formation les responsables et le personnel du milieu pénitentiaire.

A.2.5.1.4. Instaurer un système de référence et contre référence pour la continuité des soins entre le milieu pénitentiaire et les structures externes.

MESURE 2.6. LA POPULATION DES MIGRANTS BENEFICIE DES SERVICES OFFERTS PAR LES CENTRES D'ADDICTOLOGIE

OO.2.6.1. Introduire au sein des centres d'addictologie une composante relative à la prise en charge des PUD issues de la migration

A.2.6.1.1. Mettre en place un protocole d'interventions ciblant les migrants en lien avec les instances en charge de cette population

A.2.6.1.2. Organiser des sessions d'information et de formation ciblant le personnel des centres d'addictologie en matière de prise en charge médicosociale des migrants

A.2.6.1.3. Organiser des séances d'information et d'éducation et d'orientation en matière de prise en charge des addictions au bénéfice des migrants et des personnes relais.

A.2.6.1.4. Constituer des groupes d'éducateurs pairs – migrants

A.2.6.1.5. Conduire des actions régulières de sensibilisation et de formation au profit du personnel de santé sur les droits de l'Homme et les risques de violations de ces droits en rapport à l'accès aux soins.

MESURE 2.7. D'ICI 2022, DES STRUCTURES PILOTE DE REHABILITATION ET DE POST CURE SONT CREEES.

OO.2.7.1. *Créer des structures de réhabilitation et de réinsertion sociale pour les PUD en grande précarité*

A.2.7.1.1. Créer une structure pilote d'hébergement de nuit bas seuil, pour les usagers sans domicile les plus précaires dans une zone urbaine.

A.2.7.1.2. Privilégier là où c'est possible un espace de repos de jour.

A.2.7.1.3. Créer d'ici 2022, une structure de réhabilitation de type post cure ou communauté thérapeutique.

IV-AXE 3 : RÉDUCTION DES RISQUES

Le Plan d'action RDR 2012/2016 a permis des avancées majeures dans le champ de la lutte contre les risques et les dommages infectieux liés à l'injection. Il a aussi été promoteur d'une politique innovante, respectueuse des droits humains, efficace et rentable, permettant de toucher la population spécifique des personnes qui s'injectent des drogues (PID), d'apporter des réponses adaptées à de nombreux usagers en souffrance, et d'ouvrir des perspectives multiples quant aux initiatives à développer. La RDR s'est révélée opérante dans la mise en œuvre de l'approche pour une prévention combinée. A l'heure actuelle, les programmes d'échange de matériel de prévention (PES : programme d'échange de seringues, et distribution des préservatifs), le traitement de substitution aux

dépendances aux opiacés sont bien implantés mais il est à l'ordre du jour de les mettre à l'échelle. Par ailleurs, élargir l'accès au dépistage et aux traitements du VIH, VHC et TB reste un réel défi. Enfin, le dispositif de réduction des risques doit servir de socle au combat engagé pour l'éradication de maladies infectieuses parmi cette population clé.

De plus, il est impératif que le dispositif RDR prenne en compte les aspects d'usages suivants :

- Les substances elles-mêmes : alcool, tabac, etc ;
- Les quantités : prévention des surdoses, accès à la Naloxone ;
- Les modes de consommation (injection) ;
- Les associations de produits.

OS.3. 90% DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES (PID) UTILISENT LES SERVICES DE REDUCTION DES RISQUES (RDR) ET 60% ONT ACCES AU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DANS TOUS LES SITES

MESURE 3.1. RENFORCER L'ACCES A DES ACTIVITES DE PREVENTION COMBINEE REGULIERES ET DE QUALITE

OO.3.1.1. En 2022, doter toutes les structures de RDR d'un point de dépistage VIH, VHC, tuberculose et de vaccination VHB.

A.3.1.1.1. Généraliser la proposition systématique des tests de dépistage VIH, VHC et TB

A.3.1.1.2. Former les intervenants et les professionnels de santé œuvrant dans le dispositif RDR au dépistage et à l'annonce du résultat

A.3.1.1.3. Doter les structures d'addictologie en tests rapides VIH et VHC

A.3.1.1.4. Promouvoir la vaccination VHB dans les centres d'addictologie à travers des campagnes régulières

OO.3.1.2. Renforcer le travail de proximité et de rue.

A.3.1.2.1. Améliorer dans tous les sites concernés l'accessibilité au matériel d'injection stérile

A.3.1.2.2. Renforcer le recrutement de personnes relais issues de la communauté.

A.3.1.2.3. Promouvoir l'éducation par les PID pairs via les groupes d'auto-support et leur autonomisation

MESURE 3.2. EN 2022, L'ACCÈS AUX TSO EST GÉNÉRALISÉ POUR TOUS LES SITES ACCUEILLANT DES PID EN MILIEU DE SOINS ET EN MILIEU PÉNITENTIAIRE.

OO.3.2.1. *Rendre accessibles les TSO sur tous les sites à usage problématique au niveau national d'ici 2022*

A.3.2.1.1. Evaluer le dispositif TSO au niveau national (centres d'addictologie et antennes) et prévoir son intégration dans le système de santé de soins primaires

A.3.2.1.2. Réaliser les aménagements et doter toutes les structures et les CS pilotes pour l'extension des services de dispensation de la substitution en équipements et produits consommables nécessaires.

A.3.2.1.3. Actualiser la réglementation en vigueur aux nouvelles exigences de la mise à l'échelle du dispositif TSO (nouvelles molécules, nouveaux dispensateurs...)

A.3.2.1.4. Acquérir les kits de multi-tests rapides urinaires (détection rapide d'opiacés, cannabinoïdes, benzo, cocaïne.)

A.3.2.1.5. Introduire d'autres produits de substitution (Buprénorphine Haut Dosage, Méthadone Gélule, Naltrexone, Suboxone...) dans la liste des médicaments essentiels.

A.3.2.1.6. Renforcer les compétences des professionnels de soins et des acteurs concernés en TSO.

OO.3.2.2. *Assurer l'accès aux services de RDR et à la TSO en milieu pénitentiaire dans toutes les régions disposant de ce type de service.*

A.3.2.2.1. Créer des unités d'addictologie incluant le TSO dans les prisons prioritaires identifiées

A.3.2.2.2. Sensibiliser les détenus sur les risques et dommages liés à l'usage des substances psychoactives

A.3.2.2.3. Former les professionnels de santé et les autres profils de personnel du milieu carcéral sur la RDR et les TSO

MESURE 3.3. DIVERSIFIER LES ACTIONS DE RDR.

OO.3.3.1. *Réduire les risques d'overdose.*

A.3.3.1.1. Mettre en place un plan d'action d'éducation thérapeutique des patients.

A.3.3.1.2. Diffuser et former au kit de prévention et à la gestion des overdoses aux opiacés.

A.3.3.1.3. Promouvoir l'accès au produit anti overdose au profit des usagers

et de leur entourage.

A.3.3.1.4. Doter les structures concernées par la problématique des overdoses en produits nécessaires (Naloxone)

OO.3.3.2. *Introduire de nouveaux services RDR en réponse à d'autres produits, consommations et populations.*

A.3.3.2.1. Proposer des actions/services de RDR en rapport à la consommation de cannabis.

A.3.3.2.2. Proposer des actions de RDR en rapport à la consommation d'alcool.

A.3.3.2.3. Proposer des actions de RDR en rapport à la consommation de Cocaïne.

A.3.3.2.4. Introduire des interventions RDR spécifiques aux femmes usagères de drogues.

IV-AXE 4 : RENFORCEMENT DES COMPETENCES

La notion de prise en charge globale nécessite que :

- Les ressources médicales, le nombre et la qualification des praticiens soient augmentés ;
- Les soignants, infirmiers psychiatriques aient une formation adéquate tant pour la relation que pour les connaissances en addictologie ;
- Des psychologues soient présents dans l'équipe, (profil rare au niveau des structures du MS et peu ont une formation de psychologie clinique) ;
- Le travail social soit valorisé. Toute structure de soins ou de réduction des risques doit s'adjoindre un volet de prise en charge sociale pour obtenir une stabilisation globale et un accès à la réinsertion.

OS.4. EN 2022, AUGMENTATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE EN QUALITE ET EN QUANTITE

MESURE 4.1. D'ICI 2022, LE NOMBRE DE PSYCHOLOGUES ET AUTRES PROFILS EST AUGMENTE.

OO.4.1.1. *Créer des filières spécifiques à la formation des profils requis : psychologues, ergothérapeutes.*

A.4.1.1.1. Plaidoyer auprès de la DRH et des ISPITS pour la création des filières de psychologues, ergothérapeutes et éducateurs spécialisés parmi les formations dispensées

A.4.1.1.2. Elaboration des cursus de formation en partenariat avec les universités et les ISPITS

MESURE 4.2. D'ICI 2022, UNE FORMATION CONTINUE VALIDE ET REGULIERE EST PROPOSEE À TOUS LES PROFESSIONNELS (MÉDECINS, INFIRMIERS, INTERVENANTS, TRAVAILLEURS PAIRS, ASSISTANTES SOCIALES).

OO.4.2.1. Former d'ici 2022, tous les professionnels de soins des structures d'addictologie aux bases de l'addictologie, pour dépister, prendre en charge, accompagner ou référer.

A.4.2.1.1. Mettre en œuvre un plan de formation continue en addictologie pour le personnel œuvrant dans les structures d'addictologie

A.4.2.1.2. Promouvoir la participation au DU d'addictologie

OO.4.2.2. *Promouvoir et reconnaître l'activité des intervenants et des travailleurs pairs comme un vrai métier*

A.4.2.2.1. Mener un plaidoyer pour la création d'une formation diplômante en addictologie en partenariat avec les universités et centres de formation.

A.4.2.2.2. Assurer la Formation Continue des intervenants associatifs sur la base de la pratique et de la validation des acquis et de l'expérience.

OO.4.2.3. *Mettre en place d'ici 2022 une formation continue pour les médecins des ESSP*

A.4.2.3.1. Former le personnel des ESSP et des Centres médico-sociaux (Espace Santé jeunes et centres médico-universitaires) aux connaissances de base d'addictologie, aux interventions brèves et aux entretiens motivationnels.

A.4.2.3.2. Mettre en place un dispositif de formation en ligne (e-learning) en partenariat avec l'ENSP.

