



ROYAUME DU MAROC

MINISTRE DE LA SANTE

**MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION POLITIQUE
SUR LE VIH/sida**

Rapport national 2014

**Période considérée :
Janvier 2012-décembre 2013**



Avec l'appui de  **UNAIDS**

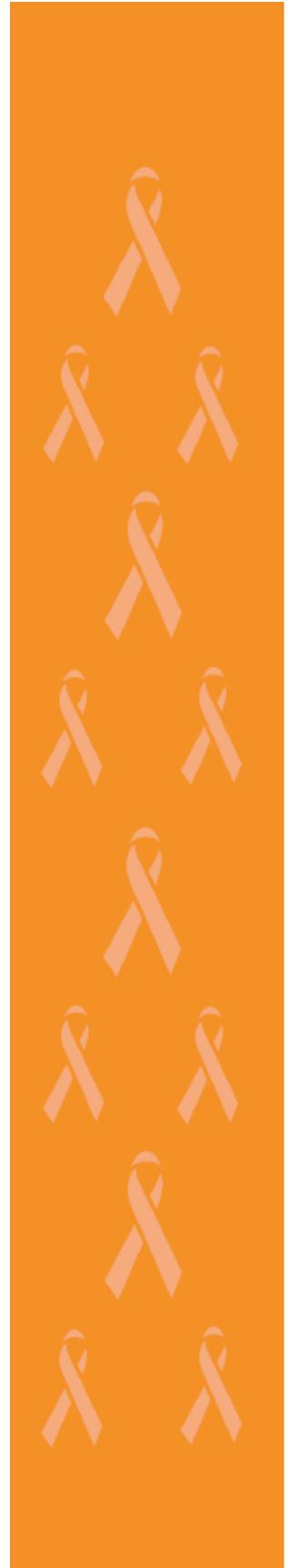


TABLE DES MATIERES

LISTE DES GRAPHIQUES.....	3
I. INTRODUCTION	5
II. APERÇU DE LA SITUATION	7
II-1 Participation des partenaires dans le processus d'élaboration du rapport.....	7
II-3 Riposte au plan politique et programmatique	8
II.4 Récapitulatif des indicateurs de la déclaration politique	10
III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA	12
III.1 Caractéristiques de l'épidémie.....	12
III.2. Résultats de l'étude sur les modes de transmission (MoT)	13
III.3. Tendances épidémiologiques chez les groupes spécifiques	14
III.4 Infections sexuellement transmissibles.....	15
III.5 Estimation de l'épidémie VIH au Maroc.....	15
IV. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA	15
IV.1 Sur le Plan politique	15
IV.2 Sur le Plan Programmatique	17
IV.2.1 <i>Objectif 1</i> : d'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	18
IV.2.2 <i>Objectif 2</i> : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	23
IV.2.3. <i>Objectif 3</i> : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida.....	24
IV.2.4 <i>Objectif 4</i> : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	25
IV.2.5. <i>Objectif 5</i> : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	27
IV.2.6. <i>Objectif 6</i> : combler l'écart global des ressources pour le sida d'ici 2015	28
IV.2.7 <i>Objectif 7</i> : éliminer les inégalités liées au genre	29
IV.2.8 <i>Objectif 8</i> : éliminer la stigmatisation et la discrimination	30
IV.2.9. <i>Objectif 9</i> : éliminer les restrictions de voyage	31
IV.2.10 <i>Objectif 10</i> : renforcer l'intégration du HIV.....	31
V. LES BONNES PRATIQUES	32
V.1 Campagnes nationales de dépistage du VIH	32
V.2 Stratégie nationale sur les Droits Humains liés au VIH/sida.....	36
V.2. Plan d'action intégré sur la prévention, la prise en charge des migrants.....	38
VI. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS.....	41
VI.1 Les progrès réalisés face aux défis relevés.....	41
VI.2 Les défis rencontrés et les mesures planifiées.....	43
VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	48
V.III SUIVI ET EVALUTION	51
ANNEXES	
Annexe 1 : Processus de consultation/préparation du rapport national	53
Annexe 2 : Questionnaires A et B de l'Indice composite des politiques nationales	55
Annexe 3 : Détail des indicateurs de la déclaration politique et l'Accès Universel,	107



LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des cas VIH/sida notifiés par période : 1986- 2013

Graphique 2 : Évolution des cas de VIH/sida notifiés : période 2009- 2013

Graphique 3 : Distribution des nouvelles infections à VIH au Maroc selon le mode d'exposition.

Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe. National et Souss-Massa-Draa. Surveillance sentinelle 2001-2012

Graphique 5 : Nombre de jeunes et de femmes sensibilisés en matière de prévention des IST/VIH.

Période 2004-2013

Graphique 6 : Nombre de personnes parmi les populations exposées ou vulnérables ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH. Maroc, 2007-2013

Graphique 8 : Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH. 2004-2013

Graphique 9 : Nombre d'UDI bénéficiaires des interventions de réduction des risques (RDR)

Graphique 10 : Estimation de la couverture par la pTME des femmes enceintes séropositives. 2007-2013

Graphique 11 : Couverture des personnes vivant avec le VIH par le traitement ARV. 2004-2013

Graphique 12 : Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et le VIH. 2007-2013

Graphique 13 : Évolution des dépenses pour la riposte au sida

Graphique 14 : Dépenses pour la riposte au sida selon les sources de financement (2012-2013)

Graphique 15 : Dépenses pour la riposte au sida selon les catégories (2012-2013)

Graphique 16 : Nombre des acteurs intervenant auprès des migrants selon le domaine de la Prévention combinée

LISTE DES ABREVIATIONS

AHSUD	Association Hasnouna de Soutien aux Usagers de Drogues
ALCS	Association Marocaine de Lutte contre le sida
ALIS	Association de lutte contre les IST/sida
AMPF	Association Marocaine de Planification Familiale
AMSED	Association Marocaine de Solidarité et de Développement
ARV	Antirétroviraux
ASCS	Association Sud Contre le Sida
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CCM	Comité de Coordination du Maroc
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDTMR	Centre de diagnostic et de traitement de la Tuberculose et des maladies respiratoires
CGEM	Confédération générale des entreprises du Maroc
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNCLS	Comité National de Coordination de la Lutte contre le Sida
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CR	Centres référents régionaux des Hôpitaux de Santé Publique
CRILS	Comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida
CRU	Centres Référents Hospitalo-Universitaires
DGSN	Direction générale de la sûreté nationale
ESSB	Etablissements de soins de santé de base
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau
eTME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
FM	Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
IST	Infections sexuellement transmissibles
LMLMST	Ligue Marocaine de lutte contre les MST
MOT	Etude sur les modes de transmission du VIH
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes
OPALS	Organisation panafricaine de lutte contre le sida
ORS	Observatoire régional de la Santé
PCNU	Plan Conjoint des Nations Unies
PNALT	Programme National de Lutte antituberculeuse
PNAPS	Programme national d'accompagnement psychologique et social
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/sida
PPER	Personnes les Plus exposées aux risques d
PS	Professionnelles du sexe
PSN	Plan Stratégique National de lutte contre le sida
PSR	Plan Stratégique régional de lutte contre le sida
pTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'assistance médicale des économiquement démunis
RMO	Rabeta Mohammedia des Oulemas
RDR	Réduction des risques
RDS	Repondent Driven Sample
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSB	Soins de Santé de Base
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TB	Tuberculose
UDI	Usagers de drogues injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION

Le présent rapport national 2014 sur la mise en œuvre de la Déclaration politique sur le VIH/sida adoptée par les États membres, lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies en juin 2011, constitue l'avant dernier rapport avant l'échéance de cette déclaration en fin 2015.

Pour rappel, la Déclaration politique sur le VIH/sida a engagé la communauté internationale autour de la vision des trois zéros : *Zéro nouvelle infection VIH, Zéro décès et Zéro discrimination liés au sida*. Elle a fixé dix objectifs d'ici 2015, qui visent notamment à réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle et chez les consommateurs de drogues injectables, à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, à assurer l'accès à la thérapie antirétrovirale pour 15 millions de personnes et à réduire de moitié la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Le Maroc s'est mobilisé depuis plus de deux décennies en matière de lutte contre le sida avec une approche multisectorielle et un partenariat actif entre les différents secteurs gouvernementaux et les ONG. Lors de sa visite en décembre 2003 pour inaugurer l'Hôpital du jour pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au service des maladies infectieuses du CHU Ibn Rochd de Casablanca, SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI a donné une impulsion décisive à la riposte nationale au sida.

La riposte nationale au sida s'inscrit dans un contexte national politique et social favorable, compte tenu de l'importance donnée par la nouvelle constitution adoptée en 2011, aux questions de droits humains et de genre ainsi que des efforts au niveau national pour développer des stratégies de réduction des facteurs de vulnérabilité et des inégalités d'accès aux services de santé.

La période 2012-2013 a été caractérisée, par le lancement de la mise en œuvre du nouveau Plan stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016 (PSN) qui engage résolument le Maroc dans la concrétisation effective de l'accès universel aux services de prévention, de soins, de traitement et d'appui en matière de VIH. Elle a également connu le démarrage effectif de la proposition VIH du 10^{ème} round du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

La revue à mi-parcours de la mise en œuvre de la Déclaration politique sur le VIH/sida, conduite en 2013, par le Programme National de lutte contre le sida (PNLS) du ministère de la Santé en collaboration avec les partenaires de la riposte, a permis de faire le point de manière exhaustive sur les progrès, les obstacles et des mesures nécessaires pour la réalisation des dix objectifs de la Déclaration Politique.

Le processus mis en œuvre dans le cadre de la préparation de ce rapport 2014, a permis de collecter les données nécessaires à la mise à jour des indicateurs de la Déclaration Politique et de l'accès universel, d'actualiser les informations sur les progrès et les obstacles en rapport avec les différents objectifs et de compléter le questionnaire sur l'indice composite des politiques nationale (NCPI) avec les différents partenaires concernés.

A la lumière de l'évolution des indicateurs, on observe que le Royaume du Maroc progresse vers la réalisation des objectifs fixés par la Déclaration politique et le Plan stratégique national (PSN). Cependant, et afin d'obtenir l'impact escompté sur la réduction des nouvelles infections VIH et des décès liés au sida, les progrès restent tributaires de l'intensification des programmes de prévention combinée auprès des populations clés ou vulnérables dans les régions les plus touchées et les corridors de vulnérabilité, ainsi que de l'extension de la prise en charge ARV des PVVIH à un stade précoce.

Le présent rapport est le fruit d'une large concertation entre le Programme National de lutte contre le Sida (PNLS) du ministère de la Santé et ses partenaires des départements ministériels, la société civile, et les organisations internationales. Après un aperçu de la situation de l'épidémie du VIH/sida au Maroc, il met en évidence les progrès enregistrés dans la riposte nationale au sida au cours des deux dernières années 2012-2013, le tout argumenté par des indicateurs et des chiffres concrets sur la situation et les réalisations. Il

met ensuite en exergue les principaux obstacles et défis à surmonter pour renforcer la riposte nationale ainsi que l'appui des partenaires au développement en vue d'atteindre les objectifs de la déclaration politique. L'annexe du rapport comprend les questionnaires NCPI relatifs à la politique nationale de lutte contre le sida.

II. APERCU DE LA SITUATION

II-1 Participation des partenaires dans le processus d'élaboration du rapport

Conformément à l'engagement du Maroc à la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies portant sur le VIH et le sida en 2011, le présent rapport qui respecte le format défini par l'ONUSIDA, a été élaboré avec la participation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida et s'inscrit dans la continuité du précédent rapport de 2012 et de celui de la revue à mi-parcours en 2013.

En suivant les directives de l'ONUSIDA détaillant les modalités d'élaboration des rapports d'activité nationaux sur la riposte au sida pour 2014, l'élaboration du Rapport national 2014 a été faite selon un processus inclusif de l'ensemble des acteurs de la riposte au sida (départements ministériels concernés, ONG, partenaires internationaux etc.) représentés au niveau central, régional et local. Cette large participation a par ailleurs offert une opportunité de partage des informations sur les progrès réalisés et de débats sur les défis qui restent à relever pour atteindre les objectifs fixés par la Déclaration politique et le Plan stratégique national de lutte contre le sida (PSN).

Un comité de pilotage a été mis en place et un consultant national a été recruté pour appuyer la rédaction du rapport narratif, la finalisation des questionnaires NCPI ainsi que la préparation et l'organisation de l'atelier de consensus. Ce processus a été appuyé par l'ONUSIDA et le Fonds Mondial.

Une équipe conjointe Ministère de la Santé/ONUSIDA a été chargée de la collecte des données en utilisant comme référence la liste exhaustive des indicateurs demandés et en adoptant les récentes modifications qui ont touché certains indicateurs dans la dernière version des directives ONUSIDA, OMS et UNICEF.

Les supports utilisés pour la collecte des données sont représentés par les rapports nationaux existants, les documents fournis par les partenaires, l'analyse des indicateurs générés par le système de suivi évaluation et les appréciations qualitatives recueillies auprès des intervenants par questionnaires et entretiens directs.

Le rapport narratif a été rédigé sur la base des données collectées par le consultant national appuyé par une équipe restreinte du Ministère de la santé et de l'ONUSIDA. Une fois les données du rapport narratif consolidées et validées au cours d'un atelier de consensus organisé le 24 mars, le rapport a été finalisé et directement soumis sur le site de l'ONUSIDA.

II-2 Situation actuelle de l'épidémie

Selon la surveillance sentinelle, la prévalence du VIH au Maroc reste faible et relativement stable chez la population générale (autour de 0,14%) et chez les femmes enceintes (0,1%). Elle est cependant beaucoup plus élevée chez les populations clés les plus exposées aux risques d'infection du VIH telles que le professionnelles du sexe (2.0%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (4.5%), les usagers de drogues injectables (14%) et les migrants (4.5%). Des prévalences élevées ont aussi été enregistrées parmi certaines populations vulnérables telles que les détenus (0.3-1%) et les ouvrières saisonnières (0.4-1%).

L'analyse de la tendance de la prévalence au cours des dernières années, bien que non concluante et à prendre avec précaution, pourrait évoquer une relative stabilité parmi les différents groupes surveillés (en dehors de certains artefacts non confirmés par la suite).

Les études bio-comportementales, conduites entre 2010 et 2013 selon la méthodologie « Respondent Driven Sampling » (RDS) permettant le recrutement des populations non visibles, ont mis en évidence ou confirmé la présence d'épidémies concentrées parmi les PS, HSH dans la région de Sous Massa Draa (autour 5% à Agadir) et parmi les UDI dans la région de l'Oriental (25% à Nador).

La modélisation de l'incidence du VIH au Maroc a montré que 67,4% des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de sexe (femmes PS, clients), des HSH et des UDI. La transmission entre conjoints stables (population à faible risque) représente 25% de l'incidence.

Selon les dernières estimations EPP/Spectrum, le nombre de personnes vivant avec le VIH est de 31 000 en fin 2013 alors que le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés depuis 1986 s'élève à 8705. Ainsi, si l'on fait abstraction des décès parmi les cas notifiés, près de 72% des PVVIH ne connaîtraient pas leur statut sérologique.

Sur le total de cas de VIH identifiés au Maroc, 50% ont été notifiés au cours de la période 2009-2013, principalement en milieu urbain (79%). Sur le plan géographique, 5 sur 16 régions (Sous-Massa-Draa, Marrakech-Tensift-Al Haouz, Grand Casablanca, Rabat –Salé-Zemmour-Zaër et Tanger-Tétouan) cumulent, 68.4% des cas notifiés. Par rapport à l'âge, 3% correspondent aux enfants de moins de 15 ans, 11% aux jeunes de 15-24 ans et 75% à la population entre 25-44 ans. Concernant le sexe, 50% des cas notifiés sont de sexe féminin. Ce pourcentage est de 59% parmi les jeunes de 15-24 ans.

II-3 Riposte au plan politique et programmatique

De l'analyse de l'évolution des indicateurs présentés dans ce rapport, il ressort en général que la réponse programmatique de la riposte au VIH dans le pays progresse vers la réalisation des objectifs de la déclaration politique. En témoigne, le début d'une réduction des nouvelles infections VIH et de la morbidité et mortalité des PVVIH.

Les progrès réalisés sont le résultat : i) d'un engagement politique soutenu de la part du gouvernement et des autres acteurs impliqués, ii) d'un partenariat bien développé avec les différents secteurs gouvernementaux et les ONG, de l'alliance avec de nouveaux acteurs stratégiques, le CNDH et l'INDH notamment avec la mise en place d'actions concertées cohérentes et coordonnées, iii) d'une intensification des programmes de prévention combinée et de dépistage auprès des populations clés et vulnérables en particulier dans les régions les plus touchées, iv) d'une amélioration de l'accès au traitement ARV y compris une optimisation de l'accès aux tests de suivi biologiques et la mise à l'échelle du programme national d'appui psychosocial, v) d'un renforcement du leadership et de la gouvernance.

Les programmes de prévention mis en œuvre ont connu une progression notable et ont permis de toucher 141.551 personnes parmi les populations exposées ou vulnérables en 2012 et 151.538 en 2013 alors que 645.224 jeunes et femmes ont été sensibilisés au cours de ces deux années.

Dans le domaine du dépistage VIH, le nombre de personnes testées est passé de 60.446 en 2011 à 222.620 en 2012 et 583.440 en 2013. Ce résultat a pu être atteint grâce à l'intégration du dépistage du VIH dans les services du ministère de la santé et aux campagnes nationales organisées en 2012 et 2013. Le nombre de centres et unités mobiles est passé de 70 en 2010 à 385 en 2013. Toutefois, malgré ces efforts, uniquement 28% des personnes estimées séropositives dans le pays connaissent leur statut en 2013.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV a augmenté de 4047 en 2011 à 6464 en 2013 et la couverture a atteint 21% des PVVIH contre 14,5% en 2011 (en utilisant la nouvelle méthode de calcul de cet indicateur). Le programme a pu maintenir stable le taux de patients sous traitement ARV après 12 mois (90.8%). Cette période a connu la disponibilité continue des ARV et aucune rupture de stock n'a été enregistrée. Le financement des besoins en ARV est assuré en grande partie par le budget de l'Etat en complémentarité avec l'apport du Fonds Mondial.

L'élimination des inégalités entre les sexes ainsi que l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination constituent des axes transversaux intégrés dans tous les résultats du PSN 2012-2016. Le renforcement de ces aspects de la riposte au sida a connu un saut qualitatif au cours des deux dernières années avec l'élaboration de stratégies spécifiques sur les droits humains et le VIH intégrant un volet sur le genre.

En matière de suivi/évaluation, le nouveau système 2012-2016 capitalise sur les acquis et vise à surmonter les contraintes rencontrées, renforcer les capacités des partenaires en matière de S&E et assurer l'utilisation de l'information stratégique pour le pilotage et l'évaluation des programmes et projets menés par l'ensemble des acteurs.

En lien avec les défis actuels de la riposte au sida, les actions prévues d'ici 2015, visent à : i) augmenter la couverture géographique des services de prévention combinée destinés aux PS, HSH et UDI et étendre l'offre aux différentes zones et corridors de vulnérabilité ; ii) étendre les structures de dépistage et prise en charge appropriées à un niveau plus décentralisé et mieux cibler les populations clés et vulnérables ; iii) étendre la couverture par le traitement ARV en tenant compte des nouvelles directives de l'OMS de 2013 ; iv) réduire les obstacles qui limitent l'accès des groupes vulnérables aux services par les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et la mise en œuvre la stratégie nationale sur les droits humains et le VIH ; v) renforcer l'intégration des programmes de CCC et d'appui psychosocial et juridique pour toutes les populations prioritaires du PSN, vi) renforcer le développement des compétences des ressources humaines en ce qui concerne les activités de reporting et de qualité des activités S&E.

II.4 Récapitulatif des indicateurs de la déclaration politique

OBJECTIFS ET INDICATEURS

N°	Indicateurs	Année	Valeur
Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle			
Indicateurs pour les jeunes			
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH Source : Etude CAP jeunes 2007, Ministère de la santé Source : Etude CAP jeunes 2012, Ministère de la santé	2012	22,2%
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	2007 2012	4,5% 2,52%
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (15 à 24 ans)	2007 2012	19,25% 8,76%
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport (15 à 24 ans)	2007 2012	61,82% 40,40%
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (15 à 24 ans)	2007 2012	4,70% 4,52%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH Source : Surveillance sentinelle des femmes enceintes	2009 2012	0,06% 0,10%
Indicateurs pour les professionnel(le)s du sexe			
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH Source Etude CAP Travailleuse du sexe, 2007, Ministère de la santé Source : Etude IBBS RDS Travailleuse du sexe 2011, Ministère de la santé	2011	41,90%
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	2011	50,25%
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2011	25,54%
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	2009 2011	2,38% 1,98%
Indicateurs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH Source : Etude IBBS RDS HSH 2010, Ministère de la santé	2010	45,41%
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	2010	39,94%
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2010	30,99%
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	2010	5,12%
Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables			
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues Source : Données du programme UDI, Ministère de la santé	2010 2011 2012 2013	7 13 75 68
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, NB. L'indicateur est calculé par rapport aux UDI qui ont eu des rapports sexuels les 12 derniers mois. Source : Étude IBBS RDS UDI 2010, Ministère de la santé, Tanger, Nador	2010 /2011	29,97%
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	2010 /2011	68,9%
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2010 /2011 2013	9,7%
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	2010 /2011	11,4%
Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida			
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	2012 2013	47,79% 45%
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au	2010	13%

	cours de leurs deux premiers mois de vie	2012	46.57%
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	2011 2012 2013	24% 16.9% 17.5%
Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH			
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral	2012 2013	18.3% 20.9%
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	2012 2013	91.4% 90.8%
Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH			
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	2011 2012 2013	54.4% 74.8% 85%
Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars des États-Unis) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire			
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	2012 2013	16,3M\$ 18,4M\$
Objectif 7 : Éliminer les inégalités entre les sexes			
7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois Source : Enquête Nationale sur la Prévalence de la Violence à l'Égard des Femmes, HCP 2011	2011	Violence * Physique 15,2% * Sexuelle 8,7%
Objectif 8 : Éliminer la stigmatisation et la discrimination			
8.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans		ND
Objectif 10 : Renforcer l'intégration de la lutte contre le VIH			
10.1	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre		ND

ND : Non Disponible

Indicateurs supplémentaires des programmes

INDICATEURS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nouveaux contacts				38035	65665	69222	102323	122231	141844	151538
Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH	8000	9828	22478	35458	42256	45076	45704	60446	222620	583440
Nombre personnes vivant avec le VIH prise en charge par les ARV	884	1120	1370	1648	2207	2647	3205	4047	5301	6464
Nombre de femmes enceintes séropositives couvertes par la pTME				42	60	90	124	124	195	182

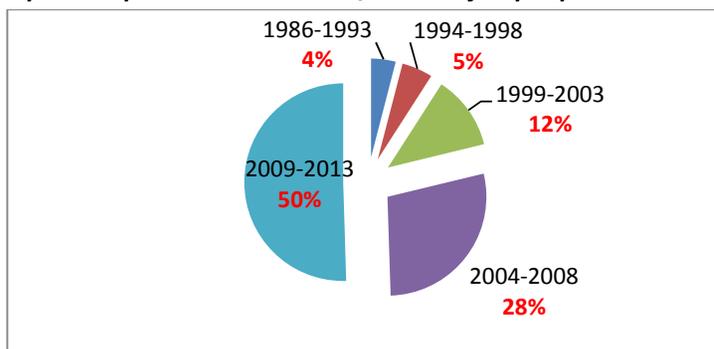
III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA

Une revue exhaustive de la situation épidémiologique a été conduite, fondée sur l'analyse des données récentes des cas de VIH/sida notifiés et de la prévalence du VIH, complétée par la synthèse et l'analyse des études auprès des populations les plus exposées. Les estimations et projections relatives à l'épidémie VIH ont été actualisées et une nouvelle étude de modélisation des principaux modes de transmission (MOT) du VIH a été réalisée.

