

---

## **Mobiliser des partenaires pour lutter contre le VIH/sida: les risques de la démobilisation institutionnelle en cas d'épidémie faible et concentrée. Le cas du programme Amali au Maroc**

David GOEURY

**Résumé :** Au Maroc, le programme d'activités génératrices de revenus à destination des personnes infectées ou affectées pour le VIH (Amali) révèle la difficulté de la mobilisation commune des ONG santé spécialisées VIH/sida avec des organisations de développement dans un contexte d'épidémie faible et concentrée. Malgré les effets positifs auprès des bénéficiaires, les opérateurs spécialisés dans le développement (associations et agence de développement) peinent à s'impliquer durablement auprès de personnes particulièrement vulnérables et surtout fortement stigmatisées (professionnel(le)s du sexe de survie et hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Par ailleurs, l'arrivée au pouvoir de responsables issus de la mouvance islamiste a amené une divergence de modèle d'intervention entre l'allocation sur critères de précarité et l'intégration économique par le développement d'une activité autonome permettant au bénéficiaire de se reconstruire une place sociale. Nous nous appuyons sur les observations menées en 2015 dans le cadre du projet ANRS 12305 « AGR et populations clés infectées ou affectées par le VIH au Maroc » : une enquête auprès de 500 bénéficiaires potentiels du programme Amali menée dans cinq villes (Agadir, Casablanca, Rabat, Tanger, Taroudant) mise en œuvre avec l'ALCS ; une enquête auprès de 25 porteurs de projets Amali dans ces mêmes villes et 22 entretiens semi-directifs avec l'ensemble des intervenants des organisations partenaires (ALCS, ADS, associations locales) dans les sept villes de déploiement du projet (Agadir, Casablanca, Fès, Marrakech, Rabat, Tanger, Taroudant). L'arrêt du programme Amali du fait du désengagement financier de l'ADS au profit d'une future allocation sociale universelle toujours non mise en œuvre apparaît comme un moyen de ne pas tenir compte des spécificités des PvVIH (professionnelles du sexe de survie, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et donc de maintenir leur statut de marginaux fortement stigmatisés. Or cette stigmatisation empêche actuellement d'éteindre l'épidémie de VIH/sida au Maroc.

**Mots-clés :** 2015, Maroc, Association de lutte contre le sida, Agence de développement sociale, ONG, Personnes vivant avec le VIH, Activités génératrices de revenus, allocation, stigmatisation.

### **Mobilizing partners to fight HIV/AIDS: the risks of institutional demobilization in a weak and concentrated epidemic. The case of the Amali program in Morocco**

**Abstract :** In Morocco, the program of income generating activities for people infected or affected by HIV (Amali) reveals the difficulty of jointly mobilizing health NGOs specializing in HIV and AIDS with development organizations in a context of a weak and concentrated epidemic. Despite the positive effects among beneficiaries, operators specialized in development (NGO and social development agency) are struggling to become involved on a long-term basis with particularly vulnerable and, above all, highly stigmatized people (male and female survival sex workers ; men who have sex with men). In addition, the nomination of leaders from the Islamist movement at the ministry of social affairs has led to a divergence of intervention model between the social allocation based on criteria of precariousness and economic integration through the development of an autonomous activity, which allows the beneficiary to rebuild a social network. We will rely on observations carried out in 2015 within the framework of the ANRS 12305 project "IGA and key populations infected or affected by HIV in Morocco": a survey of 500 potential beneficiaries of the Amali program conducted in five cities (Agadir, Casablanca, Rabat, Tangier, Taroudant) implemented with ALCS ; a survey of 25 Amali project leaders in these same cities and 22 semi-directive interviews with all the stakeholders of the partner organizations (ALCS, ADS, local associations) in the seven cities where the project is implemented (Agadir, Casablanca, Fez, Marrakech, Rabat, Tangier, Taroudant). The Amali program ended due to the financial disengagement of ADS in favor of a future universal social allowance that has yet to be implemented. This decision appears to be a means of not taking into account the specificities of PLHA (female sex workers, men who have sex with men). It will result in maintaining their status as highly stigmatized marginalized people. This stigmatization currently prevents the extinction of the HIV-AIDS epidemic in Morocco.

**Keywords:** 2015, Morocco, Association for the fight against AIDS, Social Development Agency, NGO, People living with HIV, Income generating activities, allocation, stigmatization.

**Mobiliser des partenaires pour lutter contre le VIH/sida:  
les risques de la démobilisation institutionnelle  
en cas d'épidémie faible et concentrée.  
Le cas du programme Amali au Maroc**

David GOEURY\*<sup>1</sup>

Les traitements antirétroviraux (ARV) ont produit un basculement ontologique : le VIH/sida, maladie de la mort certaine au bout de quelques dizaines de mois, est devenu une maladie chronique parmi d'autres (Piot, 2011). Cependant, les personnes vivant avec le VIH (PvVIH) subissent encore stigmatisation et discrimination, d'autant plus qu'elles sont sans ressources, ce qui impacte négativement les effets de la prise en charge médicale et psychosociale (Kablan *et al.*, 2006). Leur adhésion et leur observance des traitements sont souvent plus faibles, fragilisant davantage leur organisme (Andréo, 2001). La découverte de l'infection peut plonger l'individu dans un état dépressif accélérant sa marginalisation sociale et accentuant sa précarité (Bila *et al.*, 2008). Dès lors, la condition socioéconomique peut devenir un facteur aggravant, amenant les PvVIH à des ruptures de traitement (diminution de l'observance) ou au développement de comportements à risque (dénier et refus d'adhésion) (André, 2001 ; Delaunay et Vidal, 2002). Or, l'accès aux traitements ARV permet de penser à une vie possible avec le VIH qui devrait être complétée d'une prise en charge spécifique à caractère économique pour assurer une plus forte adhésion et une plus forte observance des traitements (Longuet *et al.*, 2009).