IV-AXE 5: GOUVERNANCE ET PARTENARIAT

OS.5. EN 2022, RENFORCER LE LEADERSHIP ET LA GOUVERNANCE DU PROGRAMME NATIONAL D'ADDICTOLOGIE

MESURE 5.1. EN 2022 LE PROGRAMME EST DOTE EN RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES SUFFISANTES.

OO.5.1.1. *Améliorer le leadership ; la visibilité et la gouvernance du PSNPA*

A.5.1.1.1. Doter le Programme national en ressources humaines pour permettre

un pilotage central de qualité et permettre la mise en œuvre du PSNPA

A.5.1.1.2. Affecter au niveau du Programme des cadres supplémentaires et désigner le Responsable du Programme par Note Ministérielle avec les prérogatives d'un Chef de Service.

A.5.1.1.3. Former les cadres du Programme aux spécificités du domaine de l'addictologie et de la gestion de programmes

A.5.1.1.4. Implanter une Cellule responsable du suivi et évaluation et de la recherche

A.5.1.1.5. Garantir la pérennisation des ressources pour la mise en œuvre du Plan national.

A.5.1.1.6. Garantir la notification d'une ligne budgétaire au niveau de la Morasse dédiée au Programme National de Prévention et de Prise en Charge des Addictions

A.5.1.1.7. Assurer une mobilisation de ressources suffisante

MESURE 5.2. EN 2022, UN ORGANE DE COORDINATION ADDICTIONS EST CRÉÉ DANS CHAQUE REGION, SOUS L'ÉGIDE DE LA DRS.

L'implication de secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux impose une cohérence des réponses, une optimisation des ressources humaines et des services disponibles.

OO.5.1.2. *Instaurer une coordination des acteurs et les secteurs concernés au niveau régional*

A.5.1.2.1. Constituer Les Comités Régionaux et Locaux de Pilotage où siègent toutes les parties prenantes.

A.5.1.2.2. Développer la stratégie régionale et faire remonter au niveau national les constats du terrain.

MESURE 5.3. DES PLANS OPERATIONNELS REGIONAUX RDR SONT ELABORES ET MIS EN OEUVRE

OO.5.3.1. *Appuyer les régions pour l'élaboration de leur plan RDR régional*

A.5.3.1.1. Appuyer la tenue des réunions de coordination et de concertation des acteurs et intervenants en matière de RDR

A.5.3.1.2. Elaborer et mettre en œuvre les plan opérationnels Régionaux de RDR en concertation avec le comité de pilotage

MESURE 5.4. EN 2022 LA MULTISECTORIALITE EST RENFORCEE

OO.5.4.1. Mettre en œuvre la complémentarité des dispositifs.

A.5.4.1.1. Développer des partenariats avec les instances nationales gouvernementales et non gouvernementales.

A.5.4.1.2. Dynamiser le rôle du programme au sein de la Commission Nationale des Stupéfiants.

A.5.4.1.3. Organiser des réunions de coordination avec le Secrétariat de la Commission.

A.5.4.1.4. Participer activement à la rédaction du Rapport Annuel de la CNS.

A.5.4.1.5. Encourager le partage de l'information émanant du Secrétariat de la CNS.

A.5.4.1.6. Développer les partenariats et la coopération avec les organismes et pays au niveau international.

OS.6. EN 2022, LE SECTEUR MÉDICAL ET LES ONG THÉMATIQUES HARMONISENT LEUR FONCTIONNEMENT

MESURE 6.1. EN 2022 DES CONVENTIONS DE PARTENARIAT SONT SIGNÉES ENTRE LES STRUCTURES DE SOINS EN ADDICTOLOGIE ET LES SERVICES PARTICIPANT A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS.

OO.6.1.1. Veiller d'ici 2022, à ce que les centres d'addictologie dans leur organisation globale (étatique et associative) disposent d'une gouvernance unique.

A.6.1.1.1. Instaurer des manuels de procédure et guides de bonnes pratiques.

A.6.1.1.2. Elaborer un guide national du programme national des addictions des protocoles de bonnes pratique.

A.6.1.1.3. Organiser des réunions de concertation régulières sur chaque site accompagnant l'organisation globale de chaque centre d'addictologie.

A.6.1.1.4. Elaborer des fiches de poste des différents intervenants dans les structures d'addictologie.

A.6.1.1.5. Mettre en place dans chaque centre un dossier unique médico-social pour les bénéficiaires des centres d'addictologie

IV-AXE 6. SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE

OS.7. EN 2022, LE MINISTERE SE DOTE D'UN OUTIL NATIONAL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET D'ÉVALUATION EXHAUSTIF ET FIABLE RELAYÉ PAR LES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE AU NIVEAU DES DRS.

L'absence de données globales sur l'épidémiologie quantitative et qualitative, par région, par produit, par groupe populationnel, par pratique, compromet les choix stratégiques à proposer. L'offre de soins reste univoque, ou calquée sur des expériences internationales validées, certes, mais pas toujours appropriées au terrain. L'évaluation des programmes doit permettre la validation, l'adéquation des mesures engagées.

MESURE 7.1. EN 2022, LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE SONT DOTES D'UN SYSTÈME DE RECUEIL DES DONNEES UNIQUE ET D'UN MÊME LOGICIEL

OO.7.1.1. Standardiser et informatiser le système d'information.

A.7.1.1.1. Doter toutes les structures d'addictologie en SI informatisé

A.7.1.1.2. Créer une fiche par patient commune à tous les centres, recueillant des données médico psychosociales nécessaires et suffisantes.

A.7.1.1.3. Publier un tableau de bord annuel, agrégé au niveau central.

MESURE 7.2. DANS CHAQUE RÉGION, UN CORRESPONDANT RÉGIONAL RESPONSABLE DU SUIVI ANNUEL EST IDENTIFIÉ.

Le rôle du Service de Santé Régional est fondamental : il agrège les données sanitaires statistiques des structures de soins, mais aussi des statistiques des forces de l'ordre (saisies, interpellations, etc.). Il identifie :

- Les données relatives aux produits consommés ;
- Le profil des consommateurs ;
- Les pratiques de consommation ;
- Les références vers les lieux de soin ;
- Les interpellations et les incarcérations ;
- La morbidité et la mortalité ;
- Les tendances émergentes ;
- Les alertes concernant des substances particulièrement dangereuses.

Toutes ces données sont agrégées au niveau national et nourrissent le rapport du programme national

OO.7.2.1. Appuyer l'OMDA dans son rôle de veille et de surveillance en matière de SPA ; de leurs usages et des addictions.

A.7.2.1.1. Plaidoyer pour un Statut reconnu de l'OMDA auprès des instances concernées et créer un département de recherches au sein de l'OMDA et lui assurer les moyens pour remplir sa mission.

A.7.2.1.2. Participer activement aux réunions des Comités consultatifs de l'OMDA.

A.7.2.1.3. Participer à l'élaboration du Rapport de l'OMDA.

OO.7.2.2. Assurer la disponibilité de données probantes qui seront la base d'actions innovantes et de révision des programmes.

Thèmes des enquêtes :

- Consommations chez les jeunes.
- Situation sanitaire des détenus.
- Femmes UD.
- Prise en charge des comorbidités.
- Occurrence et disponibilité des produits
- Proposition régulière d'enquêtes de satisfaction auprès des usagers des programmes.

A.7.2.2.1. Mener des enquêtes thématiques diligentées par le programme ou suscitées par le terrain

A.7.2.2.2. Mobilisation de fonds et d'expertise pour la réalisation des études en lien avec les partenaires au sein du Ministère et autres.

A.7.2.2.3. Réaliser des enquêtes bio comportementales (RDS) et Evaluation des situations parmi les PID.

A.7.2.2.4. Participer à l'Enquête STEPWISE relative aux ALD.

A.7.2.2.5. Réaliser une étude qualitative sur l'Accès aux services des addictions.

A.7.2.2.6. Intégrer une composante genre dans toutes les études réalisées parmi les personnes usagères de drogues et souffrant de troubles addictifs ;

A.7.2.2.7. Appuyer la réalisation des enquêtes MedSpad.

MESURE 7.3. EN 2022, LE MINISTÈRE SE DOTE D'OUTILS D'ÉVALUATION DES COMPOSANTES DES PROGRAMMES.

OO.7.3.1. Mettre en place une démarche d'accréditation en addictologie.

A.7.3.1.1. Elaborer un référentiel national d'accréditation en addictologie (évaluations externes et internes)

A.7.3.1.2. Implanter le processus d'accréditation.

A.7.3.1.3. Planifier des visites de conformité.

IV-AXE 7. RÉDUCTION DE LA DISCRIMINATION ET DE LA STIGMATISATION DES USAGERS DE DROGUES

OS.8. EN 2022, LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES USAGERS DE DROGUES, LA DÉFENSE DE LEURS DROITS À LA SANTÉ, À LA DIGNITÉ, À LA CITOYENNETÉ EST UNE PRIORITÉ.

La stigmatisation des usagers de drogues est une anomalie généralisée, basée sur des représentations morales qui méconnaissent la dimension pathologique de l'addiction. Son corolaire est le rejet et l'exclusion qui sont dommageables pour les personnes qui n'accèdent peu ou pas aux soins et à la citoyenneté, mais aussi pour la collectivité qui pâtit de l'augmentation des dommages et des risques pour la communauté dans son ensemble. La législation actuelle n'est plus adaptée aux données nouvelles de la science et aux effets bénéfiques des nouveaux abords du soin.

MESURE 8.1. LES ASSOCIATIONS DES DROITS DE L'HOMME FONT DE LA QUESTION DES DROITS DES PERSONNES QUI USENT DE DROGUES UNE PRIORITÉ.

OO.8.1.1. Mettre en place une stratégie de communication pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation des PUD.

A.8.1.1.1. Mener des campagnes de communication en direction de la population générale sur la non stigmatisation et la non-discrimination des usagers de drogues

A.8.1.1.2. Développer des partenariats avec les départements ministériels concernés pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation des usagers de drogue en milieu institutionnel

A.8.1.1.3. Créer les outils pédagogiques nécessaires à la formation des professionnels de santé sur la lutte contre la discrimination et la stigmatisation

A.8.1.1.4. Organiser des journées de plaidoyer et de sensibilisation des agents

d'autorité sur la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des usagers de drogue

A.8.1.1.5. Sensibiliser les membres des ordres, la Ligue des Droits de l'Homme et des associations professionnelles et intégrer la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des usagers de drogue dans leurs codes de conduite.