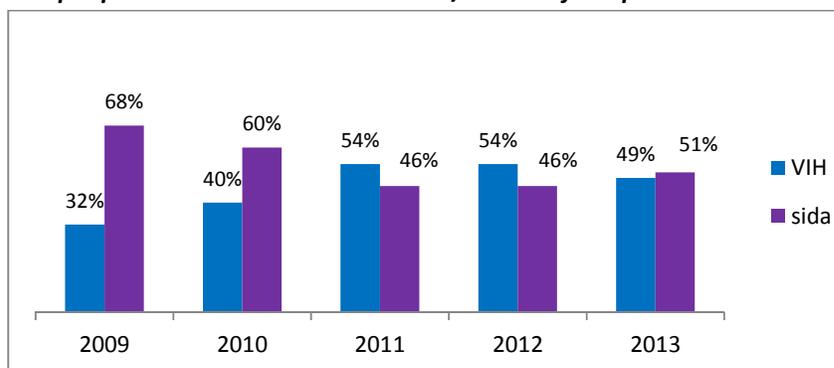
III.1 Caractéristiques de l'épidémie

Depuis le premier cas en 1986, le nombre de cas de VIH/sida notifiés a atteint 8705 en fin décembre 2013 dont 5243 (soit 60%) au stade sida-maladie et 3416 porteurs asymptomatiques du VIH. Cinquante pour cent (50%) des cas ont été notifiés au cours de la période 2009- 2013.

Graphique 1. Répartition des cas VIH/sida notifiés par période : 1986- 2013



Graphique 2 : Évolution des cas de VIH/sida notifiés : période 2009- 2013



Au cours de la période 2009- 2013 :

- ▶ 75% des cas notifiés sont âgés entre 25 et 44 ans ;
- ▶ 50% sont des femmes ;
- ▶ La proportion de personnes vivant avec le VIH diagnostiquées à un stade asymptomatique a évolué de 32% en 2009 à plus de 50% en 2012-2013.

Les données de la surveillance sentinelle confirment la faible séroprévalence du VIH dans la population générale avec une quasi-stabilité chez les femmes enceintes (0,1%).

Ces données, confirmées par les études RDS Bio-comportementales menées entre 2010 et 2013, montrent que l'épidémie se développe au sein des populations les plus exposées au risque d'infection VIH ou vulnérables, il s'agit des femmes professionnelles du sexe (PS), des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), des usagers de drogues injectables (UDI) et des migrants.

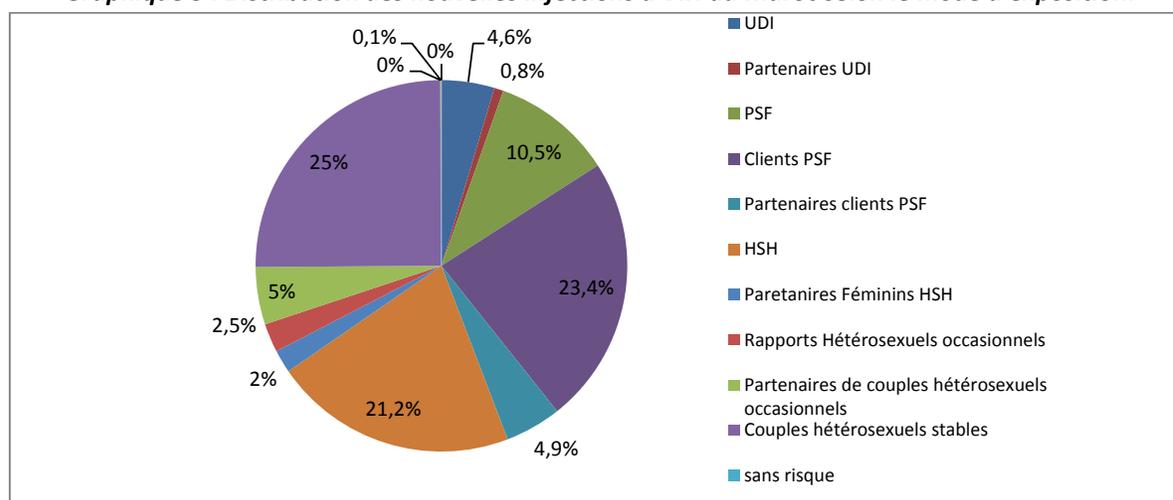
Parmi les cas notifiés, la transmission sexuelle est majoritaire (90%), hétérosexuelle dans 85% des cas notifiés et alimentée par des comportements de multi-partenariat sexuel retrouvé dans 73%. Des dynamiques différentes sont enregistrées comme la transmission chez les PS et HSH dans les régions de Sous-Massa-Draa et Marrakech-Tensift-Al Haouz et par partage de matériel d'injection de drogue dans les régions de l'Oriental et Tanger-Tétouan. Ce dernier mode de transmission est retrouvé dans 6% des cas au niveau de la Région de Tanger Tétouan et dans 30% des cas au niveau de l'Oriental.

Aux facteurs de risque sociaux et comportementaux qui concernent ces populations, se conjuguent des facteurs géographiques du fait que la dynamique focale de l'épidémie a continué à se renforcer, notamment au niveau des régions de Sous-Massa-Draa, Marrakech-Tensift-Al Haouz et du Grand Casablanca qui cumulent 54% des cas notifiés.

III.2. RESULTATS DE L'ETUDE SUR LES MODES DE TRANSMISSION (MOT)

L'étude MoT a été mise à jour en 2013 en tenant compte des nouvelles données épidémiologiques produites depuis le dernier exercice conduit en 2010. Ces données ont porté sur les HSH, les PS et les UDI. La modélisation de l'incidence du VIH au Maroc a montré que 67,4% des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de sexe (femmes PS, clients), des HSH et des UDI. Ces cas proviennent majoritairement d'une transmission entre des réseaux « exposés » (populations exposées, clients et partenaires). La majorité des femmes infectées (70,7%) le seraient par l'intermédiaire de leur conjoint. La transmission entre conjoints stables (population à faible risque) représente 25% de l'incidence.

Graphique 3 : Distribution des nouvelles infections à VIH au Maroc selon le mode d'exposition.

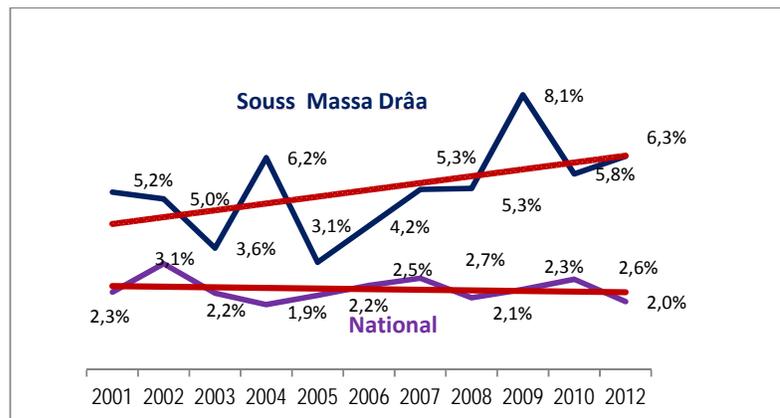


III.3. TENDANCES EPIDEMIOLOGIQUES CHEZ LES GROUPES SPECIFIQUES

- **Femmes Professionnelles du sexe (PS)**

La surveillance sentinelle révèle chez les PS une prévalence moyenne nationale entre 2% et 3% depuis l'année 2001 (2,7% en 2012). Des taux au-delà de 5% sont rapportés sur plusieurs années dans la région de Souss-Massa-Draa, ce qui témoigne d'une épidémie concentrée. Ces données ont été confirmées par l'étude bio-comportementale (IBBS), utilisant la méthodologie d'échantillonnage RDS menées en 2011 au niveau des villes d'Agadir, Rabat, Fès et Tanger avec une prévalence moyenne de 2% et de 5% au niveau de la ville d'Agadir (Région de Sous Massa Draa). Par ailleurs, ces données sont en cohérence avec le taux de séropositivité parmi les PS dans les centres de conseil et tests VIH.

Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe. National et Souss-Massa-Draa. Surveillance sentinelle 2001-2012



- **Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)**

L'étude bio-comportementale réalisée en 2010, a montré des séroprévalences du VIH de 5,7% à Agadir et 2,8% à Marrakech, ces données sont en cohérence avec le taux de séropositivité parmi les HSH dans les centres de conseil et tests VIH. Les pratiques de multi partenariat sont très répandues. 7,6% des HSH à Agadir et 12,3% à Marrakech déclarent avoir une relation stable avec une femme. La majorité des HSH ont déclaré avoir leur première expérience sexuelle entre 15 et 19 ans et le quart avant 15 ans.

- **Usagers de drogues injectables (UDI)**

Selon les études bio comportementales RDS conduite en 2010 à Tanger et en 2011 à Nador, la moyenne des prévalences du VIH entre les deux sites est 11,4% et la prévalence du VIH au niveau du site de Nador de 22%. 67 % des UDI ont déclaré avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection. En outre, 30% indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport. Seuls 11% ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

- **Autres populations vulnérables ou passerelles**

La prévalence du VIH chez les détenus varie de 0,4% à 0,8%, elle est plus élevée dans les régions de Souss Massa Draa et Marrakech Tensift Al-Haouz. Des prévalences du VIH de plus de 1% ont été retrouvées parmi les ouvrières saisonnières dans la région de Souss Massa Draa. Enfin, des taux de séropositivité respectivement de 4% et 4,5% ont été relevés chez les routiers et les migrants subsahariens dans les centres de conseil et test VIH.

III.4 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Plus de 400.000 cas ont été notifiés en 2013, parmi eux plus de 70 000 écoulements urétraux. Ce nombre d'EU est annuellement enregistré, depuis 2001. La prévalence de l'infection cervicale (Gonocoque, Chlamydia) est de 6.3% chez les femmes qui consultent pour pertes vaginales ou douleurs du bas ventre et de 22.7% chez les professionnelles du sexe (PS). La sérologie de la syphilis est positive chez 13,8% des PS et 2,4% des femmes.

III.5 ESTIMATION DE L'ÉPIDÉMIE VIH AU MAROC

Selon les dernières estimations EPP/Spectrum, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 31 000 en 2013 alors que le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés s'élève à 8705. Ainsi, si l'on fait abstraction des décès parmi les cas notifiés, près de 72% des PVVIH (soit 22 300) ne connaîtraient pas leur statut sérologique.

Tableau 1 : Estimations relatives à l'épidémie du VIH au Maroc en fin 2013

Personnes vivant avec le VIH en fin 2011	31 000	[22 000 – 42 000]
Enfants (<15 ans)	< 1 000	[500 – 1 000]
Personnes nouvellement infectées en 2013	3100	[2 000 – 5 000]
Décès dus au sida en 2011	1260	[<1 000 – 2 500]
Prévalence du VIH chez les adultes	0,15%	[0,1% – 0,2%]

IV. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

IV.1 Sur le Plan politique

La riposte nationale au sida s'inscrit dans un contexte politique et social favorable, compte tenu de la stabilité politique, des efforts menés pour développer des stratégies de réduction des facteurs de vulnérabilité et des inégalités d'accès aux services de santé ainsi que l'importance donnée aux questions de droits humains et de promotion de l'égalité du genre.

La reconnaissance suprême du droit à la santé relève de la nouvelle Constitution adoptée en 2011 qui a établi un système de gouvernance démocratique et décentralisé, a introduit un appareil judiciaire indépendant, a posé les jalons d'un nouveau contrat social et a fourni une perspective très riche sur la responsabilité de l'État. Elle affirme le droit fondamental à la vie (article 20) à la sécurité (article 21) et à l'intégrité physique et morale des personnes (article 22). Elle précise que l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste (article 31). Elle protège par la loi la famille (article 32) et donne aux pouvoirs publics la responsabilité d'aider les jeunes à s'insérer dans la vie active (article 33) et à traiter et prévenir la vulnérabilité (article 34).

Dans ce contexte, le Maroc s'est engagé dans la voie de la réforme du système de santé. Ainsi, en juillet 2013, lors de la deuxième Conférence Nationale sur la Santé, le « Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » a été présenté. La réforme du système s'articule autour de 3 axes principaux : i) Agir sur les déterminants de la santé, promouvoir ce qui peut l'améliorer et protéger les

populations contre ce qui menace leur santé ; ii) Vers la couverture universelle : proximité, qualité, protection financière ; iii) Moderniser la gouvernance de la santé.

En septembre 2013, SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI a donné ses orientations au gouvernement afin de mettre en place une stratégie et un plan d'action appropriés, en coordination avec le CNDH et les différents acteurs concernés, dans la perspective de formuler une politique globale en matière d'immigration. Un atelier national sur la promotion de la santé des populations migrantes en situation administrative irrégulière a été organisé en octobre 2013 sous la présidence effective du Ministre de la Santé et du Délégué interministériel aux droits de l'Homme, avec la participation des départements ministériels, des institutions nationales et des ONG. Un plan d'action national sur la promotion de la santé des migrants a été élaboré.

En matière de politique sociale, il faut mettre en exergue : i) la création en 2012 du Fonds de solidarité familiale dans le cadre d'une nouvelle génération de prestations créées par le gouvernement pour répondre aux besoins d'une frange de la société qui demeure fragile, à savoir la femme et les enfants ; ii) la promulgation par le parlement en 2013 d'une Loi qui constitue une réforme de l'article 475 du Code pénal criminalisant le viol des filles mineures, iii) la mise en place par le Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration d'un processus d'institutionnalisation de l'égalité des sexes dans l'administration publique en vue d'atteindre, d'ici la fin de 2014, la cible de 22 % de femmes dans les postes de décision, iv) l'adoption par le Ministère de la Solidarité de la Femme, de la Famille et du Développement social d'une nouvelle stratégie 2012-2016 qui vise, entre autre, la mise en place de mécanismes de lutte contre la discrimination et la violence à l'égard des femmes.

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture sanitaire des populations défavorisées, SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI a lancé en mars 2012, le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED). Il permettra à une population économiquement démunie, estimée à 8,5 millions de personnes, de bénéficier d'une couverture médicale de base qui offrira la gratuité des soins et prestations médicales disponibles dans les hôpitaux publics, les centres de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat. Des mécanismes d'attribution de ce droit sont bien définis pour identifier les bénéficiaires parmi les foyers les plus nécessiteux.

Le Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016, vise à concrétiser l'accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en matière de VIH pour converger vers l'atteinte de zéro nouvelle infection VIH, zéro décès et zéro discrimination liés au sida au Maroc. Trois résultats globaux dont deux résultats d'impact, ont été définis.

Résultat global d'impact 1	Résultat global d'impact 2	Résultat global 3
 Les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% en 2016	 La mortalité des PVVIH est réduite de 60% en 2016	 La gouvernance et la gestion de la riposte nationale sont optimisées aux niveaux central et décentralisé

Les priorités du PSN s'articulent autour du renforcement des interventions de prévention combinée pour les populations clés ou vulnérables, l'extension de l'offre de dépistage, la mise en œuvre de la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'amélioration de la couverture par le traitement antirétroviral, le suivi évaluation et la mise en œuvre d'un agenda de recherche.

En plus du ministère de la Santé, plusieurs départements ministériels partenaires de la riposte nationale ont intégré la lutte contre le sida dans leurs stratégies et plans d'action sectoriels. Nous citons particulièrement le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de l'Emploi et de la

Formation Professionnelle, la Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire, le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques, l'Entraide Nationale, la Direction Générale de la Sûreté Nationale.

Les ONG jouent un rôle clé dans les différents domaines de la riposte nationale au sida, notamment la prévention chez les populations les plus exposées, le conseil et dépistage anonyme et volontaire, le soutien aux personnes vivants avec le VIH, le plaidoyer et la mobilisation des fonds. L'ALCS a organisé en décembre 2012, la quatrième édition de la campagne «Sidaction Maroc», sous le Haut Patronage Royal, qui a permis la collecte de fonds pour ses activités et les projets des associations et institutions partenaires. Cette association a également organisé ses 9èmes assises nationales sous le thème de la santé et les droits humains des usagers de drogues. AMSED a organisé un atelier sur « la place des associations dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la Santé » avec la participation d'une centaine d'ONG locales. L'OPALS a organisé deux colloques en mai 2012 et 2013 sur les droits à la SSR, la prévention de la transmission mère enfant et la prise en charge juridique des PVVIH.

Le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) s'est inscrit en tant que nouveau partenaire de la riposte au sida dans le but de promouvoir et protéger les droits humains liés au VIH et appuyer le gouvernement et ses partenaires dans l'intégration de cette approche dans la stratégie nationale. Un atelier d'élaboration de la stratégie sur les droits humains et le VIH a été organisé et un premier plan d'actions a été initié.

L'appui des acteurs clés de développement, à savoir l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) et la Fondation Mohammed V pour la solidarité a été renforcé. La Fondation Mohammed V a construit et aménagé plusieurs nouveaux centres d'accueil pour les usagers de drogues dont la gestion est assurée en partenariat avec le ministère de la Santé et l'Association de réduction des risques (RDR) pour les UDI. L'apport de l'INDH, dans le cadre de la seconde phase de son programme 2011-2015, a été orienté vers l'appui aux ONG dans les régions en vue d'améliorer l'accès aux services sociaux de base des populations en situation de précarité, les personnes vivant avec le VIH et les usagers de drogues. Le processus de consultation sur les OMD et l'agenda post 2015 au Maroc conduit en février et mars 2013 par les Nations Unies et le Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance a impliqué les ONG nationales et communautaires de lutte contre le sida ainsi que les personnes vivant avec le VIH et les populations clés qui restaient auparavant à l'écart des discussions sur les priorités de nationales de développement.

Les fonctions et les modalités de coordination de la riposte au sida aux niveaux national et régional ont été définies par la création et institutionnalisation d'un comité national de coordination de la lutte contre le sida (CNCLS) et des comités régionaux intersectoriels (CRILS). Les comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida ont été responsabilisés dans la déclinaison de la stratégie nationale en plans stratégiques et opérationnels régionaux adaptés à leurs contextes spécifiques.

Le CCM Maroc a mis en œuvre un processus de restructuration et de renouvellement de ses membres. La composition du CCM a été revue, avec le renforcement de la représentation de la société civile, et l'introduction du Conseil national des Droits de l'Homme, d'une association des droits humains et de représentants des groupes les plus exposés aux risques, (UDI, PS, HSH) en plus des personnes vivant avec le VIH. Le processus électoral prévoit une plateforme électronique de vote avec un appel à participation pour la constitution de la liste de candidats et de la base votante.

IV.2 Sur le Plan Programmatique

Grâce à l'engagement des pouvoirs publics, aux efforts déployés par le Ministère de la Santé et ses différents partenaires des départements gouvernementaux ainsi qu'au dynamisme de la Société Civile, le Maroc a pu réaliser des avancées notables dans la riposte au sida. Cette partie renseigne sur les efforts entrepris dans le cadre de la riposte programmatique à l'épidémie du VIH/sida au cours de la période 2012-

2013. Les informations sont fournies en respectant l'ordre des objectifs et cibles dans le document des directives sur l'élaboration du rapport d'avancement 2014, à savoir :

Objectif 1 :	d'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle
Objectif 2 :	d'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables
Objectif 3 :	d'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida
Objectif 4 :	d'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH
Objectif 5 :	d'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
Objectif 6 :	combler l'écart global des ressources sida d'ici 2015 et atteindre un investissement annuel global entre 22 et 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
Objectif 7 :	éliminer les inégalités liées au genre
Objectif 8 :	éliminer la stigmatisation et la discrimination
Objectif 9 :	éliminer les restrictions de voyage
Objectif 10 :	renforcer l'intégration du HIV

En 2013, un processus de revue à mi-parcours a été engagé et le Programme National de lutte contre le sida (PNLS) du Ministère de la Santé, appuyé par le Bureau de l'ONUSIDA au Maroc a procédé, en collaboration avec les partenaires de la riposte, à la collecte des données nécessaires à la mise à jour des indicateurs de la Déclaration Politique. Un groupe de travail a été mis en place pour appuyer la conduite de la revue à mi-parcours (*Stock taking exercise*). Les résultats de cette revue ont été discutés, enrichis et validés lors d'un atelier national organisé en mai 2013 et un rapport national a été produit et diffusé.



IV.2.1 Objectif 1 : d'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

- **Jeunes et femmes vulnérables.**

Les activités de sensibilisation sur la prévention du VIH en direction de la population des jeunes, menées par le Ministère de la Santé, les secteurs gouvernementaux et les ONG nationales ont été intensifiées. Les interventions se sont basées sur différentes méthodes et approches de communication selon les profils et milieux. Il s'agit notamment de l'éducation par les pairs, l'intégration de modules dans les programmes de formation et d'alphabétisation, l'implication des jeunes sous diverses formes artistiques, les pièces théâtrales, l'organisation d'émissions TV et radio, l'utilisation des plateformes informatique ou multimédias, l'implication des jeunes des quartiers, les campagnes estivales, et les journées mondiales de lutte contre le sida. Un guide journalistique qui plaide pour un discours médiatique fonctionnel autour du VIH/sida a été produit.

La stratégie nationale sur les jeunes a intégré la composante du VIH et une stratégie spécifique de prévention pour les adolescents et les jeunes les plus vulnérables a été initiée. La forte mobilisation du Ministère de la Jeunesse et des Sports a permis de mettre en place un programme d'information et d'éducation sur la prévention du sida au profit de plus de 100.000 jeunes dont 37% de jeunes filles.

La volonté du Ministère de l'Education Nationale d'améliorer la qualité de formation des éducateurs pairs et de la généraliser à l'ensemble des clubs de santé a été renforcée par la diffusion d'un kit de référence standardisé pour les différents intervenants œuvrant dans le secteur de l'éducation.

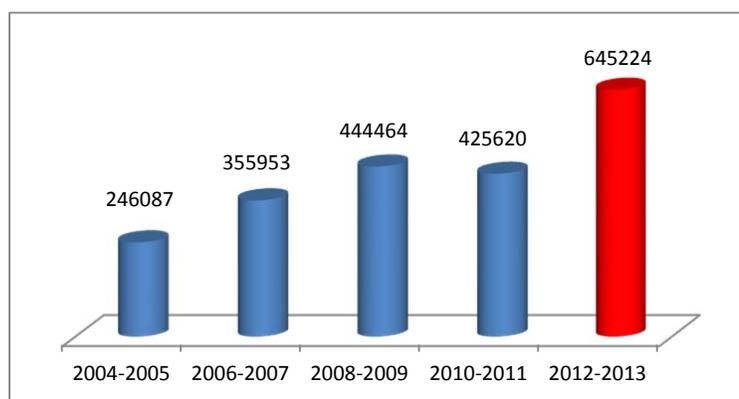
Le programme d'intégration de l'éducation en matière de sida dans les cours d'alphabétisation des filles et femmes en collaboration entre AMSED et des associations de développement local a été consolidé et étendu.

La Rabita Mohammadia des Oulémas (RMO) a mis en place un vaste programme de formation des éducateurs pairs (EP) dans les départements des études islamiques des Universités de Casablanca, Fès, Marrakech, Béni Mellal et Oujda. En 2013, il y a eu la formation de 136 formateurs EP. La RMO a également organisé en fin 2013 son premier forum des EP avec comme principal résultat l'élaboration d'un plan d'action annuel portant sur la formation de 36.000 étudiants. Entre 2012 et 2013, la RMO a formé plus de 600 oulemas et morchidates qui interviennent dans le domaine de la sensibilisation sur le VIH notamment auprès des femmes et des prisonniers.

Une étude sur les connaissances attitudes et pratiques (CAP) en matière de VIH/sida a été réalisée auprès d'un échantillon de 2.200 jeunes de 15-24 ans (filles et garçons) dans cinq villes du Maroc. Cette étude a permis la mise à jour des principaux indicateurs et a montré une amélioration significative en comparaison avec les résultats de l'étude CAP réalisée en 2007.

L'ensemble des activités de sensibilisation et prévention mises en œuvre ont permis de toucher 645.224 jeunes et femmes en 2012 et 2013 contre 425.620 en 2010-2011 soit une augmentation de 51,6%.

**Graphique 5 : Nombre de jeunes et de femmes sensibilisés en matière de prévention des IST/VIH.
Période 2004-2013**



- **Populations clés et vulnérables.**

Des progrès notables ont été enregistrés en matière de couverture des différentes populations clés plus exposées aux risques d'infection VIH ou vulnérables grâce à la mobilisation des associations thématiques (ALCS, OPALS, ASCS, AMSED, AMPF, ALIS, LMLMST) et le partenariat institué avec le ministère de la Santé.

Pour opérationnaliser la prévention combinée et élargir le paquet de prestations bio-médicales, comportementales et structurelles pour les populations clés au Maroc une consultation a été conduite par le Ministère de Santé en collaboration avec les ONG et avec l'appui de l'ONUSIDA. Le processus a permis d'adapter le concept de prévention combinée aux spécificités de la riposte nationale et de définir les étapes, les approches et les outils pour son intégration dans le cadre des plans stratégiques régionaux et des programmes développés par les ONG.