Sous la pression de la société civile, s'est mise en place progressivement l'idée d'une prise en charge globale, liant sanitaire, économique et social (Achilli et Hejoaka, 2005). L'Onusida promeut « les aides indispensables et les nécessaires synergies avec les secteurs du développement ». Le cercle vicieux pauvreté-vulnérabilité à l'infection VIH (Couderc *et al.*, 2006 ; Piot *et al.*, 2007) serait brisé par l'acquisition d'une autonomie économique et l'amélioration du statut social des PvVIH (Longuet *et al.*, 2009 ; Wagner *et al.*, 2012). Par ailleurs, dans les pays à faibles revenus, l'intégration des personnes vivant avec le VIH à l'économie permet de relancer une croissance effective à même de permettre le financement de traitements encore trop souvent dépendants de l'aide internationale (Piot, 2011).

---

\* Enseignant chercheur membre de l'unité de recherche « Médiations. Sciences des lieux, sciences des liens » de Sorbonne Université.

1. Ces observations ont été menées dans le cadre du projet de recherche ANRS 12305 « AGR et populations clés infectées ou affectées par le VIH au Maroc » dirigé par David Goeury et Hakima Himmich.

Le VIH a amené, ainsi, à la construction de nouvelles relations entre les organisations spécialisées dans la santé et les organisations spécialisées dans le développement dont le secteur de la microfinance, lequel s'avère particulièrement complexe. Dans un premier temps le VIH était avant tout perçu comme un risque de défaut accru menaçant les institutions de microfinance (CISD, 2001 ; USAID, 2001). Il était même souvent déconseillé par les experts de créer un collectif de personnes infectées par le VIH (Bondevik, 2003 ; Parker, 2000 ; PNUD, 2000). En revanche, l'accès à la microfinance pour les personnes vulnérables ou affectées mais non infectées par le VIH était fortement conseillé. Il réduisait le risque de contamination par le VIH, par la diminution des pratiques à risques des populations clés, et permettait aux individus de prendre en charge plus facilement un proche infecté ou un enfant orphelin (Rosenberg *et al.*, 2011 ; Pronyk *et al.*, 2008 ; Bounou Bazika, 2007). Les institutions de microfinance étaient donc mobilisées à la fois dans la prévention mais aussi dans la recherche d'innovations à destination des personnes affectées ou vulnérables au VIH. Elles étaient alors appelées à construire des partenariats avec des ONG spécialisées santé, plus au fait de l'accompagnement des populations affectées ou exposées au VIH/sida sans pour autant proposer des solutions dédiées aux personnes infectées par le VIH (Donahue, 2000). Dans ce contexte, ces deux systèmes distincts attestaient d'une réelle stigmatisation (Holmes et Winksel, 2013) : celui de la microfinance favorisant l'*empowerment* d'individus pauvres, pouvant être vulnérables ou affectés par le VIH, qui réduiraient les comportements à risques et celui des personnes infectées par le VIH qui seraient exclues de la microfinance et qui conserveraient des comportements à risques.

Il a fallu attendre les premières initiatives de généralisation des traitements ARV pour permettre de réintégrer les personnes infectées par le VIH dans des programmes de microcrédit (Holmes et Winksel, 2013). Cependant, les institutions de microfinance ne disposaient pas toujours des capacités à les intégrer. Par conséquent, au milieu des années 2000, des ONG ont décidé d'élaborer des projets innovants comme en Haïti (Longuet *et al.*, 2010), en Côte d'Ivoire (Holmes *et al.*, 2011), ou au Maroc avec le programme Amali (mon espoir en arabe) (ADS, 2009). Elles sont rapidement relayées par des projets pilotes de coopération internationale ciblant des associations de PvVIH (OIT, 2011 ; USAID, 2012). Aujourd'hui, plusieurs dizaines d'expériences ont été menées dans des États en développement et ont permis de souligner l'impact positif de la relation entre activités génératrices de revenus et limitation de l'impact du VIH/sida (Holmes *et al.*, 2011).