OO.8.1.2. *Promouvoir l'organisation des usagers pour défendre leurs droits.*

A.8.1.2.1. Permettre aux PUD de se constituer en association

A.8.1.2.2. Assurer le soutien des PUD par les professionnels et les ONGs thématiques par un plaidoyer auprès des autorités.

A.8.1.2.3. Créer en lien avec les professionnels un collectif pour le droit des PUD et un observatoire du droit des usagers.

A.8.1.2.4. Recueillir les témoignages des dénis du droit en particulier dans le champ de la santé, dont ils sont victimes avec le soutien des professionnels

OO.9.1.3. *Renforcer la protection juridique des usagers de drogues*

A.8.1.3.1. Créer un accompagnement juridique dans les centres d'addictologie

MESURE 8.2. L'USAGE SIMPLE FAIT L'OBJET DE MESURES ALTERNATIVES À L'INCARCÉRATION.

L'usage simple de drogues dans l'article 1 du Dahir de 1974 est considéré comme un délit au même titre que l'importation, le commerce ou la détention. Les évidences nous démontrent que cette notion n'a pas de fondement scientifique, qu'elle est source de dommages supplémentaires, car l'incarcération peut accroître les risques encourus, que la criminalisation éloigne les usagers des lieux de soin où ils pourraient trouver de l'aide. Cette mesure majeure le rejet et l'exclusion qui pèsent sur des personnes souvent en souffrance, entraîne la mise en place d'un système répressif coûteux et qui n'a pas d'effet sur la réduction de la demande. Une révision de la loi améliorerait la santé, la citoyenneté des usagers et générerait des économies qu'on pourrait réinvestir dans la prévention et le soin.

OO.8.2.1. Conduire une revue législative mettant l'accent sur les besoins d'harmoniser les textes nationaux avec les standards internationaux en matière des droits de l'homme.

A.8.2.1.1. Initier par les acteurs et les usagers de drogues un plaidoyer pour la réforme de la loi.

A.8.2.1.2. Créer un groupe pluridisciplinaire de plaidoyer.

A.8.2.1.3. Construire un plaidoyer avec les parlementaires pour les impliquer dans la mise en œuvre des recommandations de cette revue législative

A.8.2.1.4. Organiser des ateliers de réflexion pour lutter contre la criminalisation des usagers de drogue et promouvoir les peines alternatives.

A.8.2.1.5. Elaborer un module pour les usagers condamnés favorisant la réinsertion plutôt que la punition (alternatives à l'incarcération)

A.8.2.1.6. Elaborer des supports d'information adaptés pour l'information des usagers de drogue en matière de droits humains et mécanisme de recours.

CADRE LOGIQUE DU PLAN STRATEGIQUENATIONAL DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS 2018-2022

OBJECTIF STRATEGIQUE 1. MENER DES ACTIONS DE PREVENTION CIBLANT LA POPULATION GENERALE ET LES POPULATIONS VULNERABLES									
MESURE 1.1 : LE MAROC SE DOTE D'UNE INSTANCE NATIONALE DE PREVENTION DE L'USAGE DES DROGUES, DÉCLINÉE DANS CHAQUE RÉGION									
O.O.1.1.1. Mettre en place une Commission ayant pour mission l'initiation et la coordination de la stratégie des interventions de prévention.									
Activités	CALENDRIER DU PLAN Echéancier (par année)				Pilote	Partenaires	Coûts requis	Indicateurs de suivi Ob-jectivement Vérifiables (IOV)	Moyens de vérification
	2018	2019	2020	2021	2022				
Activité 1.1.1.1 : Instaurer et institutionnaliser une commission nationale intersectorielle de promotion de la santé mentale et de la lutte contre l'addiction atelier de mise en œuvre frais de réunions (4 fois par ans)		20 000	20 000	20 000	20 000	Ministère de la santé : DP/DELM	80 000	Nombre de réunions/ décision d'institution-nalisation	Compte rendus
Activité 1.1.1.2 : Créer, au sein de la dite commission, un comité scientifique qui oriente les travaux, et réfère aux autorités sanitaires - frais des réunions (4 fois par an)	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	DP	50 000	Décision ministérielle de création du comité	Diffusion
Activité 1.1.1.3: Décliner cet organe en instances régionales, provinciales et préfec-torales.						DRS	0	Nombre de comités régionaux et provinciaux créés	Nombre de réunions
Activité1.1.1.4: Célébration de la journée Mondiale les 26 juin de chaque année/ Organiser une conférence débat annuelle, regroupant l'ensemble des acteurs intervenant dans ce domaine	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	MS	750 000	Rapport conférences	Compte rendus
MESURE 1.2 : DES PROGRAMMES SPECIFIQUES DE PREVENTION SONT PROPOSES À L'INTENTION DES DIFFÉRENTES POPULATIONS CIBLES									
O.O.1.2.1. Conclure des conventions de partenariat spécifiques									
Activité 1.2.1.1 Réviser et étendre la Conven-tion cadre de partenariat en matière de santé scolaire, universitaire et promotion de la santé des jeunes	100 000					DP/DELM	100 000	Avenant de la convention	Texte de la convention
O.O1.2.2. Adopter et mettre en œuvre l'approche basée sur les compétences psychosociales au profit des enfants, adolescents et jeunes : « Santé mentale positive »						DP/DELM		Document module valide	Modules, sessions, Nombre de personnes formées
Activité 1.2.2.1. Construire des modules de formation (voir budget Activité 1.2.2.4)									

Activité 1.2.2.2. Désigner une commission de formation										DP/DELM	ONGs/Ministères	0	Commission constituée	PV et rapports commission
Activité 1.2.2.3. Elaborer et valider des supports didactiques (voir budget Activité 1.2.2.4)										DP/DELM	ONGs/UNICEF		Nombre de Supports didactique élaborés	Publication et diffusion des supports
Activité 1.2.2.4. Concevoir et mettre en place un plan de formation des acteurs concernés 2 ateliers de conception assistance technique; impression des outils; ateliers de formation (2 par an à partir de la 2ème année)										DP/DELM	Autres ministères/ONGs/UNICEF et FNUAP	715 000	Plan de formation mise en oeuvre	Nombre d'acteurs formés par profil
Activité 1.2.2.5. Informer les jeunes et leur famille sur les produits licites et illicites, les différents usages et leurs méfaits 2 ateliers par an	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	DP/DELM	ONGs/ONUSIDA/ONUUDC	750 000	Conception de supports	Nombre de supports diffusés
Activité 1.2.2.6. Renforcer les compétences psychosociales et individuelles des parents	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	DELM	FM/Oms	750 000	Supports d'information adaptés élaborés	Nombre de familles touchées
Activité 1.2.2.7. Former des personnes relais au sein de la communauté	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	DP	/FNUAP/UNICEF	750 000	Nombre de personnes relai formées	Nombre de personnes impliquées
Activité 1.2.2.8. Privilégier la participation des jeunes et l'utilisation de supports « jeunes » : clips, flyers, réseaux sociaux... (1 atelier de formation des jeunes par an + rencontre avec les associations de jeunes)	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	DP	FNUAP/UNICEF	750 000	taux participation des jeunes	
O.O.1.2.3. Mener le plaidoyer et une mobilisation sociale autour de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre les addictions chez les jeunes														
Activité 1.2.3.1. Entreprendre, chez les enfants et les jeunes, des études faisant ressortir l'addiction et ses déterminants (1 étude /an)										DP/DELM	OMS/FNUAP	600 000	nombre d'enquêtes réalisées	analyse résultats
Activité 1.2.3.2. Construire un plaidoyer auprès des décideurs basé sur les résultats des études entreprises organisation de rencontres y compris supports)	50 000	80 000	80 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	DP/DELM	OSCs	410 000	nombre de Reunions d'information et de plaidoyers	nombre de décideurs touchés
Activité 1.2.3.3. Inscrire des actions concrètes en matière de prévention des risques additifs et de promotion de comportements sains dans les plans des autres départements ministériels (ateliers pour le développement d'approches)	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	DP/DELM	Fondations / OSCs	1 000 000	plan d'action conjoint	Plan d'action conçu et mis en oeuvre
Activité 1.2.3.4. Construire une action de sensibilisation grand public. (production d'un support éducatif)	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	DP/DELM/ONGs	Commission nationale des Stupéfiants	2 500 000	Campagne nationale multimedia	Mesures d'impact

OBJETIF STRATEGIQUE 2. ASSURER AUX USAGERS DE DROGUES UN DISPOSITIF DE SOINS HOMOLOGUE ET POLYVALENT DANS LES 12 RÉGIONS SANITAIRES										
MESURE 2.1 : LA DETECTION PRÉCOCE ET L'INTERVENTION « BREVE » AUPRES DES PERSONNES QUI PRÉSENTENT DES PROBLÈMES D'ADDICTION SONT ASSURÉES										
OO.2.1.1. Améliorer la détection des jeunes à risque de dépendance dans les lieux qu'ils fréquentent										
Activité 2.1.1.1 : Généraliser l'implantation des Espaces Santé Jeune						DP	DHSA/DPRI/ FNUAP	0	Nombre d'es-pace jeunes créés (EJ)	nombre EJ créés
Activité 2.1.1.2 : Former les professionnels de santé, les éducateurs et les accueillants œuvrant dans les ESJ, les ESSP et Maisons de Jeunes	100 000	100 000			100 000	DP/DELM	OMS/FNUAP	300 000	Nombre de Sessions de formation	Nombre de professionnels formés
Activité 2.1.1.3. Renforcer les équipes médicales, paramédicales dans les structures de 1ère ligne						DRH	OMS/FNUAP	0	Nombre de PS affectés au niveau des structures	Nombre de professionnels existant en 1ère ligne
OO.2.1.2. Renforcer la p e c précoce des troubles addictifs au niveau des ESSP										
Activité 2.1.2.1. Généraliser la formation à « l'intervention Brève » et l'entretien motivationnel dans la pratique des professionnels de santé de 1ère ligne	100 000	2 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	DELM	OMS/UNO-DC/GP	4 100 000	Nombre de sessions de formations en IB organisées	Nombre de personnel formé
OO.2.1.3. Mettre en place un circuit de référence et de PEC des cas dépistés, impliquant les familles et la communauté.										
Activité 2.1.3.1. Elaborer un guide exhaustif sur les structures et les professionnels de recours en matière des addictions et leurs complications	120 000					DELM	DRH/FM/ OMS/UNODC	120 000	guide valide	Nombre de guides diffusés
OO.2.1.4. Implanter une consultation Jeunes Consommateurs dans les centres d'addictologie existants										
Activité 2.1.4.1. Former les équipes des centres de référence d'addictologie dans la PEC spécifique des jeunes consommateurs (JC)		70 000			70 000	DELM	Ministères/ OMS/ UNODC/ Coopération bilatérale/ Mednet/GP/ CHUS	140 000	Unité de consultation JC reliée à chaque centre d'addictologie	File active
MESURE 2.2. LA COUVERTURE TERRITORIALE EN STRUCTURES AMBULATOIRES DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS ET LEURS DOMMAGES EST ETEN- DUE										
OO.2.2.1. Doter chaque région d'un dispositif adapté de pec des addictions pour assurer la couverture territoriale.										
Activité 2.2.1.1. Créer des centres d'addictolo- gie, en priorisant les régions à forte demande	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	DELM/ DHSA	DRS	5 000 000	Un centre au minimum dans chaque région	Nombre et file active
Activité 2.2.1.2. Créer des antennes d'addic- tologie de proximité dans les ESSP	420 000	420 000	420 000	420 000	420 000	DELM/ DHSA/FM	FM	2 100 000	Nombre d'antennes créées	Nombre et file active