Plusieurs outils et supports de communication ont été élaborés pour assurer la qualité des interventions de prévention de proximité et accompagner les intervenants au cours des activités de sensibilisation/éducation des populations cibles. Un kit de formation sur les normes et standards de prévention auprès des PS ont été préparés et des sessions de formation des intervenantes et EP organisées.

L'élaboration d'un guide sur les normes et standards d'intervention auprès des HSH est en cours sa finalisation y compris les outils pratiques de formation des intervenants.

Une cartographie des sites de fréquentation des PS et HSH avec une estimation de la taille de cette population (par la méthode du dénombrement et capture-recapture) a été réalisée dans le grand Agadir (sites d'Agadir, Inezgane et Aït Melloul) pour permettre une meilleure programmation des activités de prévention combinée ainsi que la coordination et réseautage entre les intervenants impliqués dans la prévention combinée pour ces populations. La capitalisation de ce premier exercice permettra son extension aux autres provinces et régions autour du corridor de vulnérabilité.

Les associations concernées ont œuvré pour le renforcement des compétences des intervenants et ont également amélioré leurs systèmes de coordination interne à travers des mises au point régulières permettant un meilleur reporting et suivi des bénéficiaires des programmes.

En 2013, 171 intervenants ont été formés en matière de prévention de proximité auprès des populations clés plus exposées (PS et HSH) selon les normes nationales (127 par l'ALCS et 44 par l'AMSED).

Des normes de distribution du préservatif au niveau des ONG et des centres de Santé pour les populations clés plus exposées ont été élaborées et mises en œuvre place dans certaines régions, alors que les étapes de préparation pour le lancement d'un programme national de marketing social du préservatif ont été conduites. Grace à ces efforts, le nombre de préservatifs distribués a atteint 16,7 millions d'unités en 2012 et 17,5 millions en 2013.

La mise en place d'un code d'identification unique, dont la phase de test sur le terrain a été initiée, permettra d'améliorer davantage le reporting et la qualité des données sur les activités de terrain auprès des PS, HSH et UDI.

L'ALCS a continué la formation des relais de prévention sur les sites de regroupement des routiers (stations, aires de repos, parkings, gares routières, marchés de gros...), et couvert un total de 27.230 nouveaux bénéficiaires en 2012 et 28.951 en 2013. Un module sur la prévention est dispensé dans les instituts de formation des routiers à Agadir, Casablanca et Tanger.

En 2013, une étude bio-comportementale auprès des migrants sub-sahariens en situation administrative irrégulière a été réalisée à Rabat auprès de 687 migrants sub-sahariens a permis de disposer d'informations stratégiques pour le renforcement des programmes (connaissances sur le VIH et l'utilisation du préservatif, dépistage, accès aux services de soins etc.). En parallèle, une cartographie des acteurs intervenants en matière de prévention combinée (prévention, santé, appui socio-économique et politico-juridique) a été réalisée. Ce processus a abouti à l'élaboration d'un plan d'action national intégré en matière de promotion de la santé des migrants qui sera mis en œuvre dès 2014. Une plateforme de protection, dont un collectif santé des migrants, a été mise en place à Rabat pour assurer une meilleure coordination des activités et un meilleur accès aux soins et à la prévention. L'année 2012 a connu la continuité des activités de sensibilisation et de dépistage de l'ALCS et OPALS auprès des migrants (notamment les femmes enceintes et les victimes de la traite) avec plusieurs partenaires (OIM, CEI, CARITAS, Tdh, Fondation Orient-Occident et autres). L'ALCS de Rabat a repris en octobre 2012 un projet de prévention et d'assistance de femmes et enfants victimes de violences sexuelles de MSF. Au total de 6.672 migrants ont bénéficié du programme en 2012, et 10.249 en 2013.

L'ALCS, AMSED et OPALS ont continué et consolidé les programmes de prévention du VIH auprès des ouvrières agricoles dans les régions.

Des activités de formation du personnel pénitencier ont été mises en œuvre par la Délégation générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion dans 6 prisons ainsi que la sensibilisation des détenus par les éducateurs pairs.

Les programmes de prise en charge syndromique des IST dans les centres de Santé et les ONG ont été consolidés par la formation des prestataires et des gestionnaires ainsi que la mise à disposition des médicaments. Des algorithmes spécifiques à la prise en charge des IST parmi les populations clés (PS et HSH) sont en cours de préparation. Près de 420 000 nouveaux cas d'IST ont été pris en charge en 2012 et 444 068 en 2013.

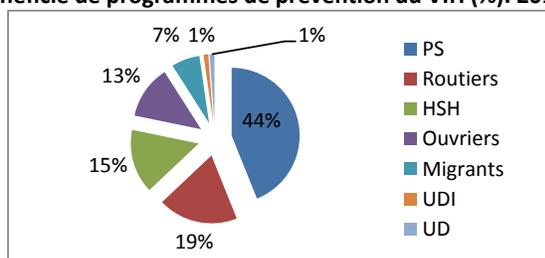
Les activités de prévention combinée auprès de populations clés ou vulnérables ont permis de toucher un total de 141.551 personnes en 2012 et 151.538 en 2013 (nouveaux contacts) soit 207% de la cible fixée par le PSN. La répartition par populations est la suivante : 66.841 PS, 23.295 HSH, 10.249 Migrants, 28.951 routiers, 19.363 ouvriers et ouvrières, 1.092 UDI injecteurs et 1.747 UDI non injecteurs.

Graphique 6 : Nombre de personnes parmi les populations exposées ou vulnérables ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH. Maroc, 2007-2013



Populations	Nombre de personnes touchées	%
PS	66841	44%
Routiers	28951	19%
HSH	23295	15%
Ouvriers	19363	13%
Migrants	10249	7%
UDI	1092	1%
UD	1747	1%
Total	151538	

Graphique 7 : Répartition des personnes parmi les populations exposées ou vulnérables ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH (%). 2013



- **Extension de l'accès au conseil et test VIH et conduite de campagnes nationales de dépistage.**

Les années 2012 et 2013 ont constitué des années charnières en matière d'extension de l'accès au conseil et test VIH au Maroc avec respectivement 222.620 et 583.440 tests réalisés contre 60 000 tests en 2011. Ce résultat a pu être atteint grâce aux campagnes, à l'intégration du dépistage du VIH dans les services du ministère de la Santé.

L'intégration du dépistage du VIH dans les Établissements de Soins de Santé de Base (ESSB) a été étendue pour atteindre 250 ESSB en 2012 et 385 en 2013. Le dépistage a été également mis en place dans 52 Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR) et 52 maternités hospitalières dans le cadre du Plan National d'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (eTME).

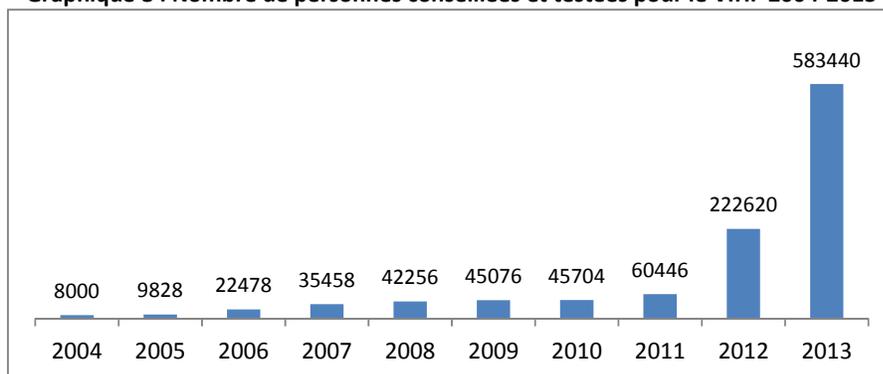
En parallèle, l'offre de dépistage au niveau des structures des ONG (ALCS, OPALS, ALIS, AMPF, ASCS, LMLMST) a été élargie par la création de 6 centres de conseil et test VIH dans de nouveaux sites pour atteindre un total de 56 centres fixes et 5 unités mobiles. Un système d'accréditation des centres de dépistage des ONG a été mis en place avec la conduite d'un premier cycle d'évaluation.

Des campagnes nationales de dépistage du VIH impliquant les ESSB et les centres fixes et unités mobiles des ONG ont été menées par le Ministère de la Santé en 2012 et 2013. Ces campagnes ont été lancées officiellement par le Ministre de la Santé. Des dépliants, des spots radio, un spot TV sous le thème «Fais le test, la solution existe» ont été diffusés à grande échelle.

- La première campagne conduite en juin 2012 a permis de réaliser 76.000 tests avec 198 personnes dépistées VIH positives qui ont été orientées vers les services de prise en charge.
- La deuxième campagne conduite en décembre 2012 auprès des femmes enceintes et en âge de procréer a permis de réaliser plus de 43.000 tests dont 11 000 chez les femmes enceintes. Parmi les femmes testées, 69 étaient VIH positives dont 10 femmes enceintes.
- La troisième campagne conduite en novembre et décembre 2013 a permis de réaliser 460.867 tests dont environ 73.053 femmes enceintes. Le nombre de cas positifs identifiés était 778 dont 50 femmes enceintes.

Grâce à ces efforts, le nombre de personnes testées a connu un essor important atteignant 806.060 personnes au cours des deux années 2012 et 2013 contre 106.150 en 2010 et 2011, soit une performance presque huit fois supérieure et 178% de la cible fixée par le PSN. 83 661 tests ont été réalisés parmi les femmes enceintes en 2013.

Graphique 8 : Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH. 2004-2013





IV.2.2 Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

La prévention du VIH chez les consommateurs de drogues fait partie du premier résultat du PSN 2012-2016 «*Les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% d'ici 2016* ». Ce résultat prévoit d'étendre les interventions de réduction des risques (RDR) pour les usagers de drogues injectables (UDI) pour toucher 4000 UDI par les programmes de prévention de proximité et 2000 par le traitement de substitution à la méthadone en 2016. Des cibles annuelles de couverture ont été définies avec des indicateurs de suivi et évaluation incluant les indicateurs de la déclaration politique. Les objectifs et cibles du PSN ont été déclinés pour les régions où il existe une prévalence de la consommation des drogues injectables et ce, dans le cadre des plans stratégiques régionaux initiés en 2012.

Le programme RDR, mis en place à Tanger depuis l'année 2008, a été consolidé et étendu aux sites de Tétouan et de Nador dans le cadre d'un partenariat Ministère de la Santé, AHSUD (Association Hasnouna de Soutien aux Usagers de Drogues), Association RDR/Maroc et ALCS.

Un nouveau plan national de réduction des risques (RDR) auprès des UDI pour la période 2012-2016 a été élaboré selon une approche participative avec tous les partenaires concernés. La disponibilité d'une gamme de services est assurée dans les zones géographiques concernées, incluant les activités de proximité pour la sensibilisation et l'éducation, la distribution des kits d'injection et des préservatifs, la collecte des seringues utilisées, l'appui social et l'auto-support ainsi que le traitement de substitution à la méthadone.

Cette période a connu la consolidation du programme de substitution à la Méthadone mis en place à Tanger, Salé et Casablanca depuis juin 2010. Le recrutement des nouveaux UDI bénéficiant du traitement de substitution à la méthadone qui a continué au niveau des trois centres pour atteindre 300 au CMP Tanger, 42 au Centre d'addictologie Ibn Rochd de Casablanca et 26 à l'Hôpital Ar-razi à Salé. L'extension de ce programme dans les sites de Tétouan et de Nador est en cours.

Par ailleurs, et en vue de l'implantation de la substitution en milieu carcéral, les modalités et normes de prescription et dispensation de la Méthadone dans les prisons ont été définies avec la préparation de directives et d'un guide.

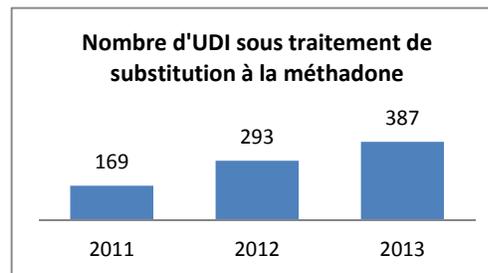
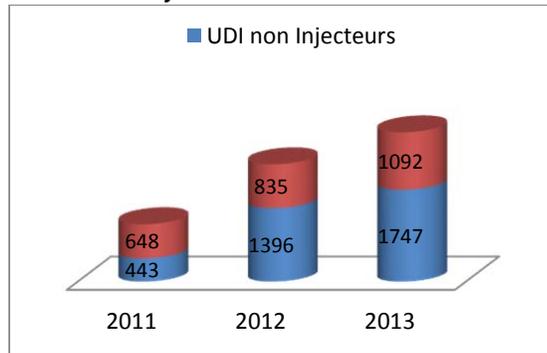
Une étude bio-comportementales (RDS) auprès des UDI, a été conduite au niveau du site de Tétouan. Cette étude a permis de mettre à jour les données relatives aux UDI, et de disposer des informations stratégiques pour renforcer le programme RDR.

Un film documentaire "Ceux de M'sallah" de 52 minutes tourné au quartier M'sallah de Tanger, avec la collaboration de l'AHSUD a été diffusé sur la chaîne de télévision nationale 2M le 1^{er} décembre 2013. Ce film met en exergue l'action du Ministère de la Santé et de la Société Civile qui a permis de faire reculer la consommation de drogues injectables dans la ville de Tanger et de réduire la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Fort de l'expertise consolidée grâce à son travail sur le terrain, AHSUD, a créé en 2013 un centre de ressources et formation sur la réduction des risques liés à la consommation de drogues. Ce centre est conçu pour répondre aux besoins en renforcement des capacités des acteurs nationaux mais également à la demande des pays du Maghreb et de l'Afrique Francophone.

2.231 UDI injecteurs et non injecteurs ont été couverts par le programme en 2012 et 2839 au cours de l'année 2013. Le nombre moyen de seringues reçues par consommateur de drogues injectables et par an a atteint 75 en 2102 et 68 en 2013. Le nombre d'UDI sous traitement de substitution à la Méthadone a atteint 387 en fin 2013.

Graphique 9 : Nombre d'UDI bénéficiaires des interventions de réduction des risques (RDR)



IV.2.3. Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

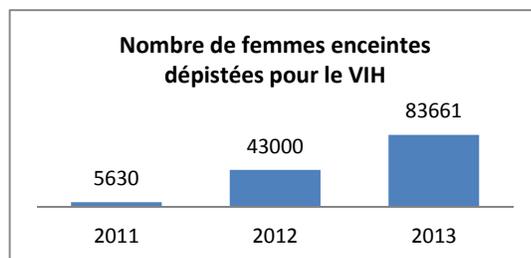
Le Maroc a adhéré à l'initiative internationale d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME) à travers le plan national eTME 2012-2016 avec la vision « zéro nouvelle infection chez les enfants et le maintien des mères en vie ».

Un Plan National d'Élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant 2012-2016, a été élaboré avec comme objectifs d'étendre à 80% la couverture des femmes enceintes séropositives bénéficiaires de la consultation prénatale dans les structures du ministère de la Santé et de réduire à moins de 10% le taux modélisé de TME. Il prévoit l'extension de l'intégration du conseil et test VIH dans les consultations prénatales des centres de santé et la création de pôles fonctionnels de PTME (Centres de Santé, Hôpital, maternités, services de pédiatrie et ONG) pour assurer un continuum depuis le dépistage jusqu'à la prise en charge des femmes enceintes séropositives et de leurs bébés. Ces mesures s'inscrivent également dans l'axe de la promotion de la maternité sans risque de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2012-2016.

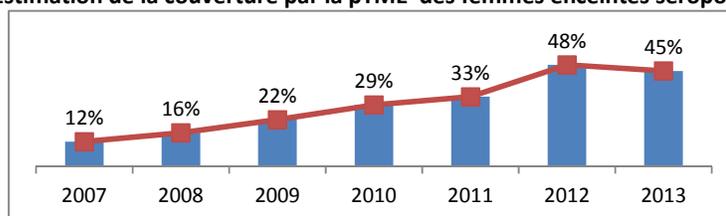
La nouvelle circulaire du Ministre de la Santé sur la prise en charge de l'infection VIH diffusée en 2012 inclut les directives nationales en matière de pTME, notamment le traitement ARV des femmes enceintes séropositives (Option B+) ainsi que celles relatives à la prise en charge antirétrovirale et le suivi biologique chez l'enfant.

En fin 2013, 385 sites PTME étaient fonctionnels dans les établissements de santé de base. Les campagnes de dépistage conduites en 2012 et 2013 ont ciblé prioritairement les femmes enceintes. Un spot TV spécifique à la pTME visant l'information et sensibilisation des femmes enceintes a été élaboré avec les célèbres actrices de la troupe Lalla Menana et diffusé au cours de la campagne de décembre 2013.

Grace à ces efforts, 38.000 tests ont été réalisés parmi les femmes enceintes en 2012 et 83. 661 en 2013 (contre 3622 en 2011) et une augmentation de couverture des femmes enceintes séropositives par les ARV de 12% en 2007 à 45% en 2013. 182 femmes enceintes ont bénéficié de la pTME soit une couverture de 45%. Le taux de TME (modélisée) a été réduit de 24% en 2011 à 17,5% en 2013. En fin 2013, le nombre d'enfants de moins de 15 ans sous ARV était de 333.



Graphique 10 : Estimation de la couverture par la pTME des femmes enceintes séropositives. 2007-2013



IV.2.4 Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

La stratégie nationale qui organise la prise en charge de l'infection VIH a été régulièrement révisée et adaptée aux recommandations internationales. Une nouvelle circulaire du Ministre de la Santé sur le diagnostic et la prise en charge de l'infection VIH a été élaborée et diffusée en 2012. Cette circulaire qui met à jour les directives nationales comprend plusieurs fiches techniques relatives aux différents volets notamment les modalités de diagnostic de l'infection à VIH, le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'enfant et le suivi biologique.

Une revue externe du programme d'accès aux soins des PVVIH conduite en 2013 a permis d'établir une feuille de route avec des actions clés à mettre en œuvre pour améliorer et renforcer le système de prise en charge au Maroc et faciliter le passage à l'échelle des programmes.

Les nouvelles lignes directrices de l'OMS en matière de prévention et de traitement par les ARV ont été adoptées suite à un atelier d'adaptation organisé en décembre 2013. Les nouvelles directives nationales en matière de traitement ARV seront mise en œuvre à partir de l'année 2014.

Au cours de la période 2012-2013, la prise en charge de l'ensemble des PVVIH diagnostiquées et nécessitant un traitement ARV a été assurée au niveau des 15 Centres Référents Hospitalo-universitaires (CRU) et Centres Référents Régionaux (CR) des Hôpitaux de Santé Publique dans 9 villes du Maroc (Agadir, Casablanca, Rabat, Marrakech, Tanger, Fès, Meknès, Oujda, Nador). Des rénovations et équipements ont concerné plusieurs centres référents (services de prise en charge des adultes et de pédiatrie) et deux nouveaux centres ont été créés (Béni Mellal et 2ème centre à Casablanca).

Les laboratoires des six hôpitaux ont été équipés pour la numération des CD4 alors que la mesure de la charge virale a été implantée à Agadir. Le dépistage précoce de l'infection à VIH pour les enfants nés de mère séropositive existe dans 2 centres de prise en charge ; les tests génotypiques de résistance du VIH aux ARV ont été installés à l'Institut National d'Hygiène. Un système de pharmacovigilance des ARV, permettant

de suivre et détecter les effets indésirables de ces traitements, a été initié en collaboration avec le Centre Antipoison.

Cette période a connu la disponibilité continue des ARV et aucune rupture de stock n'a été enregistrée. Un système informatisé de gestion des médicaments a été mis en place au niveau des différents Centres Référents pour améliorer l'approvisionnement et le suivi des stocks.

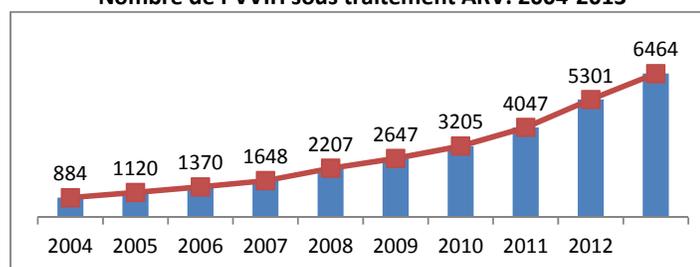
Le financement des besoins en ARV a été assuré en grande partie par le budget de l'Etat en complémentarité avec l'apport du Fonds Mondial. Les efforts de réduction des coûts ont permis l'acquisition des médicaments ARV de qualité à des prix de plus en plus bas.

La file active des PVVIH sous traitement ARV a connu une progression notable en passant de 4047 en 2011 à 6.464 en 2013, soit une augmentation de 60%. La couverture des PVVIH nécessitant un traitement ARV (CD4<350) est quant à elle passée de 33% en 2010 à 49% en 2013. Si l'on considère le niveau de couverture par le traitement ARV par rapport à l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (nouvel indicateur de la Déclaration politique), celui-ci est estimé à 20,9% en fin 2013 contre 14,5% en 2011 soit une progression de 6,4% en deux ans.

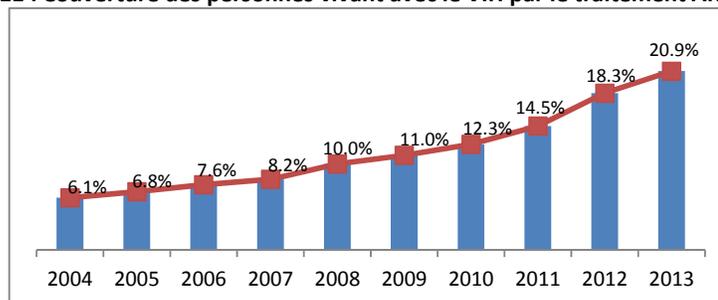
Parmi les personnes traitées, 7% ont moins de 15 ans et 53% sont des femmes. La couverture des besoins en ARV des enfants était estimée entre 25% et 50% en fin 2012. Le nombre de décès liés au VIH était estimé à 1.260 en 2013. La part des PVVIH suivis et traités par ARV dans les CR et CRU (en dehors de Casablanca et Rabat) était de 57% en fin 2013.

En parallèle, et malgré l'augmentation des PVVIH sous traitement ARV, le programme a pu maintenir stable autour de 91%, en fin 2013, le taux de patients sous traitement ARV après 12 mois.

Nombre de PVVIH sous traitement ARV. 2004-2013



Graphique 11 : Couverture des personnes vivant avec le VIH par le traitement ARV. 2004-2013



Par ailleurs, le Ministère de la Santé met en œuvre, en collaboration avec ses partenaires, un programme national d'accompagnement psychosocial (PNAPS), basé une démarche de soutien assurée par des médiateurs thérapeutiques et des médiateurs sociaux dont le rôle et la fonction évoluent selon des référentiels nationaux, la formation des différents profils (assistantes sociales et médiateurs et un système de référence/contre référence). Le programme de l'ALCS (la plus ancienne ONG travaillant sur ce thème au Maroc) d'amélioration de l'observance des médicaments antirétroviraux a été étendu à plusieurs centres

réfèrents. Les différentes composantes du PNAPS sont en phase d'extension à la prise en charge des enfants affectés et infectés par le VIH.

Enfin, le programme doit faire face au besoin de mettre sous traitement ARV un plus grand nombre des PVVIH compte tenu de son succès en matière de réduction de la morbidité et mortalité ainsi que pour la prévention de nouvelles infections à VIH par l'application des nouvelles directives de l'OMS pour le traitement. De nouveaux défis se posent également dans le domaine de la PEC, notamment la gestion des co-morbidités et des effets indésirables à long terme des traitements ARV.



IV.2.5. Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

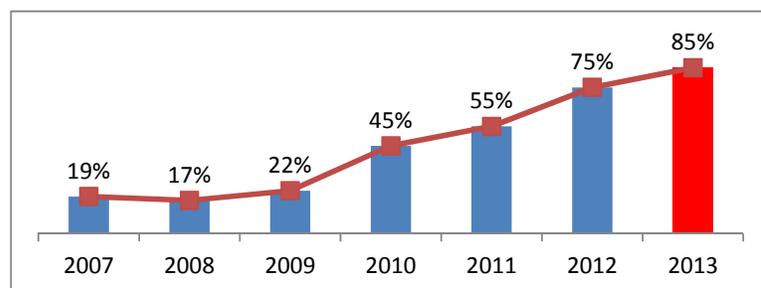
Cet objectif fait partie du deuxième résultat du PSN 2012-2016 «*La mortalité des PVVIH est réduite de 60% en 2016*». Les interventions prévoient notamment d'étendre le dépistage du VIH parmi les Tuberculeux pris en charge pour atteindre une couverture d'au moins 75% en 2016 et d'assurer une couverture de 80% des cas estimés de TB liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH. A cet effet, des cibles annuelles de couverture ont été définies.