Cependant, ces actions communes sont restées difficiles à coordonner (Foro, 2012). La mise en œuvre de programmes de microfinance au profit des PvVIH se révèle souvent complexe à l'image du programme Amali au Maroc. Initié en 2006, dans un contexte de forte mobilisation face au VIH/sida suite à l'organisation du premier Sidaction Maroc (décembre 2005), il a mobilisé une association santé l'Association de lutte contre le sida Maroc (ALCS), une agence de développement social (ADS) et un réseau d'associations de développement local, coordonnées dans un premier temps par l'Association marocaine de solidarité et de développement (AMSED) (Khayame, 2009). Bien que reconnu et soutenu par le Fonds mondial à partir de 2012, ce programme a finalement été arrêté du fait des désengagements successifs des organisations spécialisées dans le développement et tout particulièrement de l'ADS. Si la difficulté de mise en œuvre organisationnelle à l'échelle nationale a été largement soulignée

par l'ensemble des rapports d'étape du programme (ADS, 2009 ; ADS, 2010; ADS, ALCS, 2012), ces dernières ne doivent pas masquer un désengagement de certaines associations locales et surtout du bailleur de fonds national, l'ADS, de la question VIH/sida du fait de sa faible incidence (3100 nouvelles infections par an en 2013) et de sa concentration : 67,4% des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de relations sexuelles tarifées des professionnelles du sexe (PS), ou entre hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou entre usagers de drogues à injection (UDI) (Ministère de la santé du royaume du Maroc, 2014).

Nous souhaitons nous appuyer ici sur les observations menées dans le cadre du projet de recherche ANRS 12305 « AGR et populations clés infectées ou affectées par le VIH au Maroc ». Il s'est déroulé en 2015 selon trois modalités : une enquête auprès de 500 bénéficiaires potentiels du programme Amali (165 personnes vivant avec le VIH, 167 professionnelles du sexe, 168 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) menée dans cinq villes (Agadir, Casablanca, Rabat, Tanger, Taroudant) mise en œuvre avec l'ALCS ; une enquête auprès de 25 porteurs de projets Amali dans ces mêmes villes réalisée grâce aux référents ALCS ; ainsi que 22 entretiens semi-directifs avec l'ensemble des intervenants des organisations partenaires (ALCS, ADS, associations locales) dans toutes sept villes de déploiement du projet (Agadir, Casablanca, Fès, Marrakech, Rabat, Tanger, Taroudant)<sup>2</sup>. Dès lors, si l'intérêt du programme Amali pour les PvVIH est considéré par les bénéficiaires et les intervenants de terrain comme indéniable, en revanche les difficultés organisationnelles successives ont sapé le projet. Cette situation pose alors la question de la place des politiques de développement intégrant les PvVIH dans des pays à ressources limités et de leur fragilité dans un contexte d'épidémie faible et concentrée. En effet, les éléments de stigmatisation ne semblent pas avoir disparu et le désengagement des bailleurs non spécialisés VIH/sida révèle une nouvelle dynamique de marginalisation du fait du profil des bénéficiaires.

### **Efficiences des micro-avances à destination des personnes vivant avec le VIH au Maroc**

Au Maroc, en 2013, la prévalence du VIH était estimée à 0,08% cependant l'épidémie est concentrée au sein des populations les plus précaires.

L'enquête socio-économique menée en 2015 au sein d'un échantillon de 165 PvVIH révèle que 32% n'ont aucune instruction, taux qui atteint 48% pour les seules femmes. Les PvVIH exercent massivement des activités précaires mal rémunérées dans l'artisanat, les petits commerces, se déclarant ouvriers, serveurs, femme de ménage. Elles étaient impactées par un fort taux de chômage. 20% des hommes, 28% des femmes se déclarent sans emploi. À cela, il faut ajouter pour les femmes, 19% qui se déclaraient comme femme au foyer. Seuls 3% étaient fonctionnaires et moins de 3% occupaient une fonction d'encadrement dans une société privée ou dans le secteur associatif. Cette précarité se traduit

---

2. Nous remercions l'implication de Louise Laporte, étudiante du master Mondialisation et développement des Suds de Sorbonne Université pour sa participation à l'enquête auprès des parties prenantes.

par un très faible taux de bancarisation, 22% disposaient d'un compte courant avec une carte de retrait et 12% possédaient une épargne. De fait, ces PvVIH avaient d'importants besoins de financement, 62% déclaraient un projet pour lequel il souhaiterait bénéficier d'un microcrédit or seuls 20%, principalement des femmes, ont eu recours à ce dispositif du fait de la peur de la pression au remboursement et des taux d'intérêts trop élevés qui sont considérés comme dissuasifs (Goeury *et al.*, 2015).

Or, les dispositifs de microcrédit ne permettent pas aux populations clés d'améliorer leurs conditions de vie, dans certains cas, et tout particulièrement pour les professionnel(le)s du sexe, la pression au remboursement peut augmenter leur vulnérabilité. Les professionnel(le)s du sexe occasionnels de survie, soit ceux et celles qui ont un très faible pouvoir de négociation sont susceptibles d'accepter des pratiques à risque du fait de leur absence complète de revenus ou d'épargne. Le microcrédit a un impact économique faible (Banerjee *et al.*, 2015) et tout particulièrement pour les PvVIH. Seuls 47% ont vu leurs revenus augmenter et 26% déclarent être sortis de la pauvreté grâce à un microcrédit. L'impact sur leur santé est encore plus faible, seuls 15% déclarent avoir pu mieux s'occuper de leur santé (Goeury *et al.*, 2015).