Activité 2.2.1.3. Assurer la gestion des antennes par les centres d'addictologie de référence existant au niveau régional ou interrégional					DRS	Centres concernés/ SRES/CHUs	0	Protocole de gestion établi	rapport annuel de supervision
OO.2.2.2. Réorganiser et optimiser la prise en charge intégrée des troubles addictifs									
Activité 2.2.2.1. Institutionnaliser et mettre en place le paquet minimum de soins en addictologie, le décliner à tous les niveaux.	21 307 000				DELM	DRS/RSSFM/ FM/OMS	21 307 000	Guide Paquet minimum élaboré et mis en place	Evaluation du personnel et ressources dans chaque centre et rapport annuel d'activités
Activité 2.2.2.2. Opérationnaliser la filière de soins spécifique à la pec des troubles addictifs	50 000				DELM/ DHSA	DRS	50 000	Nombre de supports d'information élaborés/ nombre de session de formation organisées / signalisation affichée	Rapport d'évaluation de la mise en application de la filière
Activité 2.2.2.3. Augmenter et diversifier les intervenants pour traiter plus de patients (5 professionnels de santé/ centre)					DELM/DP/ DRH	DRS et Délégations MS	0	Nombre des professionnels affectés	Nombre de professionnels nouveaux
Activité 2.2.2.4. Optimiser le ratio de MG, IDE, infirmiers psychiatriques, psychomotricien, assistantes sociales					DRH	OMS/FM/ CHUs/Coop Bilat,	0	1TP médical, 2 Tp paramédical, 1/2 Psychiatre, 1/2 Psychologue, 1/2 Psychomotricien	Nombre de personnel
OO.2.2.3. Renforcer les compétences des soignants dans l'identification et la prise en charge des patients ayant un problème addictif									
Activité 2.2.3.1. Elaborer un guide de prise en charge et de bonnes pratiques	250 000				DELM/ ISPTS/ ENSP/ONGs	OMS/FM/ CHUs/Coop Bilat,	250 000	Document guide valide	guide diffusé et adopté
Activité 2.2.3.2. développer un module de formation de courte durée en addictologie					DELM	OMS/RSS-FM/Coop Bilia,	0	Document du module/ nombre de sessions de formation	Nombre de professionnels et acteurs formés
MESURE 2.3. LES INTERVENTIONS HORS CENTRE, EN MILIEU HOSPITALIER, DANS LES SSP SONT MULTIPLIÉES.									
OO.2.3.1. Doter chaque centre d'addictologie de dispositifs complémentaires									

Activité 2.3.1.1. Établir une cartographie des structures offrant un service d'addictologie et les mettre à disposition des SSP	250 000						DELM	DRS/ autres ministères/ ONGs	250 000	Annuaire régional élaboré	Diffusion de l'annuaire
Activité 2.3.1.2. Systématiser la référence au dispositif addictologique de tout cas de dépendance dépisté (PMS)	300 000						DELM	DRS/ONGs/ Privés	300 000	Filière de soins/equipe de liaison opérationnelles	File active
Activité 2.3.1.3. Favoriser l'accès aux soins spécialisés par l'instauration d'un système de référence contre référence (consultations élaboration d'outils et diffusion);	200 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	DELM	DRS/ONGs/ Privés	400 000	Filière de soins/equipe de liaison opérationnelles	Rapports et outils diffusés
OO.2.3.2. Implanter des lits d'hospitalisation à temps plein pour les troubles addictifs											
Activité 2.3.2.1. Implanter des lits d'hospitalisations (2 à 5 lits) dans les services intégrés de psychiatrie et dans les hôpitaux psychiatriques (Ateliers de plaidoyer et équipements)	500 000	500 000				500 000	DELM/DRS/ Délégations et DHSA	Sociétés savantes psy/ CHU/FM/ OMS	2 000 000	Nombre de lits implantés au niveau des services et hôpitaux psychiatriques	File active
Activité 2.3.2.2. Doter ces unités de moyens adaptés (OST, protocole et médicaments de surdose et cure de désintoxication.)							DELM	Sociétés savantes psy/ CHU/FM	0	Nombre d'unités dotées	Nombre de structures dotées rapports annuels des structures
OO. 2.3.3. Améliorer l'accès aux soins addictologiques des patients hospitalisés pour d'autres pathologies.											
Activité 2.3.3.1. Créer pour chaque hôpital une équipe de liaison de soins en addictologie, rattachée au centre d'addictologie (atelier 4 fois /an)	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	DRS/DRH	DRS/sociétés savantes/ CHU	250 000	Une équipe constituée dans chaque hôpital	File active
Activité 2.3.3.2. assurer par l'équipe de liaison le renforcement des compétences des soignants dans ces structures à l'identification et la prise en charge des patients ayant un problème addictif.							DELM/ DRS/DRH	DRS/sociétés savantes/ CHU	0	Formations réalisées	Nombre de sessions de formation
MESURE 2.4. L'OFFRE DE SERVICES EN ADDICTOLOGIE EST DIVERSIFIÉE											
OO.2.4.1. Créer dans chaque centre d'addictologie un espace dédié aux femmes											

Activité 2.4.1.1. Programme spécifique femmes (consultations et ateliers de dissémination)	300 000					MS	Ministères/ ONGs/ INDH/ Programme réduction disparités sociales- territoriales coopération/ UNIFEM/ ONUJDC/ FM/ Fondation medV	300 000	Programme spécifique femmes Usagères adopté (guide national de référence)	Rapport et documents
Activité 2.4.1.2. Créer des ateliers spécifiques : maternité, nutrition, AGR etc.						DELM	Ministères/ ONGs/ INDH/ Programme réduction disparités sociales- territoriales Coopération/ UNIFEM/ ONUJDC/ Fondation Med V	0	Nombre d'ateliers	Nombre de sessions
Activité 2.4.1.3. Créer des espaces temps/ physique exclusives aux femmes						DELM	Ministères/ ONGs/ INDH/ Programme réduction disparités sociales- territoriales coopération/ UNIFEM/ ONUJDC/ Fondation Med V	0	Nombre d'CA avant aménagement un espace pour femme	Nombre d'espaces temps
OO.2.4.2. Créer une consultation expérimentale jeu pathologique dans un centre de référence volontaire : CHU/DRS										
MESURE 2.5. LE MILIEU PENITENTIAIRE ALIGNÉ SES NORMES EN MATIÈRE D'ADDICTOLOGIE SUR LE MILIEU EXTÉRIEUR										
OO.2.5.1. : <i>Elaborer une convention de partenariat pour la prise en charge des addictions chez les personnes en détention.</i>										
Activité 2.5.1.1. Mettre en place des structures adaptées à la prise en charge des addictions dans chaque établissement pénitentiaire dans les régions à forte demande.(10 centres programmés)						DELM/ DGAPR	Bailleurs et Agences NU	0	01 unités addictologie dans chaque prison	File active
Activité 2.5.1.2. Renforcer les compétences des médecins et des professionnels de santé des prisons en matière d'addictologie						DELM/ DGAPR	Bailleurs et Agences NU	0	Nombre de sessions de formation réalisées	Nombre de personnes formées

Activité 2.5.1.3. Sensibiliser par l'information et la formation des responsables et du personnel du milieu pénitentiaire; Former les surveillants éducateurs sur les IST/Sida et RDR, droits humains, genre, santé de la reproduction en milieu carcéral	129 600	129 600	129 600	129 600	129 600	126 000	DELIM/ DGAPR	FM/ONUSIDA/UNODC	644 400	Nombre de Séances d'information	Nombre de sessions de formation
Activité 2.5.1.4. Instaurer un système de référence et contre référence pour la continuité des soins entre le milieu pénitentiaire et les structures externes.							DELIM/ DGAPR	DRS/Délégations MS	0	Conventions	Textes
MESURE 2.6. LA POPULATION DES MIGRANTS BENEFICIE DES SERVICES OFFERTS PAR LES CENTRES D'ADDICTOLOGIE											
OO. 2.6.1. Introduire au sein des centres d'addictologie d'une composante relative à la prise en charge des personnes usagères de drogues issues de la migration											
Activité 2.6.1.1. Mettre en place un protocole d'interventions ciblant les migrants en lien avec les instances en charge de cette population (modules de formation)							Programme national des Migrants (PNM)	MAE, OIM, HCR/UN/ENSP	0	Protocole valide et modules de formation valide	Diffusion protocoles et suivi adoptés
Activité 2.6.1.2. Organiser des sessions d'information et de formation ciblant le personnel des centres d'addictologie en matière de prise en charge médico sociale des migrants							Programme national des Migrants (PNM)	MAE, OIM, HCR/FM/ENSP	0	Nombre de séances d'information et de formation	Nombre de personnes touchées
Activité 2.6.1.3. Organiser des séances d'information et d'éducation et d'orientation en matière de prise en charge des addictions au bénéfice des migrants et des personnes relais.							Programme national des Migrants (PNM)/ ENSP	MAE, OIM/OSC/FM/HCR	0	Nombre de séances d'information et de formation	Nombre de personnes touchées
Activité 2.6.1.4. Constituer des groupes d'éducateurs pairs – migrants et formation sur conduites addictives							Programme national des Migrants (PNM)/ OSCs	MAE, OIM/OSC/FM/HCR/ENSP	0	Nombre de groupes d'éducateurs pairs et rapports créés	Nombre éducateurs pairs et rapports d'activités
Activité 2.6.1.5. Conduire 75 à 81 re des actions régulières de sensibilisation et de formation au profit du personnel de Santé sur les Droits de l'Homme.							Programme national des Migrants (PNM)/ CNDH/ ENSP	MAE, OIM/OSC/FM/HCR/CNDH	0	Nombre de séances d'information et de formation	Nombre de personnes touchées
MESURE 2.7. DES STRUCTURES PILOTE DE REHABILITATION ET DE POST CURE SONT CREEES.											
OO.2.7.1. Créer des structures de réhabilitation et de réinsertion sociale pour les PUD en grande précarité											
Activité 2.7.1.1. Créer une structure pilote d'hébergement de nuit bas seuil pour les usagers sans domicile les plus précaires dans une zone urbaine.						5 000 000	Etraide nationale/ Ministère Interieur-IN-DH/Fondations	MS	5 000 000	Nombre de structures, règlement intérieur, conventions	File active