Au cours de la période 2012-2013, plusieurs actions en lien avec le diagnostic et la prise en charge de la coïnfection Tuberculose/VIH ont été concrétisées. Tout d'abord, le dépistage du VIH a été intégré dans 52 centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR) et dans les services de pneumo-physiologie des hôpitaux du ministère de la Santé. Le test VIH est systématiquement proposé aux tuberculeux dans ces structures. Ensuite, la nouvelle circulaire du Ministre de la Santé sur le diagnostic et la prise en charge de l'infection VIH qui inclut des directives spécifiques sur la prise en charge de la coïnfection VIH/TB et le traitement préventif à l'Isoniazide.

La collaboration entre le Programme National de Lutte antituberculeuse (PNLAT) et le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) a été renforcée et un guide national sur la prise en charge de la coïnfection VIH/TB a été préparé par les deux programmes. Il permet la standardisation et normalisation des pratiques en matière de diagnostic et de prise en charge de la coïnfection VIH/TB. Des formations sur le diagnostic et la prise en charge de la Coïnfection TB/VIH ont été organisées au profit des gestionnaires et des prestataires de service du programme de lutte contre la tuberculose.

Ces efforts ont permis à 10.310 tuberculeux de bénéficier d'un test VIH en 2012-2013. Le pourcentage des nouveaux cas de tuberculose parmi les PVVIH qui ont bénéficié du traitement ARV et antituberculeux est en progression constante, il a été estimé 85% en 2013 contre 55% en 2011.

Graphique 12 : Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et le VIH. 2007-2013





IV.2.6. Objectif 6 : combler l'écart global des ressources pour le sida d'ici 2015

Le Budget de l'Etat dédié à la riposte au sida a connu une augmentation passant de 2,8 millions de \$US en 2011 à 3,9 millions de \$US en 2012.

La quatrième édition de la campagne «Sidaction Maroc» organisée du 6 au 31 décembre 2012 par l'ALCS, sous le Haut Patronage Royal, a permis la collecte de fonds pour les activités de lutte contre le sida. En plus du financement des programmes de l'ALCS, une partie des fonds collectés (FASP) a été allouée aux projets soumis par des associations et institutions partenaires.

L'appui des acteurs clés de développement, à savoir l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) et la Fondation Mohammed V pour la solidarité a été renforcé. Plusieurs nouveaux centres d'accueil pour les UDI ont été construits et aménagés par la Fondation Mohammed V. Des ONG de lutte contre le sida ont bénéficié d'un appui de l'INDH pour mettre à niveau leurs infrastructures ou se doter en équipements et de moyens logistiques.

Les deux subventions du Fonds mondial (Round 6 et 10) ont apporté des financements pour la riposte au sida à hauteur de 6.1 en 2012 et 7,3 millions \$US en 2013.

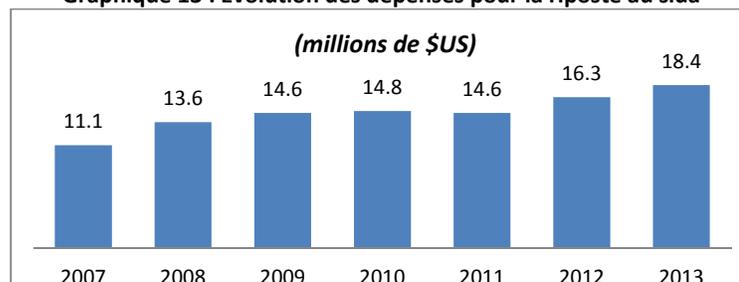
Un dialogue national ouvert et inclusif a été mis en œuvre dans le cadre de la préparation de la demande de reconduction de la proposition du 10^{ème} appel du Fonds mondial pour la période 2014-2016. Le processus a été organisé par le comité de pilotage, avec une assistance technique mobilisée avec l'appui de l'ONUSIDA, de la GIZ et de GMS. Le Financement mobilisé de 24,6 millions UDS permettra de combler les besoins en financement de la riposte nationale au cours de la période 2014-2016.

L'appui du système des Nations Unies au Maroc fait l'objet d'un plan conjoint d'appui pour la période 2012-2016 (PCNU) qui est harmonisé avec le plan stratégique national et les subventions du Fonds mondial. Le PCNU est également en cohérence avec le Plan Cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (UNDAF).

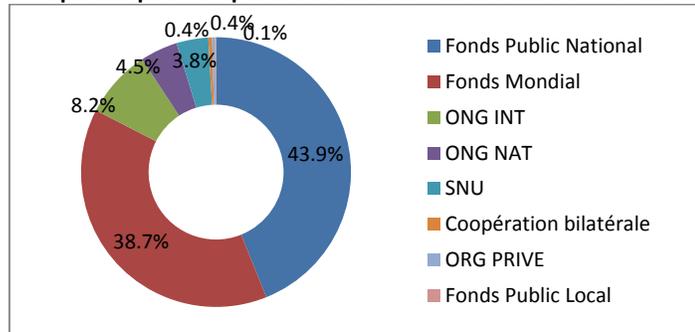
D'autres partenaires internationaux notamment Esther, Fondation Drosos, GiZ Backup initiative, ont apporté un appui à la riposte au cours de la période considérée.

Les financements de la riposte nationale ont atteint le montant de 16,3 millions \$US en 2012 et 18,4 millions \$US en 2013.

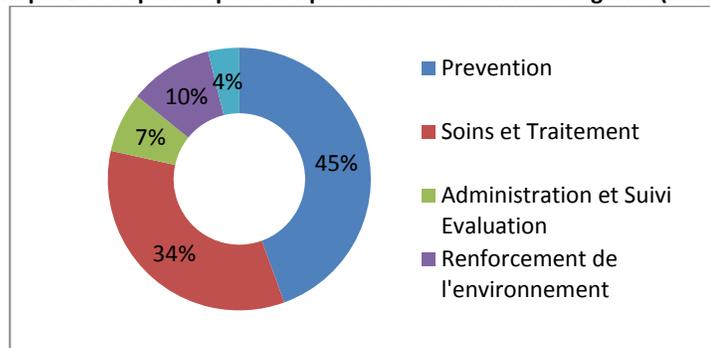
Graphique 13 : Évolution des dépenses pour la riposte au sida



Graphique 14 : Dépenses pour la riposte au sida selon les sources de financement (2012-2013)



Graphique 15 : Dépenses pour la riposte au sida selon les catégories (2012-2013)



IV.2.7 Objectif 7 : éliminer les inégalités liées au genre

Cet objectif constitue un axe transversal intégré dans tous les résultats du PSN 2012-2016 et de plus, un résultat spécifique lui est dédié «*Les obstacles liés au genre et aux droits humains en matière d'accès aux services sont réduits*». Les interventions prévues visent à mettre en œuvre et assurer le suivi d'un agenda national sur les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH.

Le Maroc a consacré l'année 2013 comme «Année de la mobilisation continue autour de la violence contre les femmes», avec la participation de toutes les composantes du gouvernement. Il s'est notamment engagé à garantir un accès équitable aux services de base pour les femmes (soins médicaux, aide juridique, ...), afin de promouvoir leurs droits à l'autonomisation.

Le Ministère de la Solidarité, de la Femmes, de la Famille et du Développement social a mis en place en Mars 2013, un programme interministériel de lutte contre la violence et la discrimination envers les femmes. Des conventions ont été signées avec les autres ministères afin de promouvoir l'égalité des sexes. La stratégie concernant la violence fondée sur le genre est axée sur la prévention, la protection et la réinsertion des femmes et des enfants qui ont été exposés à la violence, la lutte contre tous les facteurs-tels que le VIH-, le renforcement des politiques publiques et la mise en œuvre de mécanismes financiers, juridiques et de surveillance. La stratégie nationale de lutte contre la violence fondée sur le genre a été lancée officiellement par SAR la Princesse Lalla Meriem. Une loi sur la criminalisation et l'incarcération des personnes pour délit de viol des filles mineures a été élaborée et adoptée par le parlement.

En 2013, le Gouvernement marocain a adopté un Plan 2102-2016 pour l'Egalité "ICRAM" destiné à traduire les engagements du Maroc en matière de promotion des droits de la femme tels qu'ils ont été énoncés dans la nouvelle constitution de 2011 et en tenant compte des défis liés à l'atteinte des OMD. Ce plan fixe des objectifs précis à atteindre en termes de : i) suivi et évaluation de la situation de l'égalité ; ii) intégration de l'approche genre dans la planification et la programmation du budget ; iii) intégration de l'approche genre dans le système national des statistiques ; iv) mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire

sur la protection des femmes contre la discrimination ; v) mise en place de programmes sectoriels préventifs sur la lutte contre la discrimination et les violences à l'égard des jeunes filles et des femmes ; vi) institutionnalisation de la prise en charge des femmes et enfants victimes de violence.

À travers le Plan stratégique national de lutte contre le sida 2012 - 2016 (PSN), le Ministère de la santé accorde une grande importance à la question des droits de l'homme et veuille à l'intégration de l'approche genre dans les programmes des acteurs concernés (ministères, ONG etc.). Les actions développées dans ce sens visent la sensibilisation et l'éducation des femmes et des filles (en particulier les plus vulnérables) en ce qui concerne les questions des IST/VIH, la santé sexuelle et reproductive et l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Un programme de formation des prestataires de santé et des animatrices et intervenantes des espaces féminins a été mis en place par le Ministère de la Santé. Ce dernier a également organisé en décembre 2013 un atelier sur l'élaboration d'une feuille de route pour une action accélérée en faveur des femmes et des filles et l'égalité des sexes dans le contexte du VIH avec la participation des partenaires de secteurs gouvernementaux et ONG concernés.

Un Kit de formation sur la violence fondée sur le genre et le VIH/sida en milieu scolaire a été préparé par le MEN et intégré dans les plans d'action des académies de 6 régions. Un projet appelé "TAMKINE-migrants" a été lancée en mettant l'accent sur la violence fondée sur le sexe chez les femmes migrantes et leurs enfants.

Le réseautage des associations féminines (réseau Anaruz) et des associations thématiques a été initié pour lier la violence fondée sur le genre au VIH. Une vidéo de sensibilisation à la violence contre les femmes en situation difficile a été produite. Un kit de formation en matière d'approche genre destiné aux ONG de lutte contre le sida a été élaboré. Un noyau de formateurs régionaux a été constitué pour la mise en œuvre des programmes de formation au niveau local. Deux ateliers de formation ont été organisés sur le genre et droits humains au profit des cadres des ONG et du ministère de la Santé œuvrant dans les comités régionaux de lutte contre le sida dans les régions de Tanger-Tétouan et Fès-Boulemane.

AMSED a procédé au renforcement des capacités de 119 associations en matière de droits humains, égalité des genres et lutte contre la discrimination.

Un guide de formation et d'information a été publié par la Rabita Mohammedia des Oulémas y compris les outils techniques et de communication relatives à la lutte contre le sida et les IST, la santé reproductive et la lutte contre la violence fondée sur le genre. Des sessions de formations ont été organisées pour les Oulémas et morchidates (hommes et femmes prédicateurs religieux) afin de transmettre des messages de prévention et de lutte contre les comportements négatifs au cours de leurs sermons du vendredi et au cours de leur des cours d'alphabétisation dans les mosquées.



IV.2.8 Objectif 8 : éliminer la stigmatisation et la discrimination

Cet objectif constitue un axe transversal intégré dans tous les résultats du PSN 2012-2016 et de plus, un résultat spécifique lui est dédié «*Les obstacles liés au genre et aux droits humains en matière d'accès aux services sont réduits*». Les interventions prévues visent à élaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi d'une stratégie nationale en matière de droits humains ainsi que mobiliser les institutions nationales des droits humains et les acteurs au niveau national et local pour la lutte contre la stigmatisation dans l'accès aux services.

Le Ministère de la Santé a organisé un atelier de formation des formateurs régionaux sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination en milieu de soins de santé. Il a par ailleurs procédé au cours des années 2012 et 2013 à la diffusion de spots TV et radio sur la lutte contre la stigmatisation et la

discrimination dans différents milieux (soins, travail, famille). Une médiatisation de la campagne a été assurée à travers la presse écrite nationale.

Cette période a connu la mise en œuvre du processus de préparation de la stratégie nationale sur les Droits Humains et le VIH. Un comité de pilotage a été créé au sein du Conseil national des droits de l'homme (CNDH), et une assistance technique (internationale et nationale) a été mobilisée. Le processus a inclut une analyse de la situation, des réunions de consultation des parties prenantes et l'élaboration d'une note d'orientation sur la stratégie. Un atelier national a été organisé en mars 2013, avec la présence de tous les partenaires concernés pour discuter de la situation des droits de l'homme liés au VIH et définir les objectifs et les domaines d'intervention de la stratégie. Par la suite, le document de la stratégie a été finalisé, y compris un plan d'action pour sa mise en œuvre ainsi que le mandat et le mode de fonctionnement du comité national sur les Droit de l'Homme et le VIH. Le lancement officiel de cette stratégie est prévu en début 2014.

Un atelier de négociation tripartite impliquant le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, les Syndicats et le Patronat (CGEM) a été organisé. La charte inclut un axe sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en milieu de travail. Un kit de formation a été élaboré et la formation des formateurs régionaux a eu lieu.

L'ALCS a organisé ses 9èmes assises nationales à Assilah en janvier 2012 sous le thème «Pour une nouvelle approche des usages de drogues fondée sur la santé et les droits humains». L'ALCS a également organisé des journées régionales d'information et de sensibilisation sur l'élimination de la stigmatisation et la discrimination.

Le 6ème colloque d'OPALS, organisé en mai 2013, a porté sur les droits à la SSR et la prise en charge juridique des PVVIH et des groupes à haut risque.



IV.2.9. Objectif 9 : éliminer les restrictions de voyage

Le Maroc n'impose aucune restriction de voyage. Cela a été confirmé lors des entretiens avec les partenaires et les discussions lors de l'atelier. De ce fait, cet objectif n'est pas adapté pour le cas du Maroc et il n'a pas été traité dans ce rapport.



IV.2.10 Objectif 10 : renforcer l'intégration du HIV

Cet objectif constitue un axe transversal intégré dans tous les résultats du PSN 2012-2016 et plusieurs départements ministériels partenaires de la riposte nationale ont intégré la lutte contre le sida dans leurs stratégies et plans d'action sectoriels. Nous citons particulièrement le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, le Ministère de l'Éducation Nationale, le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, la Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire, le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques, l'Entraide Nationale, la Direction Générale de la Sûreté Nationale.

L'intégration du dépistage du VIH dans les Établissements de Soins de Santé de Base (ESSB) a été étendue pour atteindre 250 ESSB en 2012 et 385 en 2013. Le dépistage a été également mis en place dans 52 Centres de Diagnostic de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires (CDTMR) et 52 maternités hospitalières dans le cadre du Plan National d'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (eTME).

Les prestations du VIH ont été intégrées dans le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED). Les Personnes vivant avec le VIH, qui répondent au critère d'éligibilité, bénéficient des cartes RAMED qui leur donnent, en plus des ARV, un accès gratuit aux autres prestations (laboratoire, médicaments etc.)

Au Ministère de l'Emploi et de la formation professionnelle, un module de formation et des outils de communication ont été élaborés et utilisés pour la formation des médecins chargés de l'inspection du travail et des inspecteurs du travail ainsi que pour l'organisation d'un atelier tripartite (emploi, entreprises, syndicats). Il est prévu l'opérationnalisation du comité national tripartite à travers des rencontres et ateliers, de poursuivre et étendre la formation des inspecteurs de travail ainsi que la création d'un label des bonnes pratiques en matière de lutte contre le sida en milieu de travail pour les entreprises et l'élaboration d'un kit de formation.

Le pôle social constitué par le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social, l'Entraide nationale et l'Agence du Développement social aspire à asseoir, avec els autres partenaires du champ social au Maroc, les fondements d'une société solidaire où tous les citoyens jouissent de la sécurité, la liberté, l'égalité des chances, le respect de la dignité et la justice sociale. L'Agence de Développement Social (ADS) met en œuvre en partenariat avec l'ALCS, le programme AMALI qui vise la réduction de l'impact socio-économique sur les personnes infectées et/ou affectées par le VIH et des personnes vulnérables. Dans ce cadre, 146 personnes bénéficient des activités génératrices de revenus (AGR).

La stratégie d'intégration de la lutte contre le VIH/sida a également concerné les programmes nationaux de développement et de réduction de la pauvreté. Il s'agit, notamment, de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) qui a intégré la lutte contre le sida et la réduction des risques pour les UDI dans ses nouveaux programmes et ce, à travers l'appui à plusieurs projets de la Société Civile. La Fondation Mohammed V pour la solidarité a construit et équipé plusieurs centres d'accueil pour les usagers de drogues avec une composante de réduction des risques (RDR).

104 ONG locales de développement ont intégré des activités VIH/sida dans leurs programmes avec l'appui de l'Association marocaine de solidarité et de développement (AMSED) qui assure l'encadrement et le suivi.

V- LES BONNES PRATIQUES

V.I Campagnes nationales de dépistage du VIH

- **Contexte**

Malgré les progrès importants du Maroc dans sa riposte au sida, et la faible prévalence du VIH dans la population générale qui s'est stabilisée autour de 0.15%, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), ne cesse d'augmenter. En effet, à la fin de l'année 2011, le nombre des PVVIH était estimé à 29.000, alors que le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés s'élevait à 6453. Ainsi, près de 80% des PVVIH (soit 22 000) ne connaissaient pas leur statut sérologique. Il est à noter par ailleurs, que le diagnostic de l'infection par le VIH restait tardif au stade sida pour plus de la moitié des cas.

Pour remédier à cette situation, le Ministère de la Santé a placé le dépistage du VIH parmi les priorités du plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016. Une stratégie d'extension de l'offre de

dépistage axée sur une plus grande focalisation vers les populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables a été mise en œuvre. Le processus d'intégration du dépistage dans les établissements de Soins de Santé de Base (ESSB) et des CDTMR a été accéléré et de nouveaux centres et unités mobiles de conseil et test VIH mis en place par les ONG. Les campagnes de dépistages mobiles se sont multipliées au niveau des sites de fréquentation des populations clés plus exposées aux risques d'infection ou vulnérables selon les cartographies définies.

En parallèle, le Ministère de la Santé (MS) a conduit au cours des années 2012 et 2013, des campagnes nationales de dépistage en partenariat avec les associations impliquées dans la riposte sida et notamment celles qui gèrent des centres de dépistages fixes et mobiles. Au-delà de l'amélioration de l'offre de dépistage visée par ces campagnes, le MS cherche également l'instauration d'une dynamique de mobilisation sociale et communautaire dont la finalité réside dans la promotion de la connaissance du statut sérologique.

• Description de l'intervention

Ces campagnes se proposent d'atteindre les objectifs suivants :

- ▶ Sensibiliser la population générale, notamment les jeunes, les femmes et les groupes les plus exposés aux risques d'infection par le VIH ;
- ▶ Promouvoir les services de dépistage du VIH offerts par les structures de soins relevant du ministère de la Santé et par les ONG ;
- ▶ Assurer la référence et l'accès aux traitements ARV pour les personnes vivant avec le VIH dépistées.

Un comité du pilotage présidé par le Secrétaire Général du MS a été mis en place pour planifier, coordonner et suivre la mise en œuvre des campagnes sur le terrain. Dans chaque région, ce comité a été relayé par un comité exécutif régional. Des réunions hebdomadaires ont été organisées par les comités de suivi pour identifier les contraintes et proposer des solutions. Des missions de supervisions ciblées ont été effectuées au niveau central et au niveau régional pour veiller au bon déroulement de la campagne et s'assurer de la qualité des prestations offertes.

En 2012-2013, le Ministre de la Santé a lancé trois campagnes nationales de dépistage du VIH:

La première a été organisée du 21 au 27 Juin 2012, sous le thème « Faites le test, la solution existe » ;

la deuxième, du 24 au 28 Décembre 2012 auprès des femmes enceintes et en âge de procréer, a été placée sous le thème « Maroc, Génération sans sida » ;

la troisième a été organisée du 20 Novembre au 27 Décembre 2013, en reprenant de façon successive les thèmes de communication précédents.

Lancement de la première campagne de dépistage Par le Pr Houssaine EL Ouardi, Ministre de la Santé



Aussi, le dispositif de communication mis en place pour accompagner ces événements, a permis, en plus d'un dépliant et d'une affiche pour le grand public, la production et diffusion de spots radio en arabe et en berbère et de deux spots télévisés sous les thèmes « Faites le test, la solution existe » et « Génération sans sida ». Par ailleurs, des moyens de nouvelle technologie ont été mis en place pour connaître le site de dépistage le plus proche à savoir : i) un site web du ministère de la santé, ii) une page facebook et iii) une plateforme de message sms « bila haraj », ce qui veut dire 'sans gêne'.

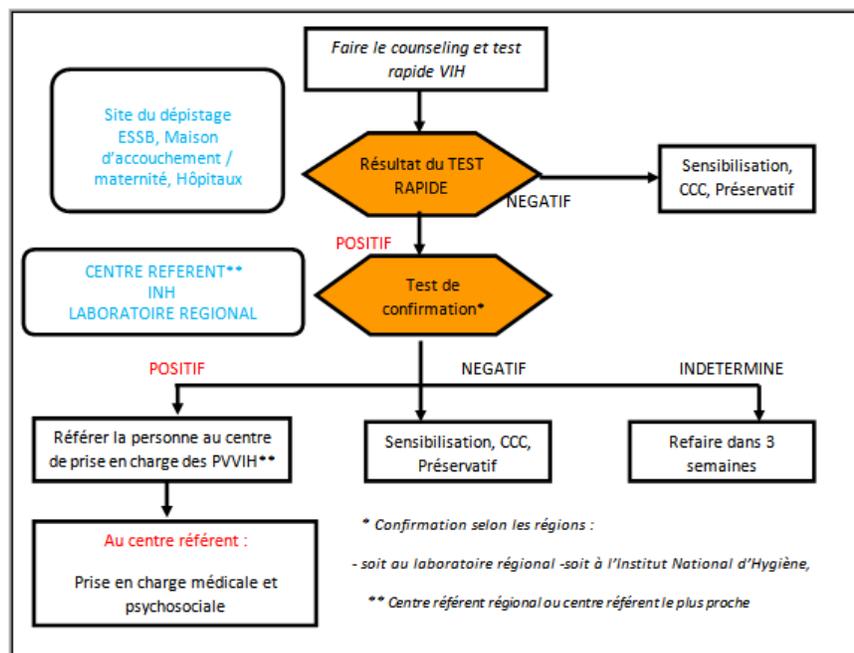


En plus de la formation en matière de counseling et dépistage VIH des médecins, des infirmiers et des sages femmes, d'importants moyens logistiques ont été mobilisés dans le cadre de ces opérations (voir tableau suivant).

Moyens mis en œuvre	Première campagne	Deuxième campagne	Troisième campagne
Sites de dépistage	224 centres de dépistage fixes dont 42 sites d'ONG 8 unités mobiles d'ONG	251 sites de dépistage fixes dont 18 sites d'ONG	460 centres de dépistage fixes dont 70 sites d'ONG 8 unités mobiles d'ONG
Tests de dépistage	70.000 tests VIH	50.000 tests VIH. 900 tests de confirmation 200 Kits de traitement prophylaxique pour le couple mère-enfant.	350.000 tests VIH

Dans le but de faciliter la prise en charge des cas nécessitant un traitement, un processus sur les modalités de dépistage, la conduite à tenir et l'organisation du circuit d'orientation aux structures de référence a été établi selon le modèle décrit dans l'encadré qui suit.

Circuit de prise en charge des personnes dépistées lors de la campagne nationale de dépistage du VIH



• Principaux résultats

La première campagne conduite en juin 2012 a permis de réaliser 76.000 tests avec 198 personnes dépistées VIH positives qui ont été orientées vers les services de prise en charge.

La deuxième campagne conduite en décembre 2012 auprès des femmes enceintes et en âge de procréer a permis de réaliser plus de 43.000 tests dont 11.000 chez les femmes enceintes. Parmi les femmes testées, 69 étaient VIH positives dont 10 femmes enceintes.

La troisième campagne conduite entre fin novembre et fin décembre 2013 a été la plus importante en termes de moyens mobilisés, mais aussi de performances réalisées, comme le montrent bien les données suivantes :

- 460.867 tests réalisés auprès de la population générale dont 73.053 femmes enceintes
- 778 cas positifs ont été notifiés dont 50 femmes enceintes

Le taux de réalisation global a atteint 126 % par rapport à l'objectif fixé quand au nombre de tests de dépistage avec un dépassement au niveau de toutes les régions du Maroc. Pour ce qui est du taux de positivité, il était de 0.17% chez la population générale, indiquant ainsi une concordance avec les résultats de la surveillance sentinelle.