Amali se présente comme une alternative au microcrédit, les organisations partenaires ALCS, ADS et AMSED bannissent le vocable de microcrédit car préempté par des structures commerciales et laissant supposer qu'il y avait une notion de prêt à intérêt, contraire à l'éthique communautaire des associations. Le principe est donc celui de l'avance et du prêt d'honneur, amenant à responsabiliser le bénéficiaire vis-à-vis de ses pairs en expliquant que tout remboursement permet d'offrir la même chance à une autre personne qui se retrouve dans la même situation. Le programme Amali cible principalement les PvVIH (76,5%) ou leurs proches (4%) auxquels s'ajoute une minorité de populations clés non infectées, principalement des professionnelles du sexe en grande précarité (16%), afin de protéger le statut sérologique des bénéficiaires, en évitant la corrélation systématique entre Amali et infection VIH/sida.

Les taux de remboursement sont plus faibles que pour les programmes de microcrédit. Les avances Amali sont remboursées à 50% alors que les PvVIH déclarent avoir remboursé leur microcrédit à plus de 90% se conformant ainsi au taux de remboursement des autres clients (Goeury *et al.*, 2015). Cependant, les bénéfices économiques, sociaux et médicaux obtenus suite au programme Amali sont bien plus importants que ceux obtenus après un microcrédit. Ainsi, 60% des bénéficiaires voient leurs revenus augmenter et réussissent même à épargner. Ils ont le sentiment de ne plus être pauvre à 52% et surtout ils arrivent à mieux s'occuper de leur santé à 44%. En effet, les encadrants du programme Amali cherchent avant tout à ce que l'activité génératrice de revenu soit fonctionnelle et que le bien être des bénéficiaires s'améliore, le programme Amali ne devant surtout pas impacter négativement la médiation thérapeutique<sup>3</sup>. En cas de difficultés de remboursement, ils vont à la rencontre

---

3. Les analyses faites sur le comportement et les motivations des intervenants s'appuient sur une enquête exhaustive faite auprès des 14 intervenants référents ALCS et associations locales du programme Amali et de 4 des 6 coordonnateurs régionaux de l'ADS. Les données ont été collectées par un questionnaire en ligne doublé d'un entretien d'une heure dans les locaux des sections locales de l'ALCS ou des associations partenaires locales dans les sept villes concernées par le programme.

des porteurs de projet, non pas pour exiger un remboursement, mais pour s'enquérir de sa situation et éventuellement le conseiller pour améliorer son activité. Certains intervenants peuvent proposer des démarches innovantes pour améliorer le suivi. Ainsi, à Agadir, ils assurent des rencontres entre tous les bénéficiaires afin de créer des moments de solidarité, d'échanges d'expérience et de création de synergies économiques. Par ailleurs, les programmes de microcrédit proposent des petites sommes rarement supérieures à 10 000 dirhams (900 euros). Ainsi, selon les déclarations des PvVIH, l'argent a été utilisé à 40% pour des dépenses courantes (loyer, scolarisation des enfants) voire pour faire face à des dépenses de santé (personnelle ou d'un proche) ou pour réaménager leur logement (achat de mobilier ou d'électroménager). Sinon, il finance des petites activités commerciales informelles. En revanche, le programme Amali accorde en moyenne 19 545 dirhams (1 750 euros). Les projets financés sont plus ambitieux et le commerce de détail ne représente que la moitié des projets financés de 2010 à 2013. Les intervenants du programme préfèrent soutenir une activité à même de changer les conditions de vie du bénéficiaire quitte à prendre un risque de défaut plus élevé ou rééchelonner un remboursement sur des délais plus longs.

### **La difficile mobilisation des partenaires locaux pour accompagner des populations clés**

Le programme Amali a été construit autour de la mobilisation de trois organisations disposant d'une forte expérience et d'une forte légitimité, l'ALCS, l'ADS et l'AMSED. Cependant, les difficultés opérationnelles vont se multiplier amenant à une remise en question du partenariat puis finalement à l'abandon du programme en 2017 suite à l'arrêt du financement par l'ADS.

Ce partenariat s'explique du fait des compétences de chacune des organisations. L'ADS joue le rôle de bailleur mais ne pouvait en 2006 directement financer des individus. L'ALCS occupe la place de structure relais permettant d'identifier les bénéficiaires potentiels tout en protégeant le secret autour de leur statut sérologique. Cependant, elle ne pouvait mettre en œuvre directement le programme car elle ne disposait pas des compétences requises et surtout elle ne souhaitait pas créer de confusion entre sa mission thérapeutique et l'aide économique. L'AMSED est alors sollicitée comme association pivot qui centralise le financement et mobilise des associations locales dans les quatre villes pilotes : Rabat, Casablanca, Tanger et Marrakech.