Activité 2.7.1.2. Privilégier là où c'est possible un espace de repos de jour.						OSC/Fondation Med V	MS/ autres ministères/ Bailleurs	0	Nombre d'espace de jour créés	Mesure de l'activité
Activité 2.7.1.3. Créer une structure de réhabilitation de type post cure ou communauté thérapeutique.						OSC/Fondation Med V	Bailleurs externes	0	Nombre de structures post cure créées	File active
OBJECTIF STRATEGIQUE 3. 90% DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES (PID) UTILISENT LES SERVICES DE REDUCTION DES RISQUES (RDR) ET 60% ONT ACCES AU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DANS TOUS LES SITES										
OO. 3.1.1. Doter toutes les structures de RDR d'un point de dépistage VIH, VHC, tuberculose et de vaccination VHB.										
Activité 3.1.1.1. Elaborer un plan d'action opérationnel RdR et le décliner en plan régional	322 400					DELMD/DRS	OSCs/FM/ ONUSIDA	322 400	12 plans régionaux élaborés	documents des plans
Activité 3.1.1.2. Généraliser la proposition systématique des tests de dépistage VIH, VHC et TB						Programme National VIH/ sida/PSN hépatiteset TB)	FM/DRS	0	tests disponibles et proposés aux bénéficiaires	Nombre de tests effectués
Activité 3.1.1.3. Former les intervenants et les professionnels de santé œuvrant dans le dispositif RDR au dépistage et à l'annonce du résultat						Programme National VIH/ sida/PSN et TB)	DRS/OSCs	0	Nombre de Counseling pré et post tests réalisés	Nombre de personnes formées
Activité 3.1.1.4. Doter les structures d'addiction en tests rapides VIH et VHC						Programme National VIH/ sida/PSN-VHépaties et TB)	OSCs/FM	0	Nombre de structures d'addiction dotées (TROs, buvards disponibles)	Nombres de tests
Activité 3.1.1.5. Promouvoir la vaccination VHB dans les centres d'addiction à travers des campagnes régulières						Programme National VIH/ sida/PSN-hépatites et TB)	OSCs/FM	0	Nombre de bénéficiaires bénéficiant de l'information et counselling pour la vaccination VHB	Nombre de campagnes/ an et nombre des bénéficiaires
OO. 3.1.2. Renforcer l'action des ONGs pour le travail de proximité et de rue.										
Activité 3.1.2.1. Améliorer dans tous les sites concernés l'accessibilité au matériel d'injection stérile. Achats de kits d'injection en vrac à raison de 1 kit d'injection par jour par UDI	2 609 750	2 609 750	2 609 750	2 609 750	OSCs	DELMD/FM	7 829 250	Matériel en qualité et en quantité suffisantes	Matériel en qualité et en quantité suffisantes	

Activité 3.1.2.2. Renforcer le recrutement de personnes relais issues de la communauté et assurer l'indemnisation des intervenant de terrain dans les sites prioritaires;	9 546 960	12 042 960	12 042 960	12 042 960	12 042 960	OSC's	DEL/M/FM	57 718 800	Travailleurs pairs TP identifiés par site	Nombre de TP recrutés
Activité 3.1.2.3. Promouvoir l'éducation par les PID pairs via les groupes d'auto support et leur autonomisation ;		23 620		23 620	23 620	OSC's	DEL/M/FM	94480	Groupe d'auto supports constitués	Nombre des groupes constitués
Activité 3.1.2.4. Réaliser un accompagnement juridique et social (Honoraires avocat) ; et réaliser des visites à domicile (délivrance de la méthadone ou traitement VIH, indemnités de transport) (indemnités de l'assistance sociale		284 000	306 000			OSC's	DEL/M/FM	590 000	Convention avec les avocats	Nombre d'avocats impliqués
Activité 3.1.2.5. Organiser des activités récréatives au profit des membres des groupes (solidaires) d'Auto support	240 000	308 000	308 000	308 000	308 000	OSC's	DEL/M/FM	1 472 000	Programme des activités de soutien et récréatives	Nombre des bénéficiaires de ces activités et rapport des activités
MESURE 3.2.EN 2021. L'ACCÈS AUX TSO EST GÉNÉRALISÉ POUR TOUS LES SITES ACCUEILLANT DES PID EN MILIEU DE SOINS ET EN MILIEU PÉNITENTIAIRE										
OO. 3.2.1. Rendre accessibles les TSO sur tous les sites à usage problématique au niveau national d'ici 2021.										
Activité 3.2.1.1. Evaluer le dispositif TSO au niveau national (centres d'addictologie et antennes) et prévoir son intégration dans le système de santé de soins primaires (consultation)	0	1 926 100	0	0	0	DEL/M	FM	1 926 100	Rapport d'évaluation du PNPPTA	Quantité acquise
Activité 3.2.1.2. Réaliser les aménagements et doter toutes les structures et les CS pilotes pour l'extension des services de dispensation de la substitution en équipements et produits consommables nécessaires et Assurer l'indemnisation des équipes médicales assurant la prise en charge et le suivi des usagers de drogues injectables (méthadone)		0	0	0	0			0	Nombre d'unités d'addictologie dotées en équipement et médicaments nécessaires	Dotations en équipements et médicaments
Activité 3.2.1.3. Actualiser la réglementation en vigueur aux nouvelles exigences de la mise à l'échelle du dispositif TSO (nouvelles molécules, nouveaux dispensateurs...)		126 000,00	126 000,00	126 000	126 000	DEL/M/DMP	DRC	504 000	Circulaire édité	Diffusion de la circulaire
Activité 3.2.1.4. mise à l'échelle des TSO, acquisition de méthadone	18 142 358	18 142 358	181 423 582			DEL/M	FM	253 993 3015	Equipe-ment de et dotation:1 centre dans chaque zone prioritaire	Nombre de nouvelles structures
Activité 3.2.1.5. Acquérir les kits de multi-tests rapides urinaires (détection rapide d'opiacés, cannabinoïdes, benzo, cocaïne...)	3 327 093	34 934 477	36 681 200	36 681 200	36 681 200	DEL/M	FM	148 305 170	Nombre de tests multi-drogues acquis	Quantité acquise et distribuée

Activité 3.2.1.6. Introduire d'autres produits de substitution (Buprénorphine Haut Dosage, Méthadone Gélule, Naltrexone, Suboxone...) dans la liste des médicaments essentiels.									DELM	DMP/DHSA	0	Liste actualisée	Diffusion de la liste
Activité 3.2.1.7. Actualiser la réglementation en vigueur aux nouvelles exigences de la mise à l'échelle du dispositif TSO (nouvelles molécules, nouveaux dispensateurs)									DELM	DMP/DHSA	0	Réglementation en vigueur révisé	Nouvelle réglementation diffusée et mise en œuvre
Activité 3.2.1.8. Renforcer les compétences des professionnels de soins et des acteurs concernés en TSO.	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	DELM	FM	750 000	Modules élaborés et plan de formation	Nombre de personnes formées
OO. 3.2.2. Assurer l'accès aux services de RDR et à la TSO en milieu pénitentiaire dans toutes les régions disposant de ce type de service.													
Activité 3.2.2.1. Créer des unités d'addictologie incluant le TSO dans les prisons prioritaires identifiées									DELM/ DGAPR	Fondation Med V/FM	0	Unité/prison dans les zones prioritaires	Nombre d'unités créées
Activité 3.2.2.2. Sensibiliser les détenus sur les risques et dommages liés à l'usage des substances psychoactives									DELM/ DGAPR	FM/ONUUDC	0	Plan de formation et modules élaborés	Nombre de sessions et nombres de bénéficiaires
Activité 3.2.2.3. Elaborer un guide de prise en charge et de bonnes pratiques en milieu carcéral (consultation et atelier de dissémination)	200 000	400 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	DLM/ DGAPR	FM	900 000	Consultation réalisée/ document guide	Guide disponible
Activité 3.2.2.4. Former les professionnels de santé et les autres profils de personnel du milieu carcéral sur la RDR et les TSO (1 atelier /2 ans)	150 000		150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	DELM/ DGAPR	FM/ONUUDC	450 000	Modules élaborés et plan de formation	Nombre de professionnels formés
MESURE 3.3. DIVERSIFIER LES ACTIONS DE REDUCTION DES RISQUES PARMI LES PID													
OO. 3.3.1. Réduire les risques d'overdose.													
Activité 3.3.1.1. mettre en place un plan d'action d'éducation thérapeutique		5 000		5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	DELM	DRS/Professionnels/OSCs	20 000	Focus groupes dans les centres d'addictologie et bas seuil	Nombre de participants à ces réunions
Activité 3.3.1.2. Diffuser et former au kit de prévention et à la gestion des overdoses aux opiacés. E-Learning									DELM	Agence IT/OMS/ONUSIDA/FM	0	matériel disponible sous forme papier /en virtuel	Diffusion de flyers et mise en place de la plateforme E-learning nombre de support et plateforme active