Ces campagnes ont permis aux personnes dépistées, dès confirmation de leur séropositivité, d'être orientées au centre référent VIH le plus proche pour démarrer leur prise en charge médicale et psychosociale.

Pour les femmes enceintes, dépistées positives, leur prise en charge est assurée immédiatement si elle est indiquée, grâce aux kits de prophylaxie d'ARV mis en place.

• Conclusion

Outre le fait que ces campagnes de dépistage répondent à la réalisation de la vision de l'ONUSIDA de converger vers l'atteinte de « zéro nouvelle infection VIH, zéro décès et zéro discrimination liés au sida », et à l'initiative « Traitement 2015 » de l'ONUSIDA et de l'OMS, elles traduisent l'engagement du Maroc à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement et à mettre en œuvre la Déclaration politique sur le VIH/sida.

Ces campagnes ont montré que dans un contexte d'une épidémie faible ou concentrée, ce type d'actions, même orientées vers des publics larges, permet de découvrir de nombreux nouveaux cas d'infection à VIH et alimente naturellement les files actives des centres référents de PEC.

Certes, les acquis des campagnes de dépistage sont nombreux comme l'indique l'importance des populations informées et sensibilisées, le nombre de cas dépistés et celui des cas positifs identifiés avec toutes les retombées positives sur la prise en charge précoce de la maladie. Cependant, bien que la dynamique de mobilisation sociale créée autour du dépistage est prometteuse en terme d'identification de personnes séropositives ignorant leur statut sérologique, il est important de prendre en considération les exigences d'accompagnement des nouveaux cas dépistés vers les services de prise en charge afin d'éviter les perdus de vue.

Pour bien tirer les enseignements qu'il faut pour l'avenir, il serait utile de documenter les campagnes nationales réalisées et évaluer leur bénéfice global ainsi que leur coût-efficacité. Il est aussi nécessaire de réviser les normes de dépistage selon les recommandations internationales notamment en ce qui concerne la confirmation du test. Il s'agit également de « démedicaliser » le conseil et dépistage dans le cadre du

dépistage communautaire pour permettre aux acteurs associatif après avoir été accrédité de participer pleinement à cette démarche.

Enfin et au-delà de la situation du Maroc, la documentation de l'expérience des campagnes nationales menées en 2012 et 2013 pourra servir à d'autres pays.

V.2 Stratégie nationale sur les Droits Humains liés au VIH/sida

• Contexte

Les progrès réalisés par le Maroc en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH connaissent un renforcement qualitatif depuis que le Conseil National des Droits Humains (CNDH) a commencé en 2011 à appuyer le ministère de la Santé et ses partenaires dans l'intégration de l'approche droits de l'Homme dans la stratégie nationale de lutte contre le sida. Cette initiative est venue suite à la revue de la composante Droit de l'Homme du Plan stratégique National 2007-2011, appuyée par l'ONUSIDA, et qui avait pour objectif d'identifier les défis et les opportunités pour une meilleure prise en compte des droits humains et genre dans la réponse au VIH/sida. En effet, elle a mis en lumière les acquis mais également les contraintes liées à la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des populations clés les plus exposées aux risques d'infection VIH (PPER). Ainsi, elle a insisté sur l'importance de la réalisation d'une véritable stratégie Nationale pour promouvoir et protéger les droits humains liés au VIH/sida. Ceci a permis d'ouvrir un champ nouveau dans le cadre du plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016 pour converger vers la vision de l'ONUSIDA : « Zéro infection ; Zéro décès et Zéro discrimination » avec l'implication du Conseil National des Droits de l'Homme.

• Processus d'élaboration

Pour appuyer le processus de préparation de cette stratégie, un comité de pilotage a été constitué par des représentants du CNDH, du PNLS, de l'unité de gestion du Fonds Mondial et de l'ONUSIDA. Une assistance technique internationale et nationale a été mobilisée et un atelier d'élaboration de la stratégie sur les droits humains et VIH-sida a été organisé en mars 2013.

La méthodologie pour le développement de la stratégie droits humains et VIH/sida s'est appuyée sur une revue bibliographique internationale et nationale, des entretiens menés avec les principaux acteurs gouvernementaux et non-gouvernementaux œuvrant dans les domaines du VIH/sida et des droits de l'homme, des focus groups tenus avec des PVVIH et PPER. Un projet de cadre pour la Stratégie a par la suite été élaboré.

Un atelier national de consultation a eu lieu afin de discuter les objectifs, les axes d'intervention les actions clés de la Stratégie, les partenaires de sa mise en œuvre, ainsi que de définir les modalités de suivi d'évaluation et de coordination.



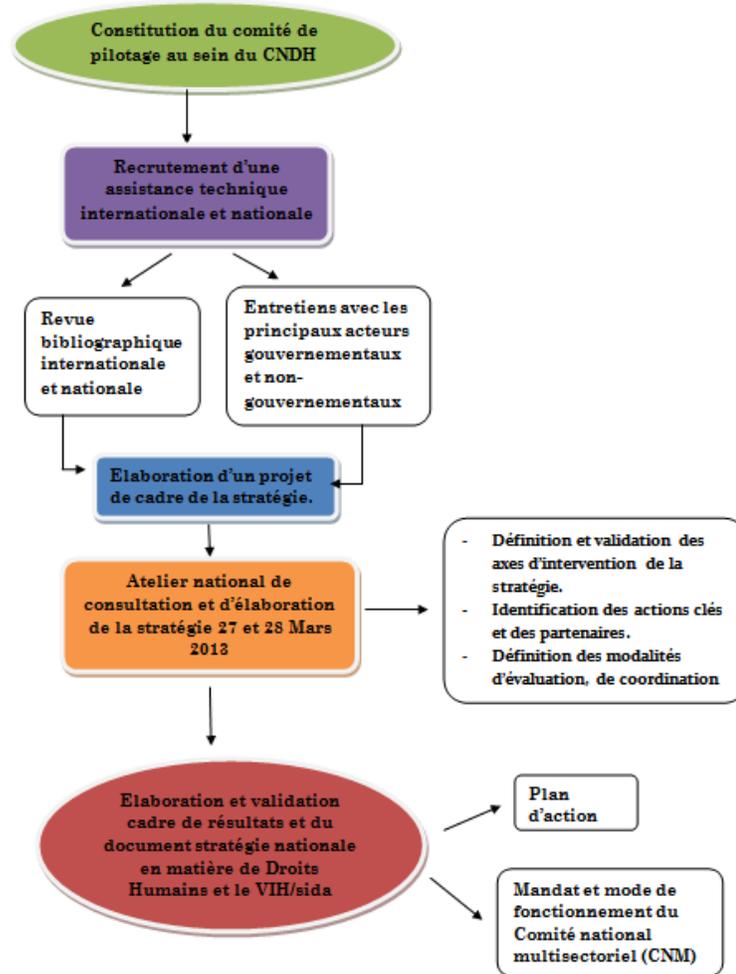
• Résultats

Quatre résultats d'effets avec des résultats produits et des activités ont été définis :

- ▶ Résultat d'effet 1 : Visé à réduire la discrimination et la stigmatisation à l'encontre des PVVIH et les PPER au sein de la population générale et dans les milieux institutionnels.
- ▶ Résultat d'effet 2 : Visé à renforcer la protection juridique des droits humains en lien avec le VIH/sida par l'analyse de la législation en vigueur.
- ▶ Résultat d'effet 3 : Visé à renforcer le rôle des ONG thématiques et associations communautaires en matière de promotion et de défense des droits en lien avec le VIH/sida et d'intégrer le volet droit humain dans l'offre de services de prévention combinée par l'entremise de partenariats et de réseaux entre les différentes ONG.
- ▶ Résultat d'effet 4 : Visé à assurer la coordination et le suivi/évaluation par la mise en place d'un comité national multisectoriel (CNM) avec de termes de référence qui définissent sa composition, son mandat et son fonctionnement.

Le document de stratégie sur les droits humains et le VIH/sida a été finalisé, y compris un plan d'action pour sa mise en œuvre, le mandat et le mode de fonctionnement du CNM. Cette stratégie a été validée en collaboration avec le CNDH, le ministère de la Santé et les ONG, et sa mise en œuvre est prévue au cours de l'année 2014.

Résumé du processus de préparation de la stratégie nationale sur les droits humains et VIH/sida



V.2. Plan d'action intégré sur la prévention, la prise en charge des migrants

- **Contexte**

De façon sans cesse croissante, le Maroc est devenu un pays de transit mais également d'accueil pour les migrants et réfugiés. La majorité des immigrés, notamment les femmes et les enfants, vivent dans des conditions d'extrême vulnérabilité et n'ont pas toujours un accès facile aux soins de santé.

En 2013, le Conseil National des droits humains (CNDH) a publié un rapport sur la situation des migrants au Maroc. Tout en rappelant aux pouvoirs publics les dispositions de la constitution de 2011 qui garantissent le principe de non-discrimination, le droit d'asile et l'égalité des droits entre nationaux et étrangers, le CNDH a recommandé des solutions à mettre en place pour protéger les droits des immigrés.

Suite aux Orientations données par SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI, le Royaume du Maroc, a entamé un processus d'élaboration d'une nouvelle politique d'immigration, et qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations émises dans le rapport du CNDH.

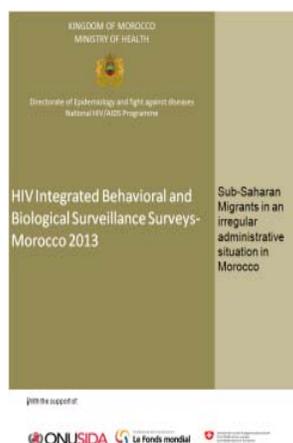
Pour sa part, et comme cela a été planifié dans le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2012-2016, le ministère de la Santé s'est engagé à renforcer ses efforts en matière de prévention des nouvelles infections par le VIH parmi les populations vulnérables et notamment les personnes migrantes en situation administrative irrégulière. C'est ainsi que La Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, du Ministère de la Santé, en collaboration avec l'ONUSIDA, et le soutien de la coopération Suisse et du Fonds Mondial a lancé en 2013 un projet de renforcement des programmes de prise en charge de la santé des migrants sub-sahariens et de leur accès aux soins.

- **Description de l'intervention**

Ce projet vise à élaborer un plan d'action intégré pour le renforcement des activités de prévention et de prise en charge destinées à la population migrante avec l'ensemble des intervenants, notamment les ONG, les départements ministériels et les organisations internationales impliquées dans la promotion du droit de la santé et des droits humains.

Le projet a débuté par une étude bio-comportementale sur la santé des migrants sub-sahariens en situation administrative irrégulière à Rabat. Cette étude bio-comportementale a utilisé la méthodologie – Respondent Driven Sampling (RDS) - pour le recrutement des migrants participants à l'étude dont l'échantillon a atteint 687 migrants sub-sahariens en situation administrative irrégulière (410 migrants francophones et 277 migrants anglophones). La collecte des données auprès des migrants sub-sahariens a été assurée par des équipes de deux ONG, l'ALCS et OPALS. Elle a permis de disposer d'informations stratégiques le renforcement des programmes.

En parallèle à cette étude, une cartographie a été réalisée, à l'échelle nationale, en regroupant l'ensemble des acteurs (Départements ministériels, Société Civile et Agences de système des Nations Unies) œuvrant dans le domaine de la prévention combinée (santé, socio-économique et juridique) auprès des populations migrante et de leurs interventions sur l'ensemble du territoire.



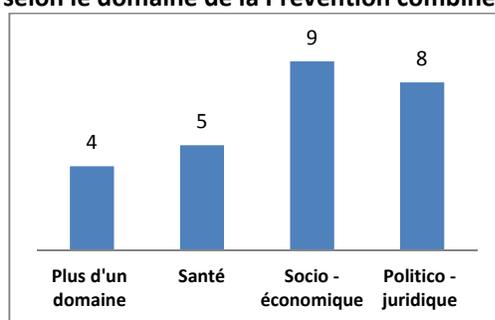
Pour la réalisation de cette cartographie, une méthodologie basée sur des techniques qualitatives et participatives a été utilisée, qui a permis de collecter des informations sur le travail réalisé par la totalité des acteurs impliqués dans la prise en charge des migrants. Et c'est à travers, un questionnaire élaboré spécifiquement à chacun des acteurs clés identifiés dans l'ensemble du pays en tant qu'intervenants dans le domaine migratoire, que la cartographie a été conçue.

• Résultats

L'étude bio comportementale a été un succès dans la mesure où elle a permis de fournir des données sur la population migrante et de disposer d'informations stratégiques pour orienter et renforcer les programmes de santé destinés à cette population, à savoir, l'état de santé des migrants, leur facilités d'accès aux services de soins et de prise en charge, leur modes et conditions de vie, ainsi leur connaissances sur le VIH et l'utilisation de préservatif, le dépistage de VIH, de la syphilis, de la tuberculose et du paludisme, et le taux de prévalence de VIH/sida et d'IST, etc. Selon cette étude, La majorité des migrants se sont tournés vers les ONG pour recevoir une aide médicale (65,5% de francophones, 57,3% d'anglophones), et dans une moindre mesure vers les centres de santé/hôpitaux publics (francophone: 22,4%, anglophone: 36,3%).

L'étude sur la cartographie a permis d'identifier les acteurs et services disponibles (médicaux, psychosociaux et juridiques), d'acquérir des informations stratégiques et d'actualiser les données disponibles sur les programmes et services actuellement offerts aux migrants sur le territoire marocain.

Graphique 16 : Nombre des acteurs intervenant auprès des migrants selon le domaine de la Prévention combinée



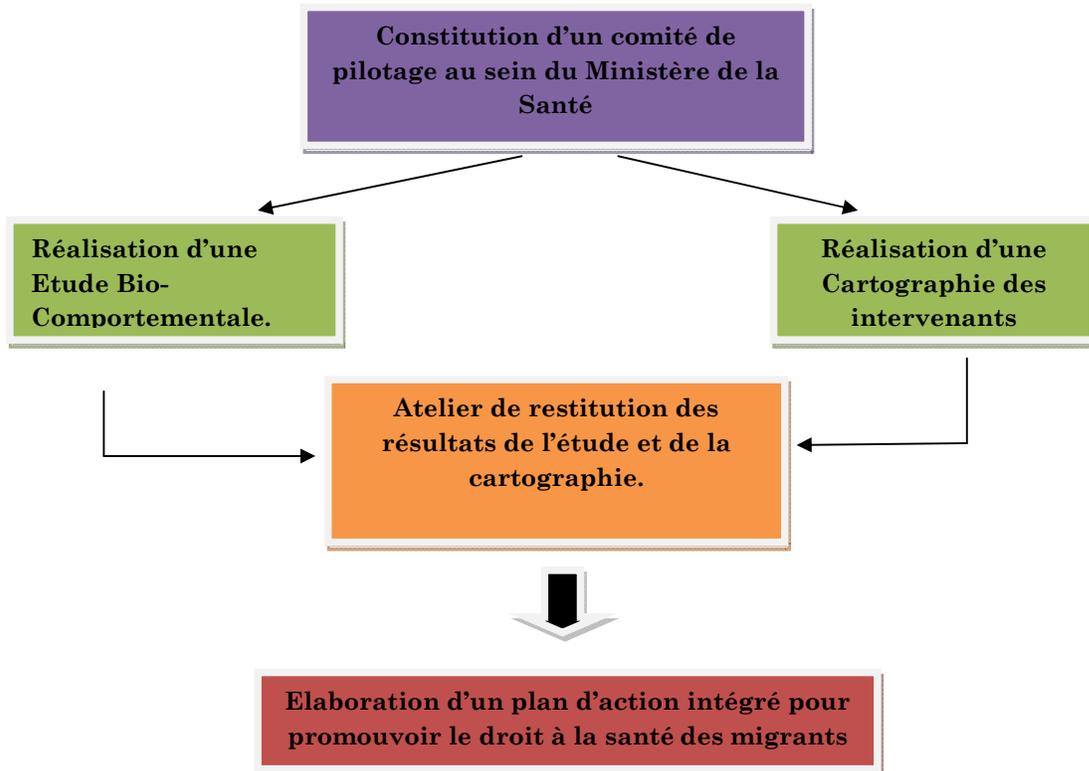
Enfin, un atelier pour l'élaboration d'un Plan d'action national en matière de migration, prévention, accès aux soins et aux services de santé a été organisé dans le but de :i) proposer des actions pour harmoniser les interventions des différents acteurs et renforcer les programmes de prévention et de prise en charge destinées à cette population ; ii) élaborer des recommandations à inclure dans les axes du plan d'action national intégré. Le travail réalisé est le fruit d'une contribution des différents départements ministériels, des institutions nationales et ONG impliquées dans la promotion du droit à la santé et des droits humains, des Agences des Nations Unies et autres partenaires internationaux.



- **Conclusion**

Le Maroc s'engage, avec de nouveaux partenariats, dans la mise en place d'une politique migratoire basée sur une approche de droits humains et cela en conformité avec ses engagements internationaux.

Le suivi de la santé des migrants qui constitue une partie importante de cette politique permettra de disposer d'informations plus fiables et utiles au suivi et évaluation des interventions de l'Etat dans ce domaine. Il va falloir s'assurer également que les services de santé répondent aux besoins spécifiques des migrants en prenant en compte leurs différences culturelles. Il est évident que le succès de cette politique est étroitement lié à l'efficacité du partenariat et du réseau associatif impliqués dans la promotion des droits des migrants, particulièrement en matière de VIH/sida.



VI. PRINCIPAUX DEFIS ET SOLUTIONS

VI.1 Les progrès réalisés face aux défis relevés

L'analyse de l'évolution des indicateurs sur la riposte nationale au sida montre qu'en général, le programme progresse vers la réalisation des objectifs fixés par le PSN. Toutefois, le programme national de lutte contre le sida, avec la contribution des partenaires, dont le Fonds Mondial, et l'ONUSIDA ont développé plusieurs activités pour résoudre la plupart des contraintes identifiées au cours des deux dernières années.

- **Prévention**

- ▶ Consolidation et extension des programmes de prévention combinée pour toucher des proportions plus importantes des personnes les plus exposées ou vulnérables et réduire l'incidence des infections VIH au sein de ces populations.
- ▶ Renforcement du système communautaire pour permettre la mise à l'échelle des interventions de prévention auprès des populations les plus exposées.
- ▶ Élaboration de normes et standards d'intervention de prévention de proximité auprès des PS et des HSH. Mise en place de normes de distribution du préservatif et initiation d'un programme de marketing social.
- ▶ Conduite de cartographies des PS et HSH dans les sites de fréquentation.
- ▶ Intensification des activités de sensibilisation sur le VIH par le Ministère de la Santé, les secteurs gouvernementaux et les ONG.
- ▶ Élaboration et mise en œuvre d'un système de certification des centres de conseil et dépistage VIH.
- ▶ Préparation en cours avec l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS) d'un module de formation sur le VIH/sida pour les infirmiers.
- ▶ Elaboration en cours de directives pour le diagnostic et traitement des IST parmi les populations clés. Élaboration d'un guide sur la prise en charge de la coinfection VIH/TB et formation des partenaires de la TB en matière de PEC de la Coïnfection.

- **Dépistage**

- ▶ Organisation de campagnes nationales de dépistage en 2012 et 2013
- ▶ Mise en place d'un système d'accréditation des centres de dépistage des ONG.
- ▶ Diversification de l'offre de dépistage et de promotion de la connaissance du statut sérologique parmi les personnes les plus exposées ou vulnérables : établissements de soins de Santé de base, ONG, équipes mobiles, campagnes.

- **Traitement**

- ▶ Accès aux ARV à l'ensemble des PVVIH diagnostiquées et nécessitant ce traitement assurée dans 15 Centres Référents.
- ▶ Disponibilité continue des ARV assurée sans rupture de stock.
- ▶ Aménagement et équipements de plusieurs Centres référents (adulte et pédiatrie) et création d'un nouveau centre à Beni Mellal.
- ▶ Équipement des laboratoires régionaux pour le suivi biologique (numération des CD4, charge virale), introduction du génotypage des résistances et initiation d'un système de pharmacovigilance pour les ARV.

- ▶ Extension des programmes de médiation thérapeutique et sociale dans les différents centres référents.
 - ▶ Opérationnalisation du système informatisé gestion des médicaments (ODE) au niveau des centres référents.
 - ▶ Lancement d'une nouvelle circulaire du Ministère de la Santé sur le diagnostic et la prise en charge des PVVIH.
 - ▶ Progression du nombre de PVVIH sous ARV à 6.464 en 2013 avec une couverture des PVVIH nécessitant un traitement ARV de 49% en 2013 (critères OMS 2010).
- **UDI**
 - ▶ Préparation et lancement d'un plan national de réduction des risques pour les UDI 2012-2016.
 - ▶ Consolidation du programme RDR à Tanger et extension à Tétouan, AL Hoceima, Nador et Oujda :
 - ▶ Création d'un centre de formation en RDR à Tanger.
 - ▶ Extension du traitement de substitution par la méthadone.
 - ▶ Amélioration significative au niveau du comportement des UDI concernant l'utilisation du matériel stérile.
 - ▶ 2.839 UDI dont 1092 injecteurs ont bénéficié du programme RDR en 2012 et 2013, le nombre de bénéficiaires du traitement par la méthadone a atteint 387
- **Ressources**
 - ▶ Budget du ministère de Santé dédié à la riposte au sida a atteint 3.9 millions \$US en 2013.
 - ▶ Mobilisation des ressources nationales dans le cadre du Sidaction.
 - ▶ Intégration de la lutte contre le sida dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) et financement de plusieurs projets des ONG.et Fondation Mohammed V.
 - ▶ Démarrage en janvier 2012 de la première phase de la proposition au round 10 du Fonds Mondial et soumission de la demande de renouvellement.
 - ▶ Préparation et lancement du plan conjoint d'appui des Nations Unies à la riposte nationale au sida pour la période 2012-2016.
 - ▶ Le financement de la riposte au sida a atteint 16,3 millions \$US en 2012 et 18.4 en 2013.
- **Genre**
 - ▶ Mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte contre les violences fondées sur le genre lancée par Son Altesse Royale la Princesse Lalla Myriem
 - ▶ Mise en œuvre du programme multisectoriel de lutte contre les violences fondées sur le genre, impliquant plusieurs ministères, ONG et agences des Nations Unies et intégrant un volet relatif au VIH/sida
 - ▶ Mise en place de centres régionaux de détection de violence en milieu scolaire et promotion du genre et de l'égalité des sexes
 - ▶ Renforcement des capacités des partenaires de la lutte contre le sida en matière d'égalité du genre
 - ▶ Elaboration en cours d'une stratégie nationale sur les droits humains et le VIH qui intègre un volet sur le genre
 - ▶ Évaluation en 2012 de la mise en œuvre de l'agenda sur les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH.

- **Stigmatisation et discrimination**

- ▶ Organisation d'une campagne nationale de communication sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
- ▶ Elaboration d'une stratégie nationale sur les droits humains et le VIH /sida avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination comme un axe d'intervention.
- ▶ Elaboration d'une charte tripartite sur la lutte contre le sida en milieu de travail impliquant le ministère de l'Emploi, les Syndicats et le Patronat (CGEM)
- ▶ Formation d'un noyau de formateurs régionaux en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination en milieu de soins.

- **Intégration**

- ▶ Consolidation de l'intégration de la lutte contre le sida dans les stratégies et les plans d'actions des secteurs ministériels.
- ▶ Intégration de la lutte contre le sida dans le nouveau programme de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) et dans celui de la Fondation Mohammed V pour la solidarité.
- ▶ Intégration des prestations du VIH dans le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED).
- ▶ Intégration du dépistage du VIH dans structures de Santé (ESSB, CDTMR, maternités etc.)
- ▶ Intégration des personnes vivants avec le VIH et vulnérables parmi les bénéficiaire des AGR du programme AMALI des l'agence de développement social.
- ▶ Intégration des activités VIH/sida dans les programmes de 104 ONG locales de développement.

VI.2 Les défis rencontrés et les mesures planifiées

Les principaux défis du programme sur la riposte au sida se trouvent au niveau : i) de la couverture géographique par des services complets et appropriés aux populations clés (PS, HSH et des UDI) notamment à plus haut risque et les catégories les plus défavorisées ; ii) de la lutte contre les problèmes de stigmatisation et discrimination qui limitent l'accès aux services; iii) du manque d'un programme intégré et approprié de CCC, de marketing social du préservatif et d'appui psychosocial et juridique pour toutes les populations prioritaires du PSN ; et iv) d'une offre encore insuffisante de services de conseil et dépistage.