Or, le déploiement sur le terrain est particulièrement complexe et coûteux car il amène à la coordination de quatre acteurs : l'ALCS via ses sections locales, l'AMSED, l'ADS et les associations de développement. Par ailleurs, certains bénéficiaires confondent les différents programmes. À Casablanca, parmi les premiers bénéficiaires, une minorité refuse de rembourser les avances considérant qu'elles sont issues des dons effectués lors du Sidaction alors que ces derniers servent exclusivement à la prise en charge thérapeutique. Dans un contexte de tensions croissantes, l'association locale abandonne le programme se déclarant finalement peu intéressée par cette mission. Pour l'ALCS, ce conflit constitue un élément traumatique car plusieurs bénéficiaires quittent le suivi thérapeutique, tandis que d'autres tentent d'étendre le conflit à d'autres villes comme Rabat. À Tanger, l'AMSED doit faire basculer le projet

d'une association à une autre. Par ailleurs, en 2009, à Rabat, l'association locale est dissoute brutalement suite à des tensions au sein du bureau, sans lien avec le programme Amali, laissant les bénéficiaires sans intermédiaire institutionnel. Seule l'association Ennakhil de Marrakech reste impliquée sur toute la durée du projet pilote. Enfin, la nomination d'une nouvelle directrice à la tête de l'AMSED se traduit par un désengagement progressif de l'association qui considère sa mission achevée en 2009.

Malgré ces difficultés, le programme Amali est considéré comme prometteur et la phase 2006-2009 comme une période d'apprentissage (Khayame, 2009). Le 12 janvier 2010, une nouvelle convention est signée entre l'ALCS et l'ADS. L'ADS s'engage à fournir le financement initial nécessaire et un soutien technique. L'ALCS centralise les financements et signe localement dans chaque ville une convention entre sa section locale et une association de développement en charge de suivre les bénéficiaires. Le programme est élargi à trois nouvelles villes, Agadir, Taroudant et Fès, non sans difficultés dans le recrutement des associations locales. Ces dernières doivent en effet disposer à la fois d'une expérience dans le développement d'activités génératrices de revenus, avoir une sensibilité aux questions de santé et surtout être prête à travailler avec des populations extrêmement marginalisées et stigmatisées. À Agadir, la première association mobilisée en 2010 passe le relais à une association en 2012 du fait de cette complexité. À Rabat, aucune association n'est prête à s'impliquer. Après de longs mois de négociation, l'ALCS réussit à convaincre l'association Jousour Forum des femmes marocaines qui était alors présidée par la directrice des ressources humaines de l'ADS. Cependant, l'élection d'un nouveau bureau en 2014 a mis fin à la collaboration, la direction souhaitant se focaliser sur sa mission de plaidoyer pour les droits des femmes marocaines.

### **Un désintérêt croissant des institutions de développement au profit de logiques non spécifiques**

En 2012, l'ALCS mobilise le cofinancement du Fonds mondial de la lutte contre le sida, de la tuberculose et le paludisme. Le programme Amali semble alors pleinement institutionnalisé dans le cadre de nouvelles conventions impliquant ministère de la Santé, ADS et organisations internationales. Le financement du Fonds mondial couvre les coûts d'organisation du programme (ressources humaines, administration et formation). Le financement de l'ADS est donc dédié aux avances accordées aux bénéficiaires. Les objectifs sont revus à la hausse avec l'intégration d'une nouvelle ville, Tétouan, qui était alors programmée à l'horizon 2014.

Cependant, la même année, l'ADS n'honore plus ses engagements financiers et suspend ses versements à partir de 2013 ruinant toutes les perspectives du programme Amali. Les nouveaux projets sont alors financés par les seuls remboursements empêchant tout développement du programme. Le programme est alors volontairement arrêté par l'ALCS qui ne souhaite pas financer des coûts de fonctionnement qui ne soient pas justifiés par une intervention efficace et croissante auprès des populations ciblées.

Ce revirement de l'ADS est étroitement lié aux transformations politiques nationales. Suite aux élections de 2011, le parti de la justice et du développement (PJD), d'idéologie islamiste, prend le contrôle du ministère de la Famille, de



la Solidarité, de l'Égalité et du Développement social, autorité de tutelle de l'ADS. Dans ce contexte, l'ADS est dans un premier temps affaiblie par une réduction drastique des financements qui sont réorientés autour de quelques actions ciblées. Or, Amali est présenté comme une incongruité par la nouvelle direction même si le fonctionnement du programme correspond aux objectifs principaux de l'ADS. Les cadres de l'ADS qui mettent en œuvre le programme Amali insistent sur la dimension économique du programme et surtout proposent des améliorations en s'inspirant du nouveau programme Moudabarat qui associe, comme Amali, une avance financière sans paiement d'intérêt et un ensemble de services d'accompagnement. En revanche, la direction et les cadres en charge de l'évaluation considèrent le programme Amali comme un programme santé VIH/sida. Les caractéristiques des bénéficiaires (PS et HSH) portent alors préjudice au programme, ce public n'étant pas considéré comme une cible privilégiée. Par conséquent, plutôt que d'intégrer le programme Amali comme une composante du programme Moudabarat, ce dernier est abandonné.

Dans le cadre de l'audit interne des programmes de l'ADS organisé en 2015, des rivalités apparaissent entre les défenseurs du programme Amali qui insistent sur les bons résultats dans un moment où les programmes classiques de microcrédits sont fortement critiqués (Banerjee *et al.*, 2015) et la nouvelle direction qui insiste sur les faibles taux de remboursement des projets les plus ambitieux considérant qu'ils sont un indicateur des défaillances du programme et de l'incapacité de l'ALCS à être autonome, alors que cela n'a jamais été l'objectif du programme. Cet argument souhaite replacer alors Amali comme un programme de microcrédit classique et non comme un programme d'accompagnement et de réinsertion sociale. Il est doublé de remarques sur la difficile médiatisation du programme avec le refus des bénéficiaires d'être filmés ou photographiés pour attester d'une possible réinsertion économique de PvVIH. Ces approches actuelles du développement par projet autour de *success stories* visent à convaincre du bien fondé d'une action, sans considérer les risques d'exposition de personnes particulièrement stigmatisées.