Activité 3.3.1.3. Promouvoir l'accès aux produits anti overdose au profit des usagers et de leur entourage.		50 000	50 000	50 000	50 000	DELM	OSC's/FM	200 000	Doter les centres en produits	Nombre de centres dotés en produit
Activité 3.3.1.4. Mise en œuvre des standards et normes d'intervention de proximité auprès des UDI prenant en compte la prévention de l'overdose. Doter les structures concernées par la problématique des overdoses en produits nécessaires (Naloxone) et promouvoir l'accès à ces produits au profit des usagers et de leur entourage.		190 200	190 200	190 200	190 200	DELM	DRS/FM	589 620	Accès à la naloxone	Quantité disponible par centre
OO. 3.3.2. Introduction de nouveaux services RDR en réponse à d'autres produits, consommations et populations										
Activité 3.3.2.1. Proposer des actions/services de RDR en rapport à la consommation de cannabis						DELM/CHU	COOP. BILAT.	0	Formation à la RDR cannabis/ consultation spécifique au cannabis implantée	Nombre de bénéficiaires de formation
Activité 3.3.2.2. Proposer des actions de RDR en rapport à la consommation d'alcool.						DELM/CHU	COOP. BILAT.	0	Formation à la RDR alcool consultation spécifique alcool implantée	Nombre de bénéficiaires de formation
Activité 3.3.2.3. Proposer des actions de RDR en rapport à la consommation de Cocalne.						DELM/CHU	COOP. BILAT.	0	Formation à la RDR cocaïne/ consultation spécifique au cocaïne implantée	Nombre de bénéficiaires de formation
Activité 3.3.2.4. Introduire des interventions RDR spécifiques aux femmes usagères de Drogues. (Consultation et 1 atelier/an)	420 000	150 000	15 000			DELM	OSC's/FM	585 000	Consultation réalisée	Guide disponible
OBJECTIF STRATEGIQUE 4. EN 2022, AUGMENTATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE EN QUALITÉ ET EN QUANTITÉ.										
MESURE 4.1. D'ICI 2022, LE NOMBRE DE PSYCHOLOGUES ET AUTRES PROFILS EST AUGMENTÉ.										
OO. 4.1.1. Créer des filières spécifiques à la formation des profils requis : psychologues, ergothérapeutes.										
Activité 4.1.1.1. Plaidoyer auprès de la DRH et des ISPITS pour la création des filières de psychologues, ergothérapeutes et éducateurs spécialisés parmi les formations dispensées						DRH/DP/ DELM	ISPITS/ MENFP	0	Réunions de plaidoyer avec les partenaires	Nombre de réunions et Pv de réunions

Activité 4.1.1.2. Elaboration des cursus de formation en partenariat avec les universités et les ISPITS. (Concevoir et mettre en place un plan de formation assistance technique; impression des outils, (2 ateliers/an à partir de la 2ème année)	300 000				DP/DRH	MENEP/FAC DE MZDECIN	300 000	Cahier des charges/ spécificité de ces emplois en addictologie Modules et matériel didactiques	Documents et matériel didactique
MESURE 4.2. D'ICI 2022, UNE FORMATION CONTINUE VALIDE ET REGULIERE EST PROPOSEE À TOUS LES PROFESSIONNELS (MÉDECINS, INFIRMIERS, INTERVENANTS, TRAVAILLEURS PAIRS, ASSISTANTES SOCIALES.									
OO. 4.1.2. Former tous les professionnels de soins des structures d'addictologie aux bases de l'addictologie, pour dépiler, prendre en charge, accompagner ou référer; d'ici 2022.									
Activité 4.1.2.1. Mettre en œuvre un plan de formation continue en addictologie pour le personnel œuvrant dans les structures d'addictologie	500 000				DELM	FM	500 000	Plan de formation élaboré	Nombre de personnes formées
Activité 4.1.2.2. Promouvoir la participation au DU d'addictologie (Bourses)	100 000	100 000	100 000		DELM/CHU	FM/MedNet/ Gp	300 000	Bourses disponibles	Nombre de bénéficiaires de bourses
OO.4.1.3. Promouvoir et reconnaître l'activité des intervenants et des travailleurs pairs comme un vrai métier									
Activité 4.1.3.1. Plaidoyer pour la création d'une formation diplômante en addictologie en partenariat avec les universités et centres de formation. Réunions et rencontres avec les Responsables	100 000	100 000	100 000	100 000	Sociétés savantes/ syndicats	DRH/DELM/ fac, Médecine/Ordre médecins	500 000	Réunions et activités de plaidoyer	Nombre de réunions et actions menées
Activité 4.1.3.2. Assurer la Formation Continue des intervenants associatifs sur la base de la pratique et de la validation des acquis et de l'expérience (consultation et atelier de plaidoyer et de concertation)	300 000	150 000			OSCs	ministères compétents	450 000	Réunions et activités de plaidoyer	Nombre de réunions et actions menées
OO. 4.1.4. Mettre en place une formation continue pour les médecins des ESSP; d'ici 2021									
Activité 4.1.4.1. Former le personnel des ESSP et des Centres médico-sociaux (Espace Santé jeunes et centres médico-universitaires) aux connaissances de base d'addictologie, aux interventions brèves et aux entretiens motivationnels.	719 200	719 200	719 200	71 920	MS: DELM/ DP/DRH/ DHSa	FM/OMS	2 948 720	Plan de formation et modules élaborés	Documents disponibles; nombre de bénéficiaires
Activité 4.1.4.2. Mettre en place un dispositif de formation en ligne (e-learning) en partenariat avec l'ENSPI		630 000			DELM/ ENSPI/ ISPITS	FM/OMS	630 000	Contenu de la plateforme élaboré et formateurs identifiés	Plateforme élaborée et formateurs identifiés mise en service
OBJECTIF STRATEGIQUE 5. EN 2022, RENFORCER LE LEADERSHIP ET LA GOUVERNANCE DU PROGRAMME NATIONAL D'ADDICTOLOGIE									
MESURE 5.1. EN 2021 LE PROGRAMME EST DOTE EN RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES SUFFISANTES.									
OO. 5.1.1. Améliorer le leadership, la visibilité et la gouvernance du programme national									

Activité 5.1.1.1. Doter le Programme national en ressources humaines pour permettre un pilotage central de qualité et permettre la mise en œuvre du PSNPTA						DRH	0	Cadres qualifiés identifiés	Nombre de cadres affectés
Activité 5.1.1.2. Désigner le Responsable du Programme par Note Ministérielle avec les prérogatives d'un Chef de Service.						DRH/SG/ DPRF	0	Décision entérinée au niveau DELM	Note Ministérielle diffusée
Activité 5.1.1.3. Former les cadres du Programme aux spécificités du domaine de l'addiction et de la gestion de programmes						DIM/DRH	0	Cellule de M&E implantée	Nombre de cadres désignés
Activité 5.1.1.4. Implanter une Cellule responsable du suivi et évaluation et de la recherche						DPRF/FM/ OMS/ONUSIDA/ONUDC/ Coop Bilat	0	Bourses et accord pour participations aux formations nationales et internationales et acquisitions	Nombre de sessions et manifestations ; nombre de formations/ cadre
Activité 5.1.1.5. Garantir la pérennisation des ressources pour la mise en œuvre du Plan national.						AGENCES UN/DPRF/ OSCs	0	Ressources mobilisées	Montant mobilisé
Activité 5.1.1.6. Garantir la notification d'une ligne budgétaire au niveau de la morasse dédiée au Programme national de prévention et de prise en charge des addictions						SG/DPRF	0	Ligne budgétaire inscrite au niveau de la morasse	Morasse
Activité 5.1.1.7. Assurer une mobilisation de ressources suffisante (Organiser des appels à projets innovants et offre de financement aux OSCs pour intégrer des actions et projets de prévention prise en charge des addictions dans leur plan de travail avec les partenaires)	0					FM/ONUSIDA	0	Projets soumis	Nombre de projets
MESURE 5.2. EN 2022, UN ORGANE DE COORDINATION ADDICTIONS EST CREE DANS CHAQUE RÉGION, SOUS L'ÉGIDE DE LA DRS									
OO. 5.1.2. Installer une coordination des acteurs et les secteurs concernés au niveau régional									
Activité 5.1.2.1. Constituer Les Comités Régionaux et Locaux de Pilotage où siègent toutes les parties prenantes.						DRS	0	Un comité de pilotage par région	Décisions de nomination des membres/ Plan national décliné en plan régional
Activité 5.1.2.2. Développer la stratégie régionale et faire remonter au niveau national les constats du terrain.						DRS	0	Recueillir les constats locaux	Communications régions/ ministère
MESURE 5.3. DES PLANS OPERATIONNELS REGIONAUX RDR SONT ELABORES ET MIS EN OEUVRE									
OO.5.3.1. Appuyer les régions pour l'élaboration de leur plan régional RDR									

Activité 5.3.1.1. Appuyer la tenue des réunions de coordination et de concertation des acteurs et intervenants en matière de RDR	136 000	14 960	16 468		DELM	FM/DRS/ OSCs	167 428	Réunions, groupes thématiques	Compte rendus des réunions
Activité 5.3.1.2. Elaborer et mettre en œuvre les plan opérationnels Régionaux de RDR en concertation avec le comité de pilotage	332 400				DELM	FM/DRS/ OSCs	332 400	Elaboration du plan RDR régional	Document des plan régionaux
MESURE 5.4. EN 2022 LA MULTISECTORIALITE EST RENFORCEE									
OO. 5.4.1. Mettre en œuvre la complémentarité des dispositifs.									
Activité 5.4.1.1. Développer des partenariats avec les instances nationales gouvernementales et non gouvernementales.					DELM	Partenaires du programmes étatiques et non étatiques	0	Rédaction de conventions de partenariat public/privé	Nombres de conventions de partenariat
Activité 5.4.1.2. Dynamiser le rôle du programme au sein de la Commission Nationale des Stupéfiants.					DELM/DMP	MI/Autres membres	0	Participation active aux travaux de la Commission des stup	PV et compte rendus de réunions
Activité 5.4.1.3 Réunions de coordination avec le Secrétariat de la Commission.					DELM	DMP/SG	0	Réunions	Compte rendus de réunions
Activité 5.4.1.4. Participer activement à la rédaction du Rapport Annuel de la CNS.					DMP	DELM	0	Rapport annuel avec données sur implantation du PSNPTA	Rapport annuel
Activité 5.4.1.5. Encourager le partage de l'information émanant du Secrétariat de la CNS.					DELM	DMP	0	Informations disponibles dans les deux entités programme et Secrétariat	Documents et supports disponibles dans les deux entités
Activité 5.4.1.6. Développer les partenariats et la coopération avec les organismes et pays au niveau international.					DELM	SG/DPRF/UN	0	Partenariat inter-régionaux et internationaux	Adhésion aux groupes inter-régionaux et inter-thématiques
OBJECTIF STRATEGIQUE 6. EN 2021, LE SECTEUR MEDICAL ET LES ONG THEMATIQUES HARMONISENT LEUR FONCTIONNEMENT									
MESURE 6.1 EN 2022 DES CONVENTIONS DE PARTENARIAT SONT SIGNEES ENTRE LES STRUCTURES DE SOINS EN ADDICTOLOGIE ET LES SERVICES PARTICIPANT A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS.									
OO.6.1.1. Veiller d'ici 2022, à ce que les centres d'addictologie dans leur organisation globale (étatique et associative) disposent d'une gouvernance unique.									
Activité 6.1.1.1. Instaurer des manuels de procédure et guides de bonnes pratiques (consultations et ateliers dissémination		300 000	100 000		DELM	DHS/DRS/ FM	400 000	Refonte du système organisationnel	Manuels et guides disponibles