De plus, le programme doit faire face au besoin de mettre sous traitement ARV un plus grand nombre des PVVIH compte tenu de son succès en matière de réduction de la morbidité et mortalité ainsi que pour la prévention de nouvelles infections à VIH par l'application des récentes directives de l'OMS pour le traitement. De nouveaux défis se posent également dans le domaine de la PEC, notamment la gestion des co-morbidités, les effets indésirables à long terme des traitements ARV. L'infection à VIH est devenue une maladie chronique dont la prise en charge doit prendre en compte la nécessité du suivi à long terme d'un nombre sans cesse croissant de personnes atteintes.

En vue de maintenir les performances durant les prochaines périodes avec une augmentation régulière des cibles jusqu'en 2016 tout en œuvrant pour améliorer la qualité des interventions, des mesures devront être prises pour consolider et améliorer les résultats à l'échelon national, et plus particulièrement dans les régions les plus touchées par le VIH, à travers le renforcement des comportements à moindres risques parmi les populations clés et vulnérables (utilisation du préservatif parmi les PS, HSH et UDI ; utilisation de matériel injectable stérile parmi les UDI et extension du traitement de substitution à la méthadone) ; la réalisation du dépistage du VIH et le traitement par les ARV des personnes éligibles selon les nouvelles recommandations de l'OMS.

Plus concrètement, il s'agira de mettre en place une série de mesures telles que :

- 1) la mise en place dans les régions prioritaires de structures décentralisées, équipées et avec du personnel formé pour augmenter la couverture des services de dépistage et de prise en charge;
- 2) la mise en place de réseaux thématiques et de systèmes multisectoriels de référence et de contre-référence pour la prévention combinée et l'accès aux traitements;
- 3) la mise en œuvre de la stratégie sur les droits humains et VIH et du programme de lutte contre la stigmatisation et discrimination afin de réduire les obstacles d'accès aux services de prévention combinée par les populations clés et vulnérables ;
- 4) la mise en place de systèmes améliorés de supervision, de suivi et d'évaluation;
- 5) la mise en place des nouvelles recommandations de l'OMS pour initier le traitement avec un taux de CD4 <500 ;
- 6) La décentralisation des structures de traitement ARV avec une approche globale, notamment dans les régions à haute prévalence et la délégation aux médecins généralistes de la prescription des ARV et du suivi des PVVIH ;
- 7) Le renforcement des médiateurs thérapeutiques et le support psychosocial de qualité (PNAPS),
- 8) La lutte contre la stigmatisation en milieu de soins ;
- 9) Le développement d'activités de plaidoyer pour assurer l'harmonisation des politiques et pratiques en matière de gratuité (RAMED) et d'accès aux systèmes d'assurance médicale ;
- 10) la diversification des sources des financements nationales et internationales.

Le tableau ci-après, résume les défis et difficultés rencontrés au cours de la période 2012-2013 qui entravent la riposte nationale et le progrès vers la réalisation des objectifs de la déclaration politique tout en indiquant les mesures concrètes de corrections planifiées pour corriger les insuffisances.

Défis rencontrés au cours de la période 2012-2013	Mesures concrètes de corrections planifiées
Prévention	
Les facteurs sociaux et culturels, les croyances et les tabous sont des obstacles continus aux activités de prévention.	Renforcer la communication sociale et les programmes de prévention VIH auprès des jeunes et des femmes. Elaborer un plan de CCC
Besoin de renforcer les programmes de prévention combinée pour : i) les jeunes en situation de précarité, ii) Les populations clés plus exposées aux risques VIH	Extension de la couverture des populations clés ou vulnérables par les programmes de prévention combinée. Elaboration de cartographies dans les différents sites
Manque de renforcement des capacités et d'accompagnement des acteurs associatifs sur le plan organisationnel et en termes de renforcement des ressources humaines.	Renforcer le réseautage et la coordination entre les ONG pour la prévention combinée au niveau local Mettre en place des cartographies pour identifier les sites non couvertes Constituer des pools de formateurs, personnes ressources dans les différents domaines de la prévention combinée.
Manque de participation active des populations cibles dans la conception et la mise en œuvre des programmes des associations	Favoriser l'émergence de réseaux de solidarité locaux des groupes de populations cibles pour participer/contribuer aux programmes.
Dépistage	
Offre de dépistage du VIH limitée avec une faible couverture au niveau national et insuffisance de l'accès géographique aux structures de dépistage existantes.	Développer une politique et stratégie nationale sur le conseil et dépistage VIH qui intègre les activités fixes, mobiles et communautaires. Etendre l'accès aux centres de dépistage et organiser des campagnes régulières et journées nationales Assurer la disponibilité des tests de dépistage dans les centres de santé

Adresser les obstacles aux programmes VIH liés notamment à : i) à l'interdiction du dépistage chez les mineurs (enfants et adolescent) sans le consentement de leurs parents ou tuteurs, ii) à la réalisation du dépistage uniquement par le personnel médical (et non par le personnel infirmier et autres intervenants en santé).	Étendre l'intégration du dépistage dans les ESSB et le vulgariser à tous les niveaux en impliquant d'autres catégories de personnel Établir des dérogations spéciales pour que le test VIH puisse être réalisé par le personnel non médical Constituer des groupes techniques pour élaborer des orientations nationales relatives au dépistage chez les mineurs.
Nécessité d'améliorer le dépistage du VIH et de faire un diagnostic précoce du VIH chez les tuberculeux.	Instituer la proposition systématique de dépistage chez les tuberculeux
PTME	
Nécessité d'améliorer la couverture par la pTME.	Intégrer le dépistage VIH parmi le paquet de services de la consultation prénatale et étendre la disponibilité du conseil et test VIH dans les ESSB et les maternités. Organiser des campagnes de communication et de dépistage pour les femmes en âge de procréer et femmes enceintes.
Difficultés rencontrées pour la référence des femmes enceintes dépistées positives au VIH dans les ESSB notamment pour les zones éloignées ou enclavées.	Mobiliser les ONG pour l'accompagnement et l'appui aux femmes enceintes séropositives
Besoin d'adapter l'organisation des services de santé pour l'extension du conseil et test VIH à toutes les femmes enceintes	Impliquer les médecins privés dans le dépistage et l'orientation des femmes enceintes
Insuffisance d'intégration de la pTME dans les programmes des ONG.	Intégrer la sensibilisation sur la pTME et l'accompagnement des femmes enceintes séropositives dans les programmes des ONG
La prise en charge pédiatrique des enfants vivant avec le VIH doit être renforcée et décentralisée au niveau de tous les centres référents.	Renforcer et décentraliser la prise en charge pédiatrique Mettre en place des unités au niveau des services de pédiatrie de tous les centres référents
UDI	
La couverture des UDI par le dépistage du VIH et Hépatites reste très faible (environ 10%) selon les études bio-comportementales.	Renforcer le programme de dépistage VIH et Hépatites parmi les UDI
Insuffisance des ressources humaines pour la dispensation de la méthadone et des structures de réhabilitation.	Étendre le traitement de substitution par la méthadone aux centres de Tétouan, Nador, Al Hoceima et au milieu carcéral Assurer la disponibilité des ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant.
Accès limité aux services du fait de la loi criminalisant "l'usage de drogues"	Plaidoyer pour la dépenalisation des usagers des drogues Plaidoyer auprès des secteurs (DGSN, justice etc.) pour assurer un environnement favorable aux activités de terrain.
Manque de normes et standards pour les UDI	Élaborer et mettre en œuvre des normes et standards pour les interventions de RDR.
Traitement	
Insuffisance des ressources humaines pour la prise en charge (médecins, infirmiers)	Préparer un plan de ressources humaines pour la prise en charge VIH Affecter et former les médecins généralistes pour la prise en charge VIH. Mettre en place un diplôme universitaire en infectiologie
Besoin de créer de nouveaux centres référents pour renforcer la décentralisation.	Créer de nouveaux centres référents dans les régions non couvertes ou pour décongestionner les CR qui ont des files actives importantes (Agadir) Renforcer les laboratoires régionaux et nationaux pour effectuer localement les tests.
Surcharge des files actives au niveau des CR en particulier à Agadir (1 médecin pour 1000 PVVIH).	Affecter le personnel médical et paramédical dans les CR et former des médecins généralistes pour le suivi des PVVIH.

Nécessité de renforcer le programme national d'accompagnement psychosocial (PNAPS) pour couvrir toutes les régions	Evaluer le PNAPS, et la valeur ajoutée de l'intervention des médiateurs thérapeutiques et sociaux.
Coût potentiel des ARV pour les PVVIH qui devront passer en traitement de 2ème et 3ème lignes.	Plaidoyer pour la réduction des coûts des traitements notamment de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} lignes. Plaidoyer auprès des organismes d'assurance médicale et le RAMED pour la PEC des PVVIH.
Besoin de tenir compte et de gérer les co-morbidités et les effets indésirables à long terme des traitements ARV.	A l'occasion de la revue à mi-parcours du PSN, réviser les prévisions programmatiques pour prendre en compte ces dimensions.
Droits humains, stigmatisation et discrimination	
Persistance des tabous et des représentations sociales par rapport aux PVVIH et populations vulnérables	Plaidoyer auprès de tous les secteurs pour les impliquer et renforcer leur rôle en particulier les médias, la société civile, les organisations des droits humains, la DGSN, le législateur.
Manque de capacité du personnel en interne sur la question des droits de l'homme	Élaborer et mettre en œuvre des programmes de sensibilisation et de formation en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à tous les niveaux y compris le milieu de soins
Obstacle à l'accès aux services du fait de la criminalisation, stigmatisation et discrimination des PS, HSH	Implanter des mécanismes de recours et d'appui juridique avec l'implication du CNDH et autres institutions des Droits de l'homme.
Difficulté d'accès aux services par les groupes les plus exposés du fait de la crainte d'être stigmatisés ou d'une méconnaissance des services Difficulté de communiquer avec les migrants en situation irrégulière.	Mettre en œuvre la stratégie nationale sur les droits humains et le VIH élaborée avec le conseil national des droits de l'homme (CNDH) et plaidoyer pour la revue des aspects législatifs et le respect des droits des populations clés
Inégalités liées au genre	
Faible intégration de la dimension genre dans la mise en œuvre du PSN	Renforcer les compétences des intervenants en matière d'approche genre et de programmation basée sur droits humains et l'équité. Renforcer l'intégration de la dimension genre dans la mise en œuvre du PSN et former les acteurs pour intégrer l'approche genre dans leurs programmes.
Faible implication des associations des femmes et de l'enfance	Mettre en œuvre la feuille de route de l'agenda national sur les femmes, les filles, l'égalité du genre et VIH. Renforcer les programmes auprès des femmes les plus exposées ou en situation de vulnérabilité.
Manque de collaboration avec les organisations des droits de l'homme, de défense des droits de la femme et des enfants	Développer le partenariat et le réseautage entre les acteurs de la riposte au sida et les associations des droits des femmes. Organiser un circuit d'information entre les différents acteurs et structures concernées par la violence sexuelle.
Ressources	
Insuffisance en ressources humaines dans les différentes structures (PNLS, ORS, ONG, Centres référents etc.)	Plaidoyer continu pour assurer les ressources prévues dans le PSN Identifier et mettre en place des mécanismes pour pérenniser les ressources.
Besoin de renforcer la décentralisation des financements aux régions qui manquent de moyens financiers pour la riposte au sida et la coordination des activités (CRILS).	Diversifier les sources des financements nationales et internationales.

Contraintes budgétaires de l'Etat avec répercussion possible sur le programme de lutte contre le sida.	Continuer les actions de mobilisation de fonds comme le Sidaction. Faire bénéficier les programmes de lutte contre le sida de l'appui fourni par l'INDH.
Leadership, gouvernance, coordination et suivi/évaluation	
Besoin de réduire les inégalités entre régions et groupes de population en matière d'accès aux services de prévention, dépistage et traitement	Renforcer la coordination et le dialogue entre les directions centrales du Ministère de la Santé lors de la formulation des politiques.
Manque d'harmonisation du système de suivi/évaluation entre les différentes associations qui utilisent souvent des systèmes de collecte et des indicateurs différents.	Elaborer et mettre en œuvre les outils et les mécanismes d'encadrement et de suivi. Former les acteurs locaux en suivi et évaluation et analyse des données. Uniformiser les outils de collecte.
Besoin d'améliorer la couverture par les systèmes d'assurance (AMO, CNSS, assurances privées) des PVVIH.	Consolider le RAMED et mettre en place les mesures d'accompagnement (disponibilité et qualité des prestations). Assurer une meilleure répartition et affectation des ressources humaines dans les zones démunies et en milieu rural. Finaliser et mettre en œuvre la charte nationale sur la santé.
Manque d'intégration et de coordination entre les interventions sur le VIH et les autres interventions liées à la santé de la reproduction telles que le planning familial, santé maternelle et infantile, l'éducation à la santé de la reproduction, prévention et prise en charge des violences basées sur le genre, et le diagnostic et traitement des IST.	Renforcer l'intégration du volet VIH avec les autres programmes de santé publique et de prise en charge des violences fondées sur le genre. Intégrer la composante VIH/Sida dans les plans et politiques de développement durable. Consolider et étendre les programmes scolaires dans le cadre d'une approche globale d'éducation sur la santé sexuelle et reproductive (SSR).

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Appui du Fonds mondial à la riposte nationale au sida, période 2012-2013

Prévention auprès des populations clés et des groupes vulnérables
Extension des programmes de prévention de proximité auprès des professionnelles de sexe
Extension des programmes de prévention de proximité auprès des HSH
Extension des programmes de prévention auprès des migrants
Extension des programmes de prévention auprès des routiers
Extension des programmes de prévention en milieu de travail auprès des ouvrières
Renforcement de la prévention et la prise en charge IST/sida en milieu carcéral
Mise en place et extension du programme de réduction des risques auprès des UDI
Mise en place et extension du traitement de substitution à la méthadone
Implantation de la prévention combinée: guides normes et standards, formations et cartographies des populations clés
Elaboration des guides/supports didactiques et formation du personnel de la santé sur la prise en charge des IST
Plaidoyer pour l'exécution d'un Programme du Marketing Social du préservatif auprès des pharmaciens.
Communication sociale
Campagne nationale de communication sociale à travers les mass-médias et la couverture des festivals
Mise en œuvre de Campagnes nationale de communication pour la promotion du dépistage VIH
Élaboration et diffusion spot TV et radio avec la troupe Lalla Menana pour la promotion du dépistage chez les femmes enceintes
Extension de l'implication des Imams et Mochidates dans la lutte contre le sida
Sensibilisation, prévention auprès des jeunes et des femmes
Sensibilisation et prévention auprès des jeunes à travers différentes approches de communication avec les ONG et secteurs gouvernementaux
Réduction de vulnérabilité des femmes vis-à-vis des IST/sida à travers la sensibilisation dans les cours d'alphabétisation et les centres socioprofessionnels
Appui aux associations de développement pour intégration de la prévention du VIH/sida
Conseil et dépistage volontaire et initié par les prestataires
Acquisition de tests rapides pour le dépistage VIH et de tests de confirmation
Conduite de trois campagnes nationales de dépistage du VIH
Elaboration de guides et programmes de formation des prestataires de santé en matière de conseil et dépistage
Mise en place du dépistage dans les établissements de soins de Santé de base, maisons d'accouchement et maternités, centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDTMR)
Formation de formateurs de 50 enseignants permanents des IFCS sur le dépistage VIH
Mise en place d'un système d'accréditation des centres de dépistage des ONG
Extension des centres de dépistage des ONG
Prise en charge et appui aux PVVIH, PTME
Contribution aux traitements ARV (adultes et enfants)
Aménagement rénovation et équipement des centres référents
Contribution au suivi biologique des PVVIH (acquisition des tests pour les CD4 et charge virale, aménagement et équipement des laboratoires)
Appui à la revue du programme de prise en charge et traitement au Maroc
Organisation d'un atelier de validation des nouvelles directives OMS 2013 en matière de prévention et traitement par les ARV
Organisation de l'atelier de réflexion sur la prise en charge pédiatrique du VIH
Extension et suivi de la mise en place de l'outil de dispensation électronique et informatisation du dossier médical à Agadir et Marrakech
Mise en œuvre du plan national d'élimination de la transmission VIH de la mère à l'enfant
Appui à la mise en place de la prophylaxie ARV post exposition au niveau des services de Santé

Mise en œuvre du programme national d'accompagnement psychosocial (PNAPS) et initiation du PNAPS enfant
Formation des prestataires et recrutement des médiateurs sociaux au niveau des ONG
Révision des outils de la médiation thérapeutique
Extension de la médiation thérapeutique et formation de nouveaux médiateurs thérapeutiques
Renforcement de l'implication des PVVIH à travers les groupes d'auto-support
Information stratégique et suivi évaluation
Appui au système de surveillance épidémiologique
Conduite de trois études bio-comportementales (RDS) auprès des HSH, UDI, et Professionnelles de sexe
Contribution à l'étude bio-comportementales (RDS) auprès des migrants
Lancement de la surveillance sentinelle de la résistance de Neisseria Gonorrhoeae aux antibiotiques
Conduite de l'étude des Modes de Transmission du VIH (Modélisation de l'incidence)
Gouvernance, coordination, droit humain et genre
Appui au fonctionnement du CCM et à la mise en place d'un comité oversight
Appui au fonctionnement des comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida dans les régions prioritaires
Appui au processus de préparation des plans régionaux de lutte contre le sida au niveau de 12 régions
Appui à la préparation de la stratégie nationale sur les droits humains et el VIH/sida
Suivi et appui de 25 ONG et secteurs gouvernementaux dans la mise en place de leurs plans d'action
Appui à l'élaboration des Plan Stratégiques 2013- 2016 de l'ALCS, OPALS et AMSED
Formation de 100 cadres d'ONG et de secteurs gouvernementaux sur le genre et la réduction de la stigmatisation
Encadrement de 105 Organisations à Base Communautaire (OBC) pour intégrer la lutte contre le sida
Appui à la participation des partenaires aux réunions nationales et internationales

Appui du Système des Nations unies à la riposte nationale au sida 2012 – 2013

Prévention combinée auprès de populations les plus exposées ou vulnérables	
Appui aux études bio-comportementales auprès des PS, migrants, UDI	ONUSIDA
Modélisation de l'opérationnalisation de la prévention combinée dans les régions incluant la cartographie des populations et services	ONUSIDA
Assistance technique pour la préparation du plan RDR et la modélisation du traitement de substitution dans les prisons, appui à l'AHSUD	ONUSIDA UNODC
Formation des intervenants sur le guide des normes et standards de prévention auprès des PS, appui à l'élaboration d'un guide de prévention auprès des HSH.	UNFPA ONUSIDA
Appui technique pour l'adaptation des protocoles de prise en charge des IST pour les populations les plus exposées au VIH	OMS
Assistance technique pour l'élaboration d'un cahier de charge du programme de marketing social du préservatif et le plaidoyer auprès des pharmaciens	UNFPA
Élaboration d'une cartographie des intervenants et d'un plan intégré de prévention auprès des migrants	ONUSIDA
Sensibilisation, prévention auprès des migrants et réfugiés, formation des professionnels de santé	OIM, UNHCR
Prévention auprès des jeunes	
Adaptation du Kit de la Rabita des Oulémas, formation des Educateurs pairs	UNFPA
Elaboration d'une stratégie pour la prévention et la protection de l'enfant et de l'adolescent et d'un kit de formation des éducateurs pairs	UNICEF
Intégration des composantes de la SSR, y compris VIH/sida dans les centres de la jeunesse. Élaboration d'outils et mise en place d'un réseau de journalistes	UNFPA
Identification des besoins, élaboration et mise en place d'un module de formation des enseignants	UNESCO
Développement de modules de formation en matière d'éducation sexuelle en milieu scolaire	UNFPA
Modules de référence sur la SSR et la prévention VIH chez les personnes en situation du handicap	UNFPA
PTME	
Assistance technique pour l'élaboration d'une stratégie nationale pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (pTME)	UNICEF

Appui à la formation en pTME du personnel de Santé au niveau des régions	UNICEF UNFPA
Traitement, prise en charge et soutien psycho-social	
Appui à l'autonomisation, la lutte contre leur stigmatisation sociale et renforcement des capacités des femmes vivant avec le VIH	ONU Femmes
Revue externe de la stratégie nationale de prise en charge de l'infection VIH/sida et appui à l'adaptation des nouvelles recommandations de l'OMS pour le traitement ARV	OMS, ONUSIDA
Accompagnement du comité national de prise en charge des PVVIH pour la revue des estimations de couverture et la définition des cibles pour les ARV	ONUSIDA
Gouvernance	
Appui au MEN pour la préparation d'un plan sectoriel de lutte contre le sida	ONUSIDA
Appui au Ministère de l'Emploi pour l'organisation d'un atelier de négociation tripartite sur la prévention et protection VIH en milieu de travail	ONUSIDA PNUD
Appui au développement d'un processus pour la déclinaison du PSN en plans stratégiques et opérationnels dans les régions prioritaires	ONUSIDA
Définition des règles et modalités de fonctionnement du comité national de coordination et des comités multisectoriels régionaux de la lutte contre le sida	ONUSIDA
Appui à la préparation du plan de renouvellement pour la deuxième phase du R10 du Fonds Mondial	ONUSIDA
Sensibilisation des élus locaux pour l'intégration du VIH dans les programmes de développement	PNUD
Genre et droits humains	
Renforcement des capacités des intervenant/es des ONG thématiques en matière de genre et droits humains	ONU Femmes ONUSIDA
Développement d'une stratégie nationale sur les Droits Humains et le VIH avec le CNDH	ONUSIDA
Formation pour le personnel de santé en matière de VFG et VIH.	ONUSIDA
Mise en place et organisation d'un atelier pour le suivi de la mise en œuvre de l'agenda femmes, filles, violences fondées sur le genre et VIH	ONUSIDA ONU Femmes
Suivi/évaluation, information stratégique	
Revue des estimations des l'épidémie VIH et étude sur les modes de transmission (MoT)	ONUSIDA
Formation sur la surveillance des populations clés et conduite d'un exercice de triangulation des données sur le VIH/sida pour la région de Sous Massa Draa	OMS
Développement et test d'un système de codification pour le S&E d'un programme de prévention	ONUSIDA
Révision du système de suivi et évaluation et élaboration d'un guide national	ONUSIDA
Appui à la préparation du rapport national sida 2013 et la revue à mi-parcours pour le suivi des objectifs et engagements de la Déclaration politique, appui au rapport sur les OMD	ONUSIDA
Appui à la mise en œuvre d'un système de surveillance des résistances du Gonocoque	OMS

Appui du système des agences de coopération bilatérale, période 2010-2011

Programme ESTHER
Appui aux centres référents pour la prise en charge de l'infection à VIH/Sida
Assistance technique à l'association AHSUD pour d'accompagnement psychosocial des UDI
Appui à l'ALCS pour la mise en place d'une Plate forme SMS pour la communication avec les jeunes
GiZ backup initiative, GMS
Préparation de la soumission pour le renouvellement pour la deuxième phase de la proposition au R10 du Fonds mondial
Appui au processus de restructuration du CCM

V.III SUIVI ET EVALUTION

Le Maroc a institutionnalisé le concept des trois principes « Three Ones » promus par l'ONUSIDA. C'est en réponse au troisième principe qu'un système national de suivi et évaluation a été conçu et mis en œuvre depuis l'année 2007 dans le cadre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida.

Lors de la préparation du Plan Stratégique 2012-2016, le PNLs a procédé avec l'appui de l'ONUSIDA à une évaluation globale et participative de l'ensemble des composantes du système national de S&E. La méthodologie d'évaluation utilisée est "Évaluation des 12 composantes d'un système de Suivi et Évaluation de la riposte nationale au VIH/sida" recommandée par l'ONUSIDA et le Fonds Mondial.

Les résultats de cette évaluation ont été présentés et débattus lors d'un atelier national organisé en décembre 2011 et des recommandations ont été élaborées et validées par les participants.

L'évaluation a permis de constater que le système de S&E national produit régulièrement les principaux indicateurs du PSN avec l'appui des partenaires et particulièrement les ONG nationales actives dans la lutte contre le sida. Des faiblesses du système national de S&E ont été relevées concernant la composante "surveillance" la composante "suivi des programmes" et la composante "flux des données, organisation des unités de S&E, capacités humaines et gestion des données".