Enfin, le ministère de la Famille, de la Solidarité, de l'Égalité et du Développement Social défend une autre vision qui est celle de l'aide sociale ciblée. Ainsi, les activités génératrices de revenus devraient être remplacées par une allocation mensuelle au bénéfice des plus pauvres dont les PvVIH du fait de leurs caractéristiques socio-économiques feraient partie. La ministre défend alors une autre vision du développement social de celle de l'ALCS qui souhaite privilégier l'autonomisation à l'aide sociale.

Il apparaît donc deux visions très différentes qui interrogent le ciblage et les critères. Ainsi, la ministre en défendant un critère plus universel, a de fait exclu de nombreux PvVIH. En effet, en 2015, le programme d'allocation *Da3m* vise à fournir une aide sociale directe aux veuves en situation de précarité avec des enfants mineurs. Or, les populations les plus exposées au sein des professionnelles du sexe sont majoritairement des jeunes femmes divorcées ou abandonnées par leur époux avec des enfants en bas âge et non des veuves. De plus, cela exclu les HSH. Ensuite, les montants mensuels de l'allocation sont particulièrement faibles, 350 DH (33€) par enfant mineur, dans la limite de trois enfants soit 1050 DH (99€) par mois. Or, les activités génératrices de revenus permettent aux bénéficiaires de disposer de rémunérations plus élevées et non plafonnées en cas de succès. Enfin, se pose aussi une question éthique de la place des populations marginalisées, l'allocation ne permet pas aux bénéficiaires

de reconstruire des liens sociaux à la différence du programme Amali. Ainsi, la section la plus dynamique à Agadir appuie son succès sur des rencontres régulières de convivialité entre les bénéficiaires qui peuvent alors créer des synergies entrepreneuriales entre eux.

Au final, l'allocation présentée comme une alternative universelle apparaît comme un refus de reconnaissance de la spécificité des populations infectées par le VIH. Elle s'inscrit dans une logique de charité et non de soutien à la participation à la sphère économique et sociale. Par ailleurs, les critères choisis relèvent d'une représentation morale des individus vulnérables dignes d'être aidés, les veuves avec enfants mineurs et donc excluent toutes les autres trajectoires de vie.

## Conclusion

La réussite des programmes de microfinance à destination des PvVIH dans les pays à revenus limités est étroitement dépendante de la qualité des relations entre les organisations spécialisées santé et celles spécialisées dans le développement (Longuet *et al.*, 2010 ; Holmes *et al.*, 2010 ; Datta et Njuguna, 2008). Or, au Maroc, il est apparu une très grande versatilité des acteurs engagés empêchant toute institutionnalisation du programme Amali.

Après une forte mobilisation au milieu des années 2000, le ralentissement de l'épidémie et la réduction des risques de contamination pour de nombreuses catégories de la population a favorisé un désintérêt croissant pour la question du VIH/sida. La concentration de l'épidémie au sein de populations dites clés (PS, HSH ou UDI) maintient le statut singulier de la maladie qui reste non-énonçable, même à ses proches car associée à des pratiques condamnées moralement (Dialmy 1998 ; Ababou 2010 ; Guillermet *et al.* 2012). Suivre le traitement nécessite des trésors d'ingéniosité pour cacher son statut sérologique (Hejoaka, 2009).

Le programme Amali a été victime des effets de mode si ce n'est d'opportunisme de nombreux acteurs de développement local qui ont vu dans l'élan lié au VIH/sida à partir de 2005, un moyen de mettre en scène un engagement sur une question de société fortement médiatisée :

« Bien qu'engagées (...) dans le volet de la sensibilisation et la prévention contre le VIH/sida, beaucoup d'associations n'étaient pas prêtes à pousser leur implication plus en avant, en travaillant directement avec des PVVIH et des personnes vulnérables. Si certaines ont pu dépasser le stade des premières réticences, d'autres ont considéré que cela n'entraînait pas dans le cadre de leur mission. » (Khayame, 2009).

Les désengagements successifs ont alors transformé le programme Amali en un programme de l'ALCS et non un programme institutionnel plus large malgré la mobilisation du Fonds mondial. L'arrivée au pouvoir du PJD en 2011 et sa volonté de prendre le contrôle du développement social a donc joué un rôle d'accélérateur dans l'isolement des organisations impliquées au quotidien auprès des PvVIH. Les arguments justifiant le renoncement ne doivent pas masquer la réalité d'une stigmatisation toujours très forte de la maladie. L'allocation sociale universelle apparaît comme un moyen de ne pas tenir compte des spécificités des PvVIH et ainsi de maintenir leur statut de

marginiaux. Or cette stigmatisation empêche actuellement d'éteindre l'épidémie de VIH/sida au Maroc. En effet, la faible prévalence et la densité du réseau de médiation thérapeutique déployé par l'ALCS permettrait potentiellement de suivre toutes les personnes vivant avec le VIH et de leur offrir un traitement adapté amenant à réduire drastiquement les contaminations nouvelles. Or, la stigmatisation maintient plusieurs milliers de malades (30% des personnes contaminées) à l'écart des structures de santé et donc génère encore près de 900 nouvelles infections par an.