Activité 6.1.1.2. Elaborer un guide national du programme national des addictions des protocoles de bonnes pratiques.			75 000	75 000	75 000	DELM	Professionnels/DHSA	225 000	Réunions de concertation et rédactions	Production du document
Activité 6.1.1.3. Organiser des réunions de concertation régulières sur chaque site accompagnant l'organisation globale de chaque centre d'addictologie.	149 600	164 560	136 000	14 960	DELM/DRS/OSCS	465 120	FM/DRS/Fondation MedV		Réunions réalisées	PV et compte rendus de réunions
Activité 6.1.1.4. Elaborer des fiches de poste des différents intervenants dans les structures d'addictologie. (consultation et 2 atelier de concertation)	200 000	200 000	200 000	200 000	DELM/OSCS	800 000	Partenaires du Programmes étatiques et non étatiques		Elaboration des guides	Documents
Activité 6.1.1.5. Mettre en place dans chaque centre un dossier unique médico social pour les bénéficiaires des centres d'addictologie					DELM	0	DPRF/DIM		Elaboration du dossier	Diffusion du dossier
OBJECTIF STRATEGIQUE 7. EN 2021, LE MINISTRE SE DOTE D'UN OUTIL NATIONAL EPIDÉMIOLOGIQUE ET D'ÉVALUATION EXHAUSTIF ET FIABLE RELAYÉ PAR LES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIVEAU DES DRS.										
MESURE 7.1. EN 2022, LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE SONT DOTES D'UN SYSTÈME DE RECUEIL DES DONNEES UNIQUE ET D'UN MÊME LOGICIEL										
OO. 7.1.1. Standardiser et informatiser le système d'information.										
Activité 7.1.1.1. Doter toutes les structures d'addictologie en SI informatisé (acquisition de software	500 000				DELM	DIM	500 000		Choix du même logiciel	Diffusion du même logiciel dans tous les centres
Activité 7.1.1.2. Créer une fiche par patient commune à tous les centres, recueillant des données médico psychosociales nécessaires et suffisantes. (conception par consultant et 2 ateliers de formation des acteurs)			300 000	300 000	DELM	OSCs/DIM	600 000		Elaboration de fiche patient	Diffusion des fiches patient
Activité 7.1.1.3. Publier un tableau de bord annuel, agréé au niveau de central.;					DELM	DIM/DPRF	0		Elaboration du tableau de bord	Diffusion tableau de bord
MESURE 7.2.DANS CHAQUE RÉGION, UN CORRESPONDANT RÉGIONAL RESPONSABLE DU SUIVI ANNUEL EST IDENTIFIÉ .										
OO. 7.2.1. Appuyer l'OMDA dans son rôle de veille et de surveillance en matière des SPA ; de leurs usages et des addictions.										
Activité 7.2.1.1. Plaidoyer pour un Statut reconnu de l'OMDA auprès des instances concernées.					OMDA	MS	0		Rencontres entre OMDA et acteurs	PV et compte rendus de réunions
Activité 7.2.1.2. Créer un département de recherches au sein de l'OMDA et lui assurer les moyens pour remplir sa mission.					OMDA	MS	0		Recueillir les besoins du PSNPTA en matière d'évaluation	Besoins identifiés
Activité 7.2.1.3. Participer activement aux réunions des Comités consultatifs de l'OMDA.					OMDA	MS	0		Membres identifiés	Comité instauré et productifs(rapport; projets etc)

Activité 7.2.1.4. Participer à l'élaboration du Rapport de l'OMDA.									OMDA	MS	0	Le tableau de bord annuel et enquêtes de terrain envoyés au niveau central	Rapport annuel OMDA
OO. 7.3.1. Assurer la disponibilité de données probantes qui seront la base d'actions innovantes et de révision des programmes OO.													
Activité 7.2.2.1. Mener des enquêtes thématiques diligentes par le programme ou suscitées par le terrain				600 000					DELM	FM/ONUSIDA/OMS/ONUDC	600 000	Initier enquêtes nationales et études locales	Protocoles des études
Activité 7.2.2.2. Mobilisation de fonds et d'expertise pour la réalisation des études en lien avec les partenaires au sein du Ministère et autres.									DELM	Coop. Bilat.	0	Mobilisation de fonds	Montant des fonds
Activité 7.2.2.3. Réaliser des enquêtes bio comportementales (RDS) et Evaluation des situations parmi les PID.					700 000				DELM	ONUSIDA/FM	1 400 000	Réalisation des enquêtes IBBS	Rapports de l'enquête
Activité 7.2.2.4. Participer à l'Enquête STEPWISE relative aux ALD.									DELM	OMS/PROGRAMMES DMNT	0	Implantation d'une composante usage et adaptation dans l'enquête	Rapport de l'enquête
Activité 7.2.2.5. Réaliser une étude qualitative sur l'accès aux services des addictions.				420 000	100 000				DELM	FM	520 000	Enquête qualitative	Rapport de l'enquête
Activité 7.2.2.6. Intégrer une composante genre dans toutes les études réalisées parmi les personnes usagères									DELM	UN/FM	0	Composante liée au genre dans les protocoles	Rapports
Activité 7.2.2.7. Appuyer la réalisation des enquêtes MedSpad.									OMDA	DELM/MEN-FP/MedNet	0	Partenariat avec les promoteurs de MedSpad	Rapport
MESURE 7.3. EN 2022, LE MINISTÈRE SE DOTE D'OUTILS D'ÉVALUATION DES COMPOSANTES DES PROGRAMMES.													
OO. 7.3.1. Mettre en place une démarche d'accréditation en addictologie.													
Activité 7.3.1.1. Elaborer un référentiel national d'accréditation en addictologie (évaluations externes et internes) Consultation				300 000	150 000				DELM	DHSA/DRS	450 000	Evaluations internes régulières, alternant avec évaluation externe par DRS	Rapports d'évaluations
Activité 7.3.1.2. Implanter le processus d'accréditation.						150 000			DELM	DHSA/DRS	150 000	Référentiel mis en conformité	Rapports

Activité 7.3.1.3. Planifier des visites de conformité.								DRS	DELM/DHSA	0	Après la mise en place du référentiel et tous les 10 ans	Rapports
OBJECTIF STRATEGIQUE 8. EN 2022, LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES USAGERS DE DROGUES, LA DÉFENSE DE LEURS DROITS À LA SANTÉ, À LA DIGNITÉ, À LA CITOYENNETÉ EST UNE PRIORITÉ.												
MESURE 8.1. LES ASSOCIATIONS DES DROITS DE L'HOMME FONT DE LA QUESTION DES DROITS DES PERSONNES QUI USENT DE DROGUES UNE PRIORITÉ.												
OO. 8.1.1. Mettre en place d'une stratégie de communication pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation des PUD.												
Activité 8.1.1.1. Mener des campagnes de communication en direction de la population générale sur la non stigmatisation et la non discrimination des usagers de drogues								CNDH	DELM/FM	0	Campagne nationale multimédia	Supports de campagne
Activité 8.1.1.2. Développer des partenariats avec les départements ministériels concernés pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation des usagers de drogue en milieu institutionnel								CNDH	DELM/FM	0	Convention de partenariat	Convention signée
Activité 8.1.1.3. Créer les outils pédagogiques nécessaires à la formation des professionnels de santé sur la lutte contre la discrimination et la stigmatisation								CNDH	DELM/FM	0	Guide et manuels rédigés	Documents produits
Activité 8.1.1.4. Organiser des journées de plaidoyer et de sensibilisation des agents d'autorité sur la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des usagers de drogue.								CNDH	OSCs/PUD	0	Plan de formation des agents d'autorités/police	Nombre de sessions et nombre de personnes touchées
Activité 8.1.1.5. Sensibiliser les membres des ordres, la Ligue des Droits de l'Homme et des associations professionnelles et intégrer la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des usagers de drogue dans leurs codes de conduite.								CNDH	DELM/OSCs	0	Rencontres institutionnelles	Nombre de rencontres
OO. 8.1.2. Promouvoir l'organisation des usagers pour défendre leurs droits.												
Activité 8.1.2.1. Permettre aux PUD de se constituer en association								OSCs	CNDH/Ministère Justice/autorités locales	0	Officialiser la création des PUD	Association des PUD reconnue et légale
Activité 8.1.2.2. Assurer le soutien des PUD par les professionnels et les ONGs thématiques par un plaidoyer auprès des autorités.								OSCs	MS/CNDH	0	Réunion avec les décideurs et autorités locales impliquant avocat	Rapports des réunions