Cette évaluation a défini les actions nécessaires vers l'amélioration du système de S&E telles que :

- la normalisation et la standardisation des indicateurs,
- la simplification du système d'information et des outils de collecte des données et leur automatisation,
- le développement et l'opérationnalisation d'une base de données nationale,
- le renforcement de l'assurance qualité des données,
- le renforcement de la coordination et des capacités humaines en matière de S&E au niveau régional et national.

Suite à cette évaluation le système national de S&E a été révisé pour accompagner le nouveau Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2016 (PSN). La révision du système de S&E, exercice participatif, auquel ont pris part les partenaires de la riposte nationale au sida, a permis de définir une liste standard et unifiée d'indicateurs de S&E du PSN, des outils de collecte de données standardisés pour le suivi des activités ainsi qu'un dispositif organisationnel pour le fonctionnement du système. Les indicateurs ont été définis conformément aux objectifs poursuivis pour la mise en œuvre du PSN 2012-2016. Le calcul de ces indicateurs se base sur les données collectées dans le cadre du suivi des activités des partenaires ou des enquêtes (Surveillance épidémiologique, enquête IBBS/RDS, enquêtes DHS, études spéciales etc.). Le guide national de S&E du PSN a été élaboré et diffusé auprès de tous les partenaires de la riposte nationale.

Le nouveau système de S&E capitalise sur les acquis et vise à surmonter les contraintes rencontrées, renforcer les capacités des partenaires en matière de S&E et assurer l'utilisation de l'information stratégique pour le pilotage et l'évaluation des programmes et projets menés par les ONG, les Départements Ministériels, le Ministère de la Santé et autres acteurs.

Un plan de S&E budgétisé a été élaboré et sa mise en œuvre lancée en parallèle avec le PSN 2012-2016 inclut les différentes activités de S&E notamment la collecte des données de routine, la vérification, l'analyse, la dissémination et l'utilisation des informations ainsi que la réalisation des études qui s'inscrivent dans le cadre d'un agenda national de recherche,.

Dans le cadre de l'agenda de recherche national plusieurs études auprès des populations spécifiques ont été conduites ou sont programmées, notamment des études bio-comportementales RDS auprès des PS, HSH, UDI. Une étude CAP sur les jeunes a été conduite en 2012 ainsi qu'une étude IBBS santé RDS réalisée auprès des migrants en situation administrative irrégulière. En 2013, une étude IBBS RDS a été conduite auprès des UDI dans la ville de Tétouan et une nouvelle étude des Modes de Transmission du VIH (MoT) a été également réalisée en 2013. Enfin, une étude est en cours auprès des ouvrières dans la région de Sous Massa Draa. Ces études permettent de mesurer certains indicateurs de résultats relatifs aux populations clés et de produire de l'information stratégique pour l'orientation et la prise de décision. La revue à mi-parcours du PSN 2012-2016 est programmée en fin 2014.

Dans l'objectif de renforcer la qualité des systèmes d'information des partenaires qui mènent des activités de prévention combinées auprès des populations les plus exposées un projet de mise en place d'un système de code unique des bénéficiaires est en cours de test au niveau de certains sites d'intervention sur le terrain. La mise en œuvre du système de codification unique a pour objectif le renforcement de la qualité de l'information collectée et la standardisation des outils de collecte des données des différents partenaires pour éviter le double comptage des bénéficiaires.

Les défis actuels en matière de suivi et évaluation révélés par cette revue concernent le renforcement des capacités en ressources humaines au niveau central et au niveau régional et l'amélioration de la coordination. Lors de la Phase 1, la décentralisation a été initiée mais il reste encore à concrétiser certaines étapes. Dans le cadre du PNLs et du suivi de l'Unité de gestion du Fonds Mondial, un renforcement des ressources humaines permettrait d'améliorer et de renforcer la coordination, le reporting et la qualité des activités S&E.

En lien avec ce point, le PNLs doit jouer un rôle primordial dans la coordination des activités S&E, le développement des directives, leur diffusion ainsi que dans la mise en œuvre des activités de S&E. Le renforcement des capacités en ressources humaines pourrait permettre une amélioration de l'assurance qualité des données.

Dans le but d'améliorer la coordination et de la planification, l'évaluation du système de S&E a permis de recommander la préparation et la diffusion d'un calendrier des activités budgétisées (ie "feuille de route" ou "plan d'action du S&E") pour les acteurs principaux. Les autres défis concernent l'amélioration du système de prise de décision, et l'amélioration qualitative et quantitative des données collectées.

Avec le renforcement de capacités en ressources humaines, il est attendu que l'assurance de qualité soit améliorée en intégrant ces tâches aux personnes responsables, ceci à chaque étape de la collecte, saisie et traitement des données jusqu'à la production des rapports pour pouvoir fournir des informations stratégiques fiables pour lesquelles des décisions stratégiques et/ou opérationnelles seront prises.

ANNEXES

Annexe 1 : Processus de consultation/préparation du rapport national

En suivant les directives de l'ONUSIDA détaillant les modalités d'élaboration des rapports d'activité nationaux sur la riposte au sida pour 2014, l'élaboration du Rapport national 2014 sur le suivi des progrès dans la mise en œuvre de la déclaration politique a été faite selon un processus en cinq étapes :

1. Information des partenaires du programme national de lutte contre les IST/sida,
2. Recueil des données auprès de l'ensemble des intervenants,
3. Préparation du rapport narratif,
4. Organisation d'un atelier de consolidation et validation du rapport,
5. Introduction des données consolidées, finalisation et soumission du rapport.

Le comité de pilotage du programme national de lutte contre le sida a supervisé la préparation du rapport en impliquant de manière participative l'ensemble des acteurs de la riposte au sida (départements ministériels concernés, ONG, partenaires internationaux etc.) représentés au niveau central, régional et local.

Un consultant national a été recruté pour appuyer la rédaction du rapport narratif ainsi que la préparation et l'organisation de l'atelier de consensus.

Le processus a été appuyé par l'ONUSIDA et le Fonds Mondial.

1. Information des partenaires

L'ensemble des partenaires gouvernementaux de la société civile et autres institutions impliquées ont été informé par contact direct des points focaux et par courrier officiel. Il leur a été demandé de fournir les informations portant sur les activités réalisées en 2013, sachant bien que la revue à mi-parcours en 2013 de la déclaration politique a permis de collecter les informations sur les réalisations de 2012. Il a été également demandé aux partenaires de préparer les données requises pour l'atelier NCPI auquel ils ont tous participé.

2. Recueil des données

Une équipe conjointe Ministère de la Santé/ONUSIDA a été constituée par le comité de pilotage et chargée de la collecte des données en utilisant comme référence la liste exhaustive des indicateurs demandés et en adoptant les récentes modifications qui ont touché certains indicateurs dans la dernière version des directives ONUSIDA.

Les supports utilisés pour la collecte des données sont représentés par les rapports nationaux existants (Revue à mi-parcours de la déclaration politique, revue externe de la stratégie de prise en charge des PVVIH, rapport de l'atelier sur les droits humains et VIH, rapport sur l'atelier sur la promotion de la santé des migrants, étude biocomportementale, cartographie des services de santé pour migrants...) et par les rapports périodiques du système d'information du PNLIS. Les informations recueillies par le consultant national lors des entretiens avec les partenaires clés (départements ministériels, ONG thématiques et non thématiques, institutions de droits humains) ont également été utilisées pour compléter les données transmises par ces derniers.

3. Préparation du rapport narratif

Le rapport narratif a été rédigé sur la base des données collectées par un consultant national appuyé par une équipe restreinte du Ministère de la santé et de l'ONUSIDA. Le travail mené dans ce sens a porté sur la mise à jour du contexte et la situation épidémiologique, sur des analyses et commentaires concernant le niveau d'atteinte des indicateurs relatifs aux objectifs de la déclaration politique, sur les bonnes pratiques retenues, sur les défis et mesures planifiées pour garantir la réalisation des objectifs convenus et sur le soutien des partenaires au développement. Il s'est agi par ailleurs de faire la synthèse de l'atelier de consensus (NCPI)

4. Atelier de consolidation et validation du rapport

L'exploitation des questionnaires remis par les partenaires sur les engagements nationaux et les moyens d'action ainsi que les discussions lors de l'atelier de consensus sur les progrès réalisés ont permis de disposer de données sur chaque section des NCPI et de rédiger le descriptif correspondant dans le rapport narratif.

5. Finalisation et soumission du rapport 2014

Une fois les données du rapport narratif consolidées et validées au cours de l'atelier de consensus, les modifications nécessaires ont été apportées au rapport. Le comité de pilotage, appuyé par l'équipe de suivi/évaluation a procédé aux dernières vérifications avant de soumettre la version finale du rapport directement sur le site de l'ONUSIDA (www.unaids.org/AIDSReporting) le XX mars 2014. La saisie des données définitives NCPI a été faite à l'aide du logiciel fourni à cet effet (à préciser si c'est directement sur le site ou par version électronique annexée au rapport).

Annexe 2 : Questionnaires A et B de l'Indice composite des politiques nationales

Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) Processus de collecte de validation des données

Décrire le processus utilisé pour la collecte et la validation des données NCPI :

Les questionnaires ont été envoyés aux partenaires de la riposte nationale. Les données ont été collectées et synthétisées et présentées lors de l'atelier national de validation du rapport national sida 2014 qui a été tenu le 24 Mars 2014.

Le contenu des questionnaires a été discuté et revu dans le cadre de travaux de groupe et les versions finales des questionnaires A et B ont été présentées et finalisées en plénière lors de l'atelier de validation.

Décrire le processus utilisé pour la résolution des éventuels désaccords concernant certaines questions spécifiques :

Souligner les points d'attention éventuels concernant les données NCPI définitives soumises (par exemple, concernant la qualité des données, d'éventuelles incompréhensions des questions, etc.) :

Répondants NCPI

NCPI - Partie A [pour l'interview des fonctionnaires gouvernementaux]

Organisation	Noms / Positions	Répondants de la partie A [indiquer les sections pour lesquelles chaque répondant a été interrogé]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
Ministère de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle et de la recherche scientifique.	-Pr Benchekroun	X	X	X	X	X	X
DGAPR	-Dr Regragui	X	X	X	X	X	X
DP	-ACHARAI Laila Chef Service Santé de la Mère	X	X	X	X	X	X
SS - FAR	-Pr Boui Médecin- Chargé de la prise en charge VIH	X	X	X	X	X	X
CHU	-Dr Lamdini	X	X	X	X	X	X
CHU Rabat- Salé	-BENCHEKROUN Soumia Pédiatre Référent de prise en charge des PVIH	X	X	X	X	X	X
DELM-PNLS	-BENNANI Aziza Chef de Service MST- sida	X	X	X	X	X	X
DELM- INH	-EL HARTI EL Mir Biologiste	X	X	X	X	X	X
PNLS	-EL KETTANI Amina Médecin	X	X	X	X	X	X
DELM	-EL OMARI Boutaina UGFM	X	X	X	X	X	X
DPRF	-FARIJI Khadija Chef Service Economie Sanitaire	X	X	X	X	X	X
PNLS	-GHANAM Meriem Statisticienne	X	X	X	X	X	X
PNLS	-GHARGUI Latifa Ingénieur	X	X	X	X	X	X
DRS : SMD	-GUEZZAR Fatiha Chef de Service Santé Publique	X	X	X	X	X	X
CNTS	-HAJJOUT Khadija Médecin	X	X	X	X	X	X
CNTS	-HAKAM Meryem Médecin	X	X	X	X	X	X
DRS : GC	-IDRISSI AZAMi Amina Chef de Service Santé Publique	X	X	X	X	X	X

DRS : MTH	-KHACHCHA Mohammed Médecin – Service, de Santé Publique	X	X	X	X	X	X
DHSA	-LAKHAL Aniss Médecin	X	X	X	X	X	X
CHU : IBN ROCHD Casablanca	-LAMDINI Hassan Médecin- Chargé de l’informatisation du dossier médical des PVVIH	X	X	X	X	X	X
DMS : DRS - Oriental	-NASSIRI khadija Médecin-Service de Santé Publique	X	X	X	X	X	X
DRS - RSZZ	- OTMANI AMOUI Ilham Médecin-Service de Santé Publique	X	X	X	X	X	X
DELM- SMR	- PIRO Yassir Médecin	X	X	X	X	X	X
DELM- SMMD	- RACHIDI Soumaya Chargée du Programme de lutte contre les addictions	X	X	X	X	X	X
DGAPR	- REGRAGUI Mouna Médecin	X	X	X	X	X	X
DELM- SSE	- TRIKI Soumia Médecin	X	X	X	X	X	X
RMO	- SOUIDI Yassine Chargé du Programme Jeunes	X	X	X	X	X	X

NCPI - PARTIE B

[pour l'interview des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences de l'ONU]

Organisation	Noms / Positions	Répondants de la partie B [indiquer les sections pour lesquelles chaque répondant a été interrogé]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
AMSED	-AKERBIB Rachida Chargée de Programme	X	X	X	X	X
AHSUD	- BENDRISS Monssef Directeur	X	X	X	X	X
LMLMST	- EL HACHIMI Hayate Médecin	X	X	X	X	X
ALIS	- HASSINE Lhoucine Médecin	X	X	X	X	X
AMPF	- JBILOU Amina Chargée de Programme	X	X	X	X	X
CRM	- KHADIRI Abdelmalek Médecin	X	X	X	X	X

OPALS	- LARAKI Loubaba Directrice	X	X	X	X	X
ASCS	- MGHAİMİMİ Ghizlane Directrice	X	X	X	X	X
ALCS- Rabat	- RHOUFRAÑI Fatiha Médecin- Présidente	X	X	X	X	X
RDR Maroc	- SERGHINI Fatima Zohra Chargé de Programme	X	X	X	X	X
ONUSIDA	- ALAMI Kamal Administrateur national de programme ONUSIDA	X	X	X	X	X
UNFPA	- BENKIRANE Manal Médecin- Chargée de programme	X	X	X	X	X
ONUSIDA	- EL RHILANI Houssine Conseiller en Information Stratégique	X	X	X	X	X
ONUSIDA	- JEBARI Hajar Stagiaire	X	X	X	X	X
UNICEF	- MANHES Jean Benoit Représentant Adjoint	X	X	X	X	X

Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Partie A

[pour l'interview des fonctionnaires gouvernementaux]

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Le pays a-t-il développé une stratégie multisectorielle de riposte au VIH ?

(Les stratégies multisectorielles doivent notamment inclure celles développées par les ministères, par exemple, ceux repris au point 1.2).

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, quelle est la période couverte [préciser]

2012-2016

SI OUI, veuillez décrire brièvement les principaux développements intervenus par rapport à la stratégie précédente.

SI NON ou **PAS APPLICABLE**, veuillez expliquer brièvement pourquoi.

- Les principaux développements intervenus sont :
- Extension de la couverture des populations clés ;
 - Elaboration de nouveaux plans stratégiques régionaux (PSN 2012-2016) ;
 - Elargissement de dépistage dans les ESSB ; Maternités Hospitalières ; CDTMR et CIDAG fixe et mobile ;
 - Extension des unités de prise en charge des femmes et des enfants victime de violence ;
 - Renforcement du programme national d'élimination de la transmission mère enfant (eTME) à travers l'extension à d'autres d'ESSB et Maternités hospitalières ;
 - Renforcement du programme d'appui psychosocial ;
 - Mise en place de la prévention combinée pour HSH, PS et UDI ;
 - Elaboration d'une stratégie nationale sur l'intégration de l'approche des droits humains ;
 - Mise en œuvre du plan sectoriel du ministère de l'emploi ;
 - Élaboration d'une stratégie Santé des Migrants et Intégration des migrants dans la Prise en charge.

SI OUI, compléter les questions 1.1 à 1.10 ; *SI NON*, passer à la question 2.

1.1. Quels ministères ou agences gouvernementaux assument la responsabilité globale du développement et de la mise en œuvre de la stratégie multisectorielle nationale de riposte au VIH ?

Ministères ou agences gouvernementaux [veuillez compléter].

Ministère de la Santé

1.2. Quels secteurs sont inclus dans cette stratégie multisectorielle et disposent d'un budget spécifique couvrant le VIH pour les actions menées ?

SECTEURS	Inclus dans la stratégie		Budget spécifique	
Éducation	Oui	Non	Oui	Non
Santé	Oui	Non	Oui	Non

Emploi	Oui	Non	Oui	Non
Défense / Police	Oui	Non	Oui	Non
Familles et Solidarité et Entraide Nationale	Oui	Non	Oui	Non
Jeunesse et sport	Oui	Non	Oui	Non
Administration pénitentiaires (DGAPR)	Oui	Non	Oui	Non
Affaires Islamiques	Oui	Non	Oui	Non
Communication	Oui	Non	Oui	Non
Agriculture	Oui	Non	Oui	Non
Enseignement supérieur	Oui	Non	Oui	Non
Intérieur	Oui	Non	Oui	Non

SI AUCUN budget n'est réservé à certains ou à l'ensemble des secteurs ci-dessus, veuillez expliquer les sources de financement utilisées afin de garantir la mise en œuvre de leurs actions spécifiques à la lutte contre le VIH 2

1.3. La stratégie multisectorielle prend-elle en compte les populations clés ou vulnérables, les contextes et les problématiques croisées suivantes ?

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Couples à problèmes	Oui	Non
Personnes âgées	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non

Orphelins et enfants vulnérables ³	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations vulnérables ⁴	Oui	Non
CONTEXTES		
Prisons	Oui	Non
Écoles	Oui	Non
Lieu de travail	Oui	Non
PROBLÉMATIQUES CROISÉES		
Stigmatisation et la discrimination	Oui	Non
Autonomisation des sexes et/ou égalité des sexes	Oui	Non
VIH et pauvreté	Oui	Non
Protection des droits de l'homme	Oui	Non
Implication des personnes vivant avec le VIH	Oui	Non

SI NON, expliquer comment les populations clés ont été identifiées ?

--

1.4. Quelles sont les populations clés et vulnérables identifiées dans le pays dans le cadre des programmes de riposte au VIH ?

Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Les personnes atteintes d'Infections sexuellement transmissibles	Oui	Non
Autres populations clés ou vulnérables [<i>personnes victimes de violence sexuelle ; population passerelle (marins, routiers, ouvrières et ouvriers , professionnels de santé(AES)</i>].	Oui	Non

1.5. Le pays dispose-t-il d'une stratégie de prise en compte des questions liées au VIH dans le cadre des services nationaux en uniforme (militaires, police, gardiens de la paix, personnel pénitentiaire, etc.) ?

Oui	Non
-----	-----

1.6. La stratégie multisectorielle comporte-t-elle un plan opérationnel ?

Oui	Non
-----	-----

1.7. Les éléments suivants sont-ils inclus dans la stratégie multisectorielle ou dans le plan opérationnel ?

a) Objectifs formels du programme ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
b) Objectifs ou jalons clairs ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
c) Coût détaillé de chaque domaine couvert par le programme ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
d) Indication des sources de financement qui appuient la mise en œuvre du programme ?	Oui	Non	Ne s'applique pas

e) Règles de suivi et d'évaluation ?	Oui	Non	Ne s'applique pas
--------------------------------------	-----	-----	-------------------

1.8. Le pays veille-t-il à la pleine implication et participation de la société civile⁵ dans le développement de la stratégie multisectorielle ?

Implication active	Implication modérée	Pas d' implication
--------------------	-----------------------------------	----------------------------------

SI L'IMPLICATION EST ACTIVE, expliquez brièvement comment celle-ci est organisée.

- Le Plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2012/2016, est le résultat d'un travail collectif engagé par tous les acteurs institutionnels et associatifs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida.
- La société civile (ONG) a participé activement à toutes les étapes du processus de planification stratégique depuis l'analyse de la situation et de la riposte jusqu'à l'élaboration de la stratégie nationale.
- Des consultations externes ont concernés :
 - les interventions de prévention proximité auprès des populations vulnérables menées par les ONG,
 - la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
 - la décentralisation des activités au niveau des régions.
- Une revue interne des centres de dépistage du VIH gérés par les ONG a aussi été menée.
- Toutes ces consultations et revues ont été sanctionnées par des rapports d'analyse qui ont été partagés avec l'ensemble des partenaires et discutés dans des ateliers spécifiques.

SI NON ou SI L'IMPLICATION EST MODÉRÉE, veuillez expliquer brièvement pourquoi.

1.9. La stratégie multisectorielle a-t-elle été adoptée par la plupart des partenaires externes au développement (organisations bilatérales et multilatérales) ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

1.10. Les partenaires externes au développement ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes couvrant le VIH en fonction de la stratégie multisectorielle nationale ?

Oui, tous les partenaires	Oui, certains partenaires	Non	Ne s'applique pas
------------------------------	------------------------------	-----	-------------------

SI NON OU SI CERTAINS PARTENAIRES l'ont fait, veuillez expliquer brièvement pour quels domaines il n'y a pas eu d'alignement / harmonisation et pourquoi.

--

2.1. Le pays a-t-il intégré le VIH dans les plans de développement spécifiques suivants ?

PLANS SPÉCIFIQUES DE DÉVELOPPEMENT			
Évaluation nationale commune / Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement	Oui	Non	Ne s'applique pas
Plan de développement national	Oui	Non	Ne s'applique pas
Stratégie de réduction de la pauvreté	Oui	Non	Ne s'applique pas
Plan stratégique national de protection sociale	Oui	Non	Ne s'applique pas
Approche sectorielle	Oui	Non	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].			

2.2. SI OUI, les domaines suivants spécifiques au VIH sont-ils inclus dans un ou plusieurs plans de développement ?

DOMAINES LIÉS AU VIH INCLUS DANS UN PLUSIEURS PLAN(S)			
Élimination du droit punitif	Oui	Non	Ne s'applique pas
Allègement des impacts du VIH (notamment soins palliatifs pour adultes et enfants)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Réduction des inégalités entre les sexes (eu égard aux liens avec la prévention du VIH, le traitement, les soins et/ou le soutien)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Réduction des inégalités de revenus (eu égard aux liens avec la prévention du VIH, le traitement, les soins et/ou le soutien)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Réduction de la stigmatisation et des discriminations	Oui	Non	Ne s'applique pas

Traitement, soins et soutien (notamment protection sociale ou autres programmes)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Autonomisation économique des femmes (par exemple, accès au crédit, à la terre, à la formation)	Oui	Non	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].			

3. Le pays a-t-il évalué l'impact du VIH sur son développement socio-économique dans une perspective de planification ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

3.1. SI OUI, dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 ou zéro signifie « Largement » et 5 signifie « Faiblement », cette évaluation a-t-elle permis d'éclairer les décisions d'allocation des ressources ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

4. Le pays dispose-t-il d'un plan de renforcement du système de santé ?

OUI	NON
-----	-----

Merci d'inclure des informations sur la manière dont cela a eu un impact sur les infrastructures liées au VIH, les ressources humaines, les capacités, et les systèmes logistiques pour délivrer des médicaments :

- A travers :
 - Développement des capacités du personnel de santé
 - Équipements des structures de santé y compris les laboratoires
 - Amélioration de la disponibilité des médicaments et fongibles (+ préservatifs)
 - Révision du système d'informations
 - Développement et diffusion de supports de communication

5. Les établissements médicaux fournissent-ils des services pour le VIH qui sont intégrés à d'autres services médicaux ?

Domaine	Beaucoup	Quelques-uns	Aucun
a) Conseil et test VIH intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive	X		
b) Conseil et test VIH intégrés aux services pour la tuberculose	X		
c) Conseil et test VIH intégrés aux services ambulatoires généraux	X		
d) Conseil et test VIH intégrés aux services pour les maladies chroniques non transmissibles		X	
e) Thérapie antirétrovirale et tuberculose	X		
f) Thérapie antirétrovirale et services ambulatoires généraux			X

g) Thérapie antirétrovirale et maladies chroniques non transmissibles		X	
h) PTME et soins prénataux / santé de la mère et de l'enfant	X		
i) Autres commentaires sur la prise en compte du VIH			

6. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de planification stratégique dans votre pays dans le cadre des programmes de riposte au VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Les principales réalisations sont :
 - Plan national sur les eTME
 - Plan national de Réduction des risques pour les UDI et traitement de substitution à la méthadone
 - Plan national d'Extension de dépistage
 - Plan stratégiques régionaux ;
 - Renforcement de la décentralisation de la prise en charge
 - Plan national d'accompagnement psychosocial
 - Plan national de suivi évaluation : Etude Bio comportementale et la mise en ouvre d'un outil de dispensation électronique des médicaments (ARV et IO).