## Bibliographie

- ABABOU Mohamed, 2010, « Etiquetage, stigmatisme et religion : la représentation du sida chez les jeunes lycéens à Fès » in Khabbache Hicham, *Travail social à l'épreuve des coopérations ouvertes et des coopérations fermées*, Fès: Presses universitaires de Fès, p.209-228.
- ACHILLI Laura et HEJOAKA Fabienne, 2005, « Les associations dans la réponse à l'épidémie VIH/sida au Burkina Faso », *Face à face* [en ligne], 7 | 2005, mis en ligne le 01 juin 2005. Url : <http://faceaface.revues.org/305>
- ADS, 2009, *Manuel de procédures relatif au programme AMALI*, 30 p.
- ADS, ALCS, 2012, *Rapport d'évaluation du programme AMALI 2011-2012*, 40 p.
- ADS, ALCS, AMSED, 2010, *Programme AMALI*, 39 p.
- ANDRÉO Christian, BOUHNİK Anne-Deborah, SOLETTI Jérôme, BERTHOLON David-Romain., MOATTI Jean-Paul, ROSSERT Hélène, SPIRE Bruno, 2001, « La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire », *Santé Publique* 3/2001 (Vol. 13), p. 249-262.
- BANERJEE Abhijit, DUFLO Esther, GLENNERESTER Rachel, KINNAN Cynthia, 2015, « The Miracle of Microfinance ? Evidence from a Randomized Evaluation », *American Economic Journal : Applied Economics*, 7 (1), p.22-53.
- BILA Blandine, KOUANDA Seni, DESCLAUX Alice, 2008, « Des difficultés économiques à la souffrance sociale des personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso », *Cahiers Santé*, vol.18, p.187-191.
- BONDEVİK Per N., 2003, *Microfinance ; A selective introduction with special focus on HIV/AIDS*, Norwegian Church Aid, Occasional Papers Number 5/03.
- BOUNGOU BAZIKA Jean Christophe, "Effectiveness of small scale income generating activities in reducing risk of HIV in youth in the Republic of Congo", *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 19:S1, p.23-24.
- ICAD, 2001, *VIH/sida et microfinance*, Ottawa, Interagency Coalition on AIDS and Development (ICAD).
- COUDERC Nicolas *et al.*, 2006, « Sida et croissance économique : le risque d'une « trappe épidémiologique » », *Revue d'économie politique* 5/2006 (Vol. 116), p. 697-715.
- DATTA Dipankar, NJUGUNA James, 2008, "Microcredit for people affected by HIV and AIDS: insights from Kenya", *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 5(2), p.94-102.
- DECLAUX Alice, 2002, « Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle? », Actes de la table ronde, « VIH/sida, stigma-

- tisation et discrimination : une approche anthropologique », UNESCO : *Études et Rapport*, n°20.
- DELAUNAY Karine, VIDAL Laurent, 2002, « Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection VIH en Côte d'Ivoire », *Sciences Sociales et Santé*, vol.20, 2002, p.5-29.
- DIALMY Abdessamad, 1999, *Islam, jeunes et sida*, Casablanca : Eddif.
- DONAHUE Jill, 2000, *Microfinance and HIV/AIDS : ... It's Time to Talk*, Washington, DC: Displaced Children and Orphans Fund and War Victim Fund Contract, USAID.
- DWORKIN Shari L., BLANKENSHIP Kim, 2009, "Microfinance and HIV/AIDS prevention: Assessing the promise limitations", *AIDS behav.*, 13, p.462-469.
- FORO Anne, CHAMPAGNE François, DENIS Jean-Louis, 2012, « L'approche multi-sectorielle du programme VIH/sida en Haïti : une revue critique des acteurs impliqués dans sa gouvernance », *Pratiques et Organisation des Soins* 2/2012 (Vol. 43), p. 131-141. <https://doi.org/10.3917/pos.432.0131>
- GOEURY David, OUARSAS Lahoucine, BENMOUSSA Amal, MEZZI Youssef, LAPORTE Louise, *AGR et populations clés infectées ou affectées par le VIH au Maroc*, 2015, 29 p.
- GUILLERMET Elise, ZAHY Khadija et GRUÉNAIS Marc-Eric, 2012, « Au Maroc, des enfants « inadoptables » pour cause de VIH/sida ? », *Humanitaire [en ligne]*, 31 | 2012.
- HEJOAKA Fabienne, 2009, « Care and Secrecy : Being a mother of children living with HIV in Burkina Faso », *Social Science and Medicine*, 69, p. 869-876.
- HOLMES Kathleen, WINSKELL Kate, HENNINK Monique, & CHIDIAC Sybil, 2011, "Microfinance and HIV mitigation among people living with HIV in the era of anti-retroviral therapy: Emerging lessons from Cote d'Ivoire", *Global Public Health*, 6(4), pp.447-461. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.515235>
- HOLMES Kathleen, WINSKELL Kate, 2013, "Understanding and mitigating HIV-related resource-based stigma in the era of antiretroviral therapy", *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, DOI:10.1080/09540121.2013.766300
- WINSKELL Kate, HILL Elizabeth, OBYERODHYAMBO Oby, 2011, "Comparing HIV-related Symbolic stigma in six African countries: social representations in young people's narratives", *Social Science & Medicine*, 78 (8), p.1257-1265. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.007>
- KABLAN Cléopâtre, OBRIST Brigit, Cisse Guéladio, WYSS Kaspar, TOURÉ Ismaïla, TANNER Marcel, 2006, « VIH/sida, genre et vulnérabilité », *Vertigo*, hors-série 3, Url : <http://vertigo.revues.org/1844>
- KHAYAME Houda, 2009, *Réduction de l'impact socioéconomique du VIH/sida sur la population vulnérable et les personnes infectées et affectées par le VIH/sida*, ADS, ALCS.
- LONGUET Christophe, MACHURON Jean-Louis, DESCHAMPS Marie, SINIOR Raymond, BRIGNOLI Emilio, PAPE Jean William et MIRIBEL Benoît, 2009, « Access to Microcredit for women living with, or vulnerable to, HIV in Haïti », *Field actions science reports*, vol. 2, Url : <http://factsreports.revues.org/212>