Activité 8.1.2.3. Créer en lien avec les professionnels un collectif pour le droit des PUD.								OSCs	CNDH	0	Membre identifiés et constitué en Réseau	Réseau reconnu et actif
Activité 8.1.2.4. Recueillir les témoignages des dénis du droit en particulier dans le champ de la santé, dont ils sont victimes avec le soutien des professionnels (observatoire du droit des usagers)								OSCs	PUD/UN	0	Rencontres et réunions avec les différentes parties prenantes	Nombres de réunions et nombres d'institutions touchées
OO. 8.1.3. Renforcer la protection juridique des PUD												
Activité 8.1.3.1. Créer un accompagnement juridique dans les centres d'addictologie; réaliser un accompagnement juridique et social (Honoraires avocat); (indemnités de l'assistance sociale)								OSCs	Avocats/ CNDH	1E040E000	Consultations juridiques effectives dans les structures	Nombre de cas traités
MESURE 8.2. L'USAGE SIMPLE FAIT L'OBJET DE MESURES ALTERNATIVES À L'INCARCÉRATION.												
OO. 8.2.1. Conduire une revue législative mettant l'accent sur les besoins d'harmoniser les textes nationaux avec les standards internationaux en matière des droits de l'homme.												
Activité 8.2.1.1. Créer un groupe pluridisciplinaire de plaidoyer								CNDH	Ministères compétents + Justice/Elus/ OSCs	400E000	Rencontres organisations PUD et droits humains	Nombre de réunions et rencontres
Activité 8.2.1.2. Initier par les acteurs et les usagers de drogues un plaidoyer pour la réforme de la loi.								CNDH/ OSCs	autres ministères/ FM	0	Réunions et activités de plaidoyer menées avec visibilité publique	Nombres d'événements et retour des médias
Activité 8.2.1.3. Construire un plaidoyer avec les parlementaires pour les impliquer dans la mise en œuvre des recommandations de cette revue législative								CNDH/ OSCs	INPUD/ MENAPUD/ UN	0	Contact avec les parlementaires	Nombre de parlementaires et groupes touchés
Activité 8.2.1.4. Organiser des ateliers de réflexion pour lutter contre la criminalisation des usagers de drogue et promouvoir les peines alternatives								CNDH	MENAPUD/ OSCs	0	Rencontres usagers/professionnels/décideurs	Nombre de rencontres
Activité 8.2.1.5. Elaborer un module pour les usagers condamnés favorisant la réinsertion plutôt que la punition (alternatives à l'incarcération)								CNDH/ DGAPR	OSCs/Agences de développement	0	Construire des alternatives à l'incarcération	Document du projet
Activité 8.2.1.6. Elaborer des supports d'information adaptés pour l'information des usagers de drogue en matière de droits humains et mécanisme de recours.								CNDH/ OSCs	MENAPUD/ UN/Bailleurs	0	Sessions d'information réalisées	Nombre de sessions et nombre de participants

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ADDICTIFS 2018-2022

CADRE DE PERFORMANCE SELON LES PRINCIPAUX INDICATEURS

INDICATEURS	Cibles nationales					Valeurs de base
	2018	2019	2020	2021	2022	
OS.1. MENER DES ACTIONS DE PRÉVENTION CIBLANT LA POPULATION GÉNÉRALE ET LES POPULATIONS VULNERABLES						
OBJECTIFS						
Nombre total d'Espaces Santé Jeunes (ESJ) implantés par année						(Cf. Programme national de santé scolaire -DP)
Nombre de nouvelles institutions impliquées par année						(Cf. Programme national de santé scolaire -DP)
COUVERTURE DE LA POPULATION CIBLE						
Nombre total annuel de sessions ayant un contenu éducatif et récréatif pour les jeunes sur le mode participatif						- 461 sessions (Cf. DP) (Cf. Programme national de santé scolaire -DP)
Nombre d'élèves impliqués dans les sessions éducatives et récréatives au cours de l'année						(Cf. Programme national de santé scolaire -DP)
Nombre estimé des élèves et jeunes scolarisés touchés par les activités de promotion de la santé						- 600 000 élèves (Cf. DP) (Cf. Programme national de santé scolaire -DP)
Nombre estimé d'associations touchées par le programme de promotion de la santé scolaire						- 4500 associations (Cf. DP) (Cf. Programme national de santé scolaire -DP)
Nombre de personnel de première ligne touchés par les sessions de formation sur le diagnostic précoce et l'entretien motivationnel du secteur de la santé et du milieu carcéral						- (Personnel MS) - (Personnel DGAPR)
OS.2. EN 2022, ASSURER AUX USAGERS DE DROGUES UN DISPOSITIF DE SOINS HOMOLOGUE ET POLYVALENT DANS LES 12 RÉGIONS SANITAIRES.						
OBJECTIFS						
Nombre de régions disposant d'au moins 01 structure spécialisée en addictologie	7	8	9	10	11	6
Pourcentage de régions disposant d'au moins 01 structure spécialisée en addictologie	58 %	66 %	75 %	83 %	92 %	50 %
Nombre de provinces/préfectures disposant d'au moins 01 structure spécialisée en addictologie						12 parmi 82 provinces et préfectures

Pourcentage de couverture des provinces et préfectures du Royaume par au moins 1 structure spécialisée en addictologie	16 %	18%	20%	22%	24%	15%
Diplôme de spécialité médicale en addictologie créé	0	0	1	1	1	Base : 0 Cible : 1
Guide du PMS élaboré et adopté	0	1	1	1	1	Base : 0 Cible : 1
Taux de structures d'addictologie ayant adopté le PMS	0%	25%	45%	60%	85%	Base : 0 Cible : 85%
COUVERTURE DE LA POPULATION CIBLE						
Nombre de Centres d'Addictologie existants en ambulatoire au niveau national	15	18	21	24	27	Un total de 15 nouveaux centres est créé Au moins un centre de prise en charge des troubles addictifs par région non desservie
Nombre de centres d'addictologie résidentiels relevant du secteur universitaire	03	-	-	04	-	02 (CHU-Rabat, et CHU Casablanca)
Nombre d'unités hospitalières (2-5 lits) existantes et fonctionnelles	02	04	06	08	10	01 unité hospitalière par hôpital de psychiatrie/ Service intégré de psychiatrie
Nombre de point de consultations spécialisées en addictologie dans les ESSP (sous forme d'antenne d'addictologie dans un centre de santé)	05	10	15	20	25	01 consultation ambulatoire au moins, implantée dans un Centre de santé relevant de 25 provinces prioritaires
Couverture estimée de la population cible (PUD) par les interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psycho-sociaux, de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés aux addictions ODD : Augmentation de la file active de 100% en 2021 (base : 24 000 en 2018)	35.000	40.000	45.000	50.000	55 000	Nombre des usagers de drogues parmi la population de 15 ans et plus estimée à 2.8 % (670.000) 22 000 PUD en 2017
Nombre total de cas de femmes estimées souffrant d'addiction (10% estimée selon la littérature) cible nationale (8 %)	2 000	2 500	3 000	3 500	4 500	800 en 2017
Pourcentage des femmes PEC dans les structures spécialisées en addictologie au niveau ambulatoire /au Nombre Total de cas pris en charge	5.71 %	6.25 %	6.66 %	7 %	8.18 %	3.63 % en 2017
OS.3. 90% DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES (PID) UTILISENT LES SERVICES DE REDUCTION DES RISQUES (RDR) ET 60% ONT ACCES AU TRAITEMENT DE SUBSTITUTION DANS TOUS LES SITES.						
OBJECTIFS						
Pourcentage de malades éligibles aux TSO pris en charge				90%	95%	
Programmes de prévention combinée						

Usager de drogues injectables	70%	80%	90%	91%	93%	95% (2030)
Usager de drogues Fumeurs	70%	80%	90%	91%	93%	95%
Usager de drogues sous méthadone	30%	40%	50%	55%	60%	95%
· Usager de drogues injectables	735	900	975	1050	1200	
· Usager de drogues fumeurs	2450	3006	3263	3521	4032	
· Usager de drogues sous méthadone	1300	1432	1630	1959	2616	
· Usager de drogues injectables	735	900	975	1050	1200	
· Usager de drogues fumeurs	2450	3006	3263	3521	4032	
· Usager de drogues sous méthadone	1300	1432	1630	1959	2616	
Usager de drogues injectables				60%	75%	
COUVERTURE DE LA POPULATION CIBLE						
· Usager de drogues injectables sous méthadone (Injecteurs)	1050	1200	1350	1365	1500	
Pourcentage de couverture de la population ciblée						
· Usager de drogues fumeurs sous méthadone (Non Injecteurs)	3521	4032	4545	4604	5000	
Pourcentage de couverture de la population ciblée						
· Usagers de drogues sous méthadone	1959	2616	3275	3608	4000	
Pourcentage de couverture des PID par le TTT de substitution aux opiacés						
Usagers de drogues injectables ayant bénéficié du TTT de substitution aux opiacés en prison						
Tests et PEC VIH, VHC, TB						
OBJECTIFS						
Nombre de personnes testées pour le VIH/Personnes séropositives traitées ou sous traitement						
Nombre de personnes testées pour le VHC/Personnes séropositives prises en charge						
Nombre de personnes testées pour la TB/Personnes traitées						
OS.4. EN 2021, AUGMENTATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN ADDICTOLOGIE EN QUALITE ET EN QUANTITE.						
OBJECTIFS						
Nombre de professionnels de santé ESSP formés en addictologie par année	100/an	100/an	100/an	100/an	100/an	Un total de 500 professionnels formés à l'horizon 2022
Nombre de personnels des unités de soins en milieu carcéral formés en addictologie par année	50/an	25/an	25/an	40/an	40/an	Un total de 200 professionnels formés à l'horizon 2022

Nb d'intervenants communautaires formés en addictologie par année	120/an	95/an	95/an	95/an	95/an	Un total de 500 intervenants est formé à l'horizon 2022
OS.5. EN 2021, RENFORCER LE LEADERSHIP ET LA GOUVERNANCE DU PROGRAMME NATIONAL D'ADDICTOLOGIE.						
OBJECTIFS						
OS.6. EN 2021, LE SECTEUR MÉDICAL ET LES ONG THÉMATIQUES HARMONISENT LEUR FONCTIONNEMENT.						
OBJECTIFS						
OS.7. EN 2021, LE MINISTÈRE SE DOTE D'UN OUTIL NATIONAL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET D'ÉVALUATION EXHAUSTIF ET FIABLE RELAYÉ PAR LES SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIVEAU DES DRS.						
OBJECTIFS						
OS.8. EN 2021, LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES USAGERS DE DROGUES, LA DÉFENSE DE LEURS DROITS À LA SANTÉ, À LA DIGNITÉ, À LA CITOYENNETÉ EST UNE PRIORITÉ.						
OBJECTIFS						
COUVERTURE DE LA POPULATION CIBLE						