- Ministère de la Santé du royaume du Maroc, 2014, *Mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/sida. Rapport national 2014, Période considérée : Janvier 2012-décembre 2013*. [http://www.sante.gov.ma/Documents/Activite/MISE%20%20EN%20%20%20C5%92UVRE%20%20DE%20%20LA%20%20DECLARATION%20%20POLITIQUE%20%20%20VIH\\_SIDA\\_2014.pdf](http://www.sante.gov.ma/Documents/Activite/MISE%20%20EN%20%20%20C5%92UVRE%20%20DE%20%20LA%20%20DECLARATION%20%20POLITIQUE%20%20%20VIH_SIDA_2014.pdf)
- OIT, *Améliorer la situation socio-économique des femmes vulnérables au VIH ou vivant avec le virus au Cameroun grâce à la microfinance*, 18 octobre 2011. [www.ilo.org/aids/goog-practices/WCMC\\_165362/lang\\_fr/index.htm](http://www.ilo.org/aids/goog-practices/WCMC_165362/lang_fr/index.htm)
- PARKER Joan, 2000, *Discussion paper : microfinance and HIV/AIDS*, USAID, Bethesda, MD: Development Alternatives, Inc. (DAI), USAID Microenterprise Best Practices (MBP) Project.
- PIOT Peter *et al.*, 2007, "Squaring the circle: AIDS, poverty, and human development", *PLoS.Med.*, <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040314>
- PIOT Peter, 2011, *Le sida dans le monde. Entre science et politique*, Paris, Odile Jacob, 287 p.
- PRONYK Paul M., KIM Julia C., ABRAMSKY Tanya PHETLA Godfrey, HARGREAVES James R, MORISON Linda A, WATTS Charlotte, BUSZA Joanna, PORTER John D., 2008, "A combined microfinance and training intervention can reduce HIV risk behaviour in young female participants", *AIDS*. 2008, 22(13), p.1659-1665.
- ROSENBERG Molly S, SEAVEY Brian K, JULES Reginal, KERSHAW Trace S., 2011, "The role of a microfinance program on HIV risk behavior among Haitian women", *AIDS Behav.* 2011, 15(5), p.911-918.
- Royaume du Maroc, 2012, *Rapport sur la mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/sida*, Onusida.
- SCHOU Arild, TSOKA Maxton, 2012, "Governing the Geographies of the Nongovernmental Organization Sector: Analyzing Coverage Challenges in the HIV/AIDS Campaign in Malawi", *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, Vol. 11, Iss. 3, 2012, p.305-321.
- STEFFEN Monika, 2004, « La comparaison internationale comme révélateur des apprentissages institutionnels. », *Revue internationale de politique comparée*, 3/2004 (Vol. 11), p. 389-411. <https://doi.org/10.3917/ripc.113.0389>
- PNUD, 2000, *Microfinance and HIV/AIDS Workshop: 15-18 September 1999, Penang, Malaysia*, New York: UNDP Regional Bureau for Asia and the Pacific.
- USAID, 2001, *Microfinance et VIH/sida : définir les options d'un changement stratégique et opérationnel. Atelier destiné au personnel des IMF. Guide de l'animateur*.
- USAID, 2012, *Microcredit helps HIV patients stick to therapy*, 6 septembre 2012, <http://www.usaid.gov/results-data/success-stories/microcredit-helps-hiv-patients-stick-therapy>.
- WAGNER Glenn, RANA Yashodhara, LINNEMAYR Sebastian, BALYA James, BUZAA-LIRWA Lydia, 2012, "A qualitative exploration of the economic and social effects of microcredit among people living with HIV/AIDS in Uganda", *AIDS Research and Treatment*, vol.2012, article ID 318957, doi:10.1155/2012/318957.