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Insuffisance des ressources humaines pour la prise en charge (médecins, infirmiers)
- Mise en œuvre, gestion et suivi des plans régionaux

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

Un soutien politique solide signifie des dirigeants gouvernementaux et politiques qui s'expriment régulièrement concernant le VIH et le sida, et démontrent leur leadership de différentes manières, par l'allocation de budgets nationaux pour le soutien des programmes de riposte au VIH et par l'utilisation efficace des services gouvernementaux et des organisations de la société civile en vue de soutenir les programmes de riposte au VIH.

1. Les hauts fonctionnaires suivants s'expriment-ils publiquement et favorablement concernant les efforts de riposte au VIH dans le cadre des principaux forums nationaux, et ce au moins deux fois l'an ?

A. Ministres

Oui	Non
-----	-----

B. Autres hauts fonctionnaires au niveau infranational

Oui	Non
-----	-----

1.1. Au cours des 12 derniers mois, le chef du gouvernement ou d'autres hauts fonctionnaires ont-ils entrepris des actions démontrant leur leadership dans la riposte au VIH ?

(Par exemple, promesse de ressources supplémentaires afin de rectifier des faiblesses identifiées dans la riposte au VIH, intervention dans le cadre d'une conférence nationale ou internationale majeure où le VIH est présenté comme une question liée aux droits de l'homme, et activités telles que la visite d'une clinique proposant des services aux personnes atteintes du VIH, etc.)

Oui	Non
-----	-----

Veuillez brièvement décrire des exemples de situations où le chef du gouvernement ou d'autres hauts fonctionnaires ont démontré leur leadership.

- On cite comme exemple :
- Sidaction de l'ALCS était placé sous le patronage de Sa Majesté le Roi Mohammed VI ;
- Les campagnes de dépistage ont été lancées par le Ministre de la Santé qui a donné l'exemple en subissant le test dépistage avec une large médiatisation
- La stratégie sur la santé des migrants a été lancée conjointement par le ministre de la santé et le délégué interministériel des droits de l'homme ;
- La stratégie des droits de l'Homme et VIH a été lancée par le président du CNDH ;
- Lancement du PSN par plusieurs ministres.

2. Le pays dispose-t-il d'un organe de coordination multisectoriel officiellement reconnu pour les questions liées au VIH (c'est-à-dire, un comité national pour la riposte au VIH ou un organe équivalent) ?

Oui	Non
-----	-----

SI NON, veuillez expliquer brièvement pourquoi et comment les programmes de riposte au VIH sont gérés.

--

2.1. SI OUI :

SI OUI, cet organe de coordination national multisectoriel pour les questions liées au VIH :		
Dispose-t-il de règles de référence ?	Oui	Non
Dispose-t-il d'une implication active et d'un leadership au sein du gouvernement ?	Oui	Non
SI OUI, Pr Sekkat Abdelhak		
Dispose-t-il d'un président officiel ?	Oui	Non
SI OUI, Pr Sekkat Abdelhak		
Dispose-t-il de plusieurs membres ?	Oui	Non
SI OUI, quel est leur nombre ?25		
Compte-t-il des représentants de la société civile parmi ses membres ?	Oui	Non
SI OUI, quel est leur nombre ?8		
Compte-t-il des personnes vivant avec le VIH parmi ses membres ?	Oui	Non
SI OUI, quel est leur nombre ?1		
Compte-t-il des représentants du secteur privé parmi ses membres ?	Oui	Non
Renforce-t-il la coordination des donateurs afin d'éviter les financements parallèles et les efforts redondants dans le cadre des programmes et du reporting ?	Oui	Non

3. Le pays dispose-t-il d'un mécanisme favorisant les interactions entre le gouvernement, les organisations de la société civile et le secteur privé pour la mise en œuvre des stratégies et programmes de riposte au VIH ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

SI OUI, veuillez brièvement décrire les principales réalisations.

- C'est la réalisation du Comité de coordination du Maroc et des Comités régionaux intersectoriels.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- La représentativité encore insuffisante de certains partenaires au sein de l'instance de coordination ;
- Faiblesses des liens avec les instances régionales de coordination.

4. Quel pourcentage du budget national alloué au VIH a été consacré à des actions mises en œuvre par la société civile au cours de l'année écoulée ?

40%

5. Quel type de soutien le comité national de riposte au VIH ou l'organe équivalent apporte-t-il aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre d'actions liées au VIH ?

Développement des moyens	Oui	Non
Coordination avec les autres partenaires de mise en œuvre	Oui	Non
Information sur les besoins prioritaires	Oui	Non
Approvisionnement et distribution de médicaments et d'autres ressources	Oui	Non
Encadrement technique	Oui	Non
Autres [veuillez compléter].	Oui	Non
Mise à disposition de locaux et produit	Oui	Non
Détachement de personnel (médecins et infirmiers)	Oui	Non

6. Le pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales afin de déterminer celles qui, le cas échéant, sont incohérentes avec les politiques nationales de contrôle du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

6.1. SI OUI, des politiques et des lois ont-elles été modifiées afin de les rendre cohérentes avec les politiques nationales de contrôle du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez indiquer les politiques et les lois modifiées ainsi que la nature des modifications apportées.

Veuillez indiquer toute discordance qui subsiste entre des politiques et des lois, et les politiques nationales de contrôle du sida.

7. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocre » et 10 signifie « Excellent », comment évalueriez-vous le soutien politique apporté au programme de riposte au VIH en 2013 ?

Très médiocre		Excellent
---------------	--	-----------

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	----------	---	----

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Les principales réalisations sont :
 - Le lancement des campagnes de dépistage en 2012 et 2013;
 - L'élaboration d'une stratégie nationale sur la santé des migrants ;
 - L'élaboration d'une stratégie sur les droits de l'Homme et VIH/sida ;
 - Lancement du Plan Stratégique National de 2012-2016 et des Plans Stratégiques Régionaux ;
 - Construction de quatre centres de réduction de risque des UDI par la Fondation Royale Mohamed V de solidarité.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Les disparités interrégionales et entre groupes de populations en matière d'accès aux services de prévention, dépistage et traitement devraient être réduites
- Sur le plan du financement, la couverture des populations défavorisées par les systèmes d'assurance maladie demeure insuffisante.

III. DROITS DE L'HOMME

1.1. Le pays dispose-t-il de lois et de réglementations contre les discriminations qui établissent des protections pour des populations clés ou vulnérables spécifiques ? Veuillez entourer « oui » si des dispositions spécifiques s'appliquent à une ou plusieurs des populations clés ou vulnérables suivantes.

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Migrants / populations déplacées	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Orphelins et enfants vulnérables	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Personnes handicapées	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consommateurs de drogues injectables	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Détenus	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Professionnel(le)s du sexe	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Communauté transgenre	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Femmes et filles	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres populations vulnérables [veuillez compléter].	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

1.2. Le pays dispose-t-il d'une loi générale contre les discriminations (c'est-à-dire non spécifique aux discriminations liées au VIH) ?

<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------

SI OUI pour la question 1.1. ou 1.2., veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois.

- Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de juillet 2011 (art 31).

Veuillez brièvement expliquer les mécanismes mis en place afin de garantir l'application de ces lois.

- Les institutions des droits humains : Conseil national des droits de l'homme (CNDH) ;
- CRDH ;
- Délégation interministérielle des droits de l'Homme.

Veuillez brièvement commenter la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées.

- Les lois sont actuellement appliquées mais avec une lenteur et parfois des dépassements qui mettent en cause leur application.

2. Le pays dispose-t-il de lois, de réglementations ou de politiques constituant un obstacle⁶ à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien des populations clés ou vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, pour quelles populations clés ou vulnérables ?		
Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Personnes âgées	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes hommes et jeunes femmes	Oui	Non
Autres populations ⁷ vulnérables [veuillez compléter].	Oui	Non

Veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois, réglementations ou politiques.

- Prostitution (article 502 du Code pénal)
- HSH: Article 489 du code pénal du Maroc, qui condamne « quiconque commet un acte impudique ou contre-nature avec un individu de son sexe ».
- Loi n° 04-18 du 25 Décembre 2004 sur l'usage des stupéfiants

Veuillez commenter brièvement les obstacles qu'elles constituent.

--

IV. PRÉVENTION

1. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui favorise la formation, l'éducation et la communication concernant le VIH auprès du grand public ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, quels sont les messages clés explicitement véhiculés ?		
Retardement des premiers rapports sexuels	Oui	Non
Adoption d'un comportement sexuel plus sûr	Oui	Non
Lutte contre la violence à l'encontre des femmes	Oui	Non
Renforcement de l'acceptation et de l'implication des personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Plus grande implication des hommes dans les programmes liés à la santé reproductive	Oui	Non
Connaissance du statut VIH pour la population	Oui	Non
Circoncision masculine opérée sous supervision médicale	Oui	Non
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Oui	Non
Promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes	Oui	Non
Réduction du nombre de partenaires sexuels	Oui	Non
Utilisation d'aiguilles et de seringues propres	Oui	Non
Utilisation systématique du préservatif	Oui	Non
Autres [veuillez compléter].	Oui	Non
Fidélité	Oui	Non
Abstinence	Oui	Non

- 1.2. Au cours de l'année écoulée, le pays a-t-il mis en œuvre une action ou un programme visant à promouvoir l'exactitude des informations diffusées par les médias concernant le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à promouvoir l'intégration du VIH dans le cadre de l'éducation à la vie courante pour les jeunes ?

Oui	Non
-----	-----

- 2.1. Le VIH fait-il partie des programmes de formation :

Le VIH fait-il partie des programmes de formation :		
Des écoles primaires ?	Oui	Non

Des écoles secondaires ?	Oui	Non
Des enseignants ?	Oui	Non

2.2. La stratégie comporte-t-elle

a) Des éléments liés à la santé sexuelle et reproductive adaptés à l'âge du public visé ?

Oui	Non
-----	-----

b) Des éléments liés à la santé sexuelle et reproductive soulignant l'égalité des sexes ?

Oui	Non
-----	-----

2.3. Le pays dispose-t-il d'une stratégie d'éducation au VIH pour les jeunes non scolarisés ?

Oui	Non
-----	-----

3. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie favorisant la formation, l'éducation et la communication ainsi que d'autres interventions préventives pour les populations clés et vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

Veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique ou stratégie.

- Formation des éducateurs pairs parmi les jeunes des différentes institutions gouvernementales et de la société civile ;
- Production et diffusion de différents supports d'information et de communication lors des campagnes nationales et à l'occasion d'événements nationaux comme la journée mondiale, le Sidaction.... ;
- Intégration de la communication sur la prévention du sida dans les programmes de développement locaux

3.1. SI OUI, quels sont les populations et les éléments de prévention du VIH pris en compte par cette politique ou cette stratégie ?

Cocher les populations et éléments spécifiques inclus dans cette politique / stratégie.

	CDI ⁸	MSM ⁹	Professionnel(le)s du sexe	Client(e)s des professionnel(le)s du sexe	Détenus	Autres populations ¹⁰ [veuillez compléter]
Promotion de l'utilisation du préservatif	X	X	X	X	X	Migrants Ouvrières PVVIH Routiers

Traitement de substitution pour les toxicomanes	X					
Conseil et test VIH	X	X	X	X	X	X
Remplacement des aiguilles et seringues	X					
Santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST	X	X	X	X	X	X
Réduction de la stigmatisation et des discriminations	X	X	X	X	X	X
Information ciblée pour la réduction des risques et l'éducation au VIH	X	X	X	X	X	X
Réduction des vulnérabilités (par exemple, génération de revenus)	X	X	X			X

3.2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts politiques de soutien de la prévention du VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Les principales réalisations sont :
- Extension de la couverture par les programmes de prévention de proximité auprès des professionnels (le)s du sexe à plusieurs villes du pays ;
- Mise en œuvre de la prévention combinée auprès des HSH et PS ;
- Extension des programmes notamment pour les consommateurs de drogues injectables, les migrants en situation irrégulière, les routiers ;
- Mise en œuvre du plan national d'PTME ;
- Mise en œuvre des campagnes nationales de dépistage.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Mise à l'échelle des activités de prévention et de dépistage pour palier à la faible couverture au niveau national et insuffisance de l'accès géographique ;
- Nécessité d'étendre la réalisation du dépistage au personnel non médical.

4. Le pays a-t-il identifié des besoins spécifiques en matière de prévention du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ces besoins spécifiques ont-ils été déterminés ?

- Ces besoins ont été déterminés par des estimations réalisées chaque année par le PNL5

SI OUI, quels sont-ils ?

- La mise en place d'un paquet complet de prévention combinée au profit des populations clés dans les sites de fréquentation.

4.1. Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en œuvre ?

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Sécurité transfusionnelle	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Promotion de l'utilisation du préservatif	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien économique, par exemple, versement d'aides financières	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des effets négatifs pour les consommateurs de drogues injectables	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH chez les jeunes non scolarisés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH sur le lieu de travail	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Conseil et test VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Information, éducation et communication ¹¹ sur la réduction des risques	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Information, éducation et communication pour la réduction de la stigmatisation et des discriminations	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention pour les personnes vivant avec le VIH ¹²	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction du risque pour les partenaires intimes des populations clés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des violences sexistes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Éducation au VIH pour les jeunes au sein des écoles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention dans le cadre du traitement	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Précautions universelles dans les établissements médicaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	1	2	3	4	Ne s'applique pas

5. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

V. SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il identifié les éléments essentiels d'une approche complète pour le traitement du VIH, les soins et le soutien ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez identifier brièvement ces éléments et indiquer les priorités définies.

- Les éléments essentiels sont :
 - ARV, IO
 - APPUI PSYCHOSOCIAL
 - eTME

Identifiez brièvement les modalités d'extension du traitement du VIH, des soins et des services de soutien.

- Décentralisation de la prise en charge
- Formation du personnel
- Informatisation du dossier du malade
- Gestion informatisé des médicaments
- Disponibilité des médicaments

1.1. Dans quelle mesure les services suivants de traitement du VIH, de soins et de soutien ont-ils été mis en œuvre ?

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale pour les patients atteints de tuberculose	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Cotrimoxazole pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Diagnostic infantile précoce	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien économique	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins et soutien familiaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins et soutien sur le lieu de travail (y compris l'aménagement des conditions de travail)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Conseil et test VIH pour les tuberculeux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes professionnels d'orientation vers les traitements adéquats	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins nutritionnels	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Traitement du sida chez l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins palliatifs pour les enfants et les adultes	1	2	3	4	Ne s'applique pas

La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants.	Pas du tout	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale postnatale pour les femmes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition non professionnelle (par exemple, agression sexuelle)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition professionnelle au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Gestion des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Contrôle de l'infection par la tuberculose dans le cadre du traitement du VIH et au sein des établissements médicaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Traitement des affections couramment liées au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	1	2	3	4	Ne s'applique pas

2. Le gouvernement dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie afin d'apporter un soutien socio-économique aux personnes infectées / affectées par le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

Veuillez clarifier les types de soutien socio-économique fournis¹³ :

- APPUI PSYCHOSOCIAL

3. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie pour le développement / l'utilisation des médicaments génériques ou l'importation parallèle de médicaments pour le traitement du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

4. Le pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d’approvisionnement pour des produits critiques tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les produits de substitution ?

Oui	Non	Ne s’applique pas
-----	-----	-------------------

SI OUI, pour quels produits ?

- Préservatifs ;
- ARV,
- produits de substitution.

5. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Introduction des médicaments ARV de deuxième et troisième ligne ;
- Le seuil d’éligibilité au ARV est passé de CD4<350 à CD4<500 ;
- Extension du programme TSO ;
- Prophylaxie par l’isoniazide ;
- Elargissement du programme d’appui psychosocial ;
- Augmentation de la couverture des personnes ayant besoin d’ARV à 49% (CD4<500) ;
- Renforcement de la décentralisation de la prise en charge des PPVIH ;
- Informatisation de la gestion du dossier du PPVIH suivi par les centres de prise en charge.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- La décentralisation de la prise en charge
- Coût potentiel des ARV pour les PVVIH qui devront passer en traitement de deuxième et troisième lignes.

6. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie permettant de répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	Ne s'applique pas
-----	-----	-------------------

6.1. SI OUI, existe-t-il une définition opérationnelle nationale des notions d'orphelin et d'enfant vulnérable ?

Oui	Non
-----	-----

6.2. SI OUI, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national spécifiquement destiné aux orphelins et aux enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

7. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts visant à répondre aux besoins liés au VIH des orphelins et enfants vulnérables en 2013 ?

Très médiocres											Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Le plan stratégique national de 2012/2016 a inclus les interventions visant les enfants infectés et affectés ainsi que les enfants vulnérables.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

VI. SUIVI ET ÉVALUATION

1. Le pays dispose-t-il d'un plan national de suivi et d'évaluation du VIH ?

Oui	En cours d'élaboration	Non
-----	------------------------	-----

Veuillez brièvement décrire les éventuels défis qui se posent dans le développement ou la mise en œuvre.

- Dans le cadre du PSN 2012-2016 un plan de Suivi et Évaluation de la riposte nationale au VIH/sida est mis en place :
 - Mettre à disposition des acteurs au niveau national et au niveau des régions des données pour analyser la situation Epidémiologique ;
 - Suivre les programmes de prévention et de prise en charge et évaluer les résultats des activités menées sur le terrain.

1.1. SI OUI, quelle est la période couverte [veuillez compléter].

2012-2016

1.2. SI OUI, les partenaires clés ont-ils aligné et harmonisé leurs exigences en matière de suivi et d'évaluation (y compris les indicateurs) en fonction du plan national de suivi et d'évaluation ?

Oui, tous les partenaires	Oui, certains partenaires	Non	Ne s'applique pas
------------------------------	------------------------------	-----	-------------------

Veuillez décrire brièvement les problèmes qui se posent.

- Difficulté à aligner la totalité des partenaires aux normes et standard en matière de S&E ;
- Difficulté de collecter régulièrement les données ;
- Difficulté à mettre en place une base de données intégrée et centralisée.

2. Le plan national de suivi et d'évaluation intègre-t-il les éléments suivants ?

Stratégie de collecte des données	Oui	Non
SI OUI , prend-elle en compte les éléments suivants :		
Études comportementales	Oui	Non
Évaluation et recherché	Oui	Non
Surveillance de la résistance aux traitements contre le VIH	Oui	Non
Surveillance du VIH	Oui	Non
Suivi routinier des programmes	Oui	Non
Stratégie d'analyse des données	Oui	Non
Stratégie de diffusion et d'utilisation des données	Oui	Non
Série standardisée et clairement définie d'indicateurs ventilés selon le sexe et l'âge lorsque cela est approprié	Oui	Non

4.3. Des mécanismes sont-ils mis en place afin de garantir que tous les partenaires clés transmettent leurs données de suivi et d'évaluation à cette unité afin de les intégrer dans le système national de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non
-----	-----

Veillez décrire brièvement les mécanismes de partage des données.

- Les données des programmes sont collectées régulièrement et centralisées au niveau du PNLS et utilisées pour le suivi des programmes.
- Ces données sont régulièrement publiées dans des rapports de suivi et partagées à l'occasion d'ateliers nationaux ou régionaux, notamment à l'occasion de la préparation du rapport national sur le sida.

Quels sont les principaux défis dans ce domaine ?

- Une grande partie des données échappent au suivi des activités du PSN par le PNLS, notamment celles relatives aux projets financés dans le cadre d'appui autre que celui du Fonds Mondial ou le Système des Nations Unies.
- Non standardisation des supports d'information

5. Existe-t-il un comité national de suivi et d'évaluation ou un groupe de travail qui se réunit régulièrement afin de coordonner les activités de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non
-----	-----

6. Une base de données nationale centralisée existe-t-elle pour les données afférentes au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez décrire brièvement cette base de données et les responsables de sa gestion.

Les données sont centralisées au niveau du PNLS en utilisant plusieurs outils et bases de données.

Plusieurs bases de données nationales centralisées sont disponible. (Surveillance, Cas VIH/sida, Cas IST, Dépistage, Prise en charge des PVVIH, Prévention auprès des MARPS).

6.1.SI OUI, comporte-t-elle des informations concernant la nature, les populations clés visées et la couverture géographique des services liés au VIH ainsi que concernant les organisations qui les mettent en œuvre ?

Oui, tous les éléments ci-dessus	Oui, mais seulement certains des éléments ci-dessus	Non, aucun des éléments ci-dessus
----------------------------------	---	-----------------------------------

SI OUI, mais seulement certains éléments, quels sont les éléments effectivement inclus ?

- PS,
- HSH,
- UDI,
- Migrants,
- Ouvrières.

6.2. Existe-t-il un système fonctionnel d'information sur la santé¹⁴ ?

Au niveau national	Oui	Non
Au niveau infranational	Oui	Non
SI OUI , à quel(s) niveau(x) ? [veuillez compléter]. National, regional, provincial et local		

7.1. Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs en antirétroviraux chez l'enfant et l'adulte ?

Estimations des besoins actuels et futurs	Estimations des besoins actuels uniquement	Non
---	--	-----

7.2. Existe-t-il un suivi de la couverture des programmes de riposte au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

(a) SI OUI, la couverture est-elle suivie avec une ventilation selon le sexe ?

Oui	Non
-----	-----

(b) SI OUI, la couverture est-elle suivie avec une ventilation selon les groupes de population ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, pour quels groupes de population ?

- Jeunes Femmes,
- Professionnels du sexe (féminins et masculins),
- HSH,
- Usagers de drogues injectables,
- Les prisonniers,
- Les personnes atteintes d'Infections sexuellement transmissibles,
- Les personnes vivant avec le VIH et personnes affectées par le VIH.

Veuillez expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées.

- Suivi, analyse, évaluation, planification et prise de décision et/ou réajustement

(c) La couverture est-elle suivie avec une ventilation par zone géographique ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, à quels niveaux (province, district, autre) ?

- A tous les niveaux : National, régional, provincial et local

Veuillez expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées.

- Suivi, analyse, évaluation, planification et prise de décision et/ou réajustement se font à tous les niveaux avec identification des régions prioritaires.

8. Le pays publie-t-il un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH, y compris les données de surveillance du VIH, au moins une fois par an ?

Oui	Non
-----	-----

9. Comment les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées ?

Pour l'amélioration des programmes ?	Oui	Non
Pour le développement et la révision de la riposte nationale au VIH ?	Oui	Non
Pour l'allocation des ressources ?	Oui	Non
Autres [veuillez compléter].		

Veuillez brièvement fournir des exemples spécifiques de la manière dont les données de suivi et d'évaluation sont utilisées et des principaux défis qui se posent le cas échéant.

- Les données de S&E ont été utilisées dans le cadre : de la revue du PSN 2012-2016. Notamment les études (MoT, NASA, RDS HSH, RDS PSF, RDS UDI), de la revue des programmes de prévention, et de la revue des programmes de prise en charge etc ;
- L'élaboration de la proposition du Maroc au Fonds Mondial Round 10 ;
- Réorientation de l'allocation des ressources financières dans le cadre du PSN 2012-2016 ;
- Le renforcement des programmes de préventions auprès des populations clés ;
- L'élargissement du programme eTME et dépistage ;
- Décentralisation de la prise en charge des PVVIH.

10. Au cours de l'année écoulée, une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été menée ?

Au niveau national	Oui	Non
SI OUI , combien de personnes ont été formées ? 80 personnes		
Au niveau infranational ?	Oui	Non
SI OUI , combien de personnes ont été formées ?		
Au niveau des prestataires de services et de la société civile	Oui	Non
SI OUI , quel est leur nombre ?		

10.1. D'autres activités de développement des moyens de suivi et d'évaluation ont-elles été menées en dehors de la formation ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez décrire ces activités.

11. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocre » et 10 signifie « Excellente », quelle a selon vous été la qualité du suivi et de l'évaluation du VIH en 2013 ?

Très médiocre										Excellente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

Evaluation du système de S&E national avec la méthodologie des 12 composante
Evaluation du système de surveillance
Elaboration d'un agenda nationale de recherche
Formation des partenaires en matière des estimations
Conduite de plusieurs études bio-comportementales (Migrants, UDI)
Elaborations des estimations nationales VIH/sida
Estimations des tailles des MARPS
Conduite de l'étude MoT
Lancement d'un projet de code unique pour le suivi des programmes de prévention auprès des MARPS

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

Manque de ressources humaines
Disponibilité d'une base de données nationale intégrée

Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)

Partie B

[pour l'interview des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences de l'ONU]

I. IMPLICATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE¹⁵

1. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile a-t-elle contribué à renforcer l'engagement politique des principaux leaders et la formulation de stratégies et politiques nationales ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- Participation active des ONG à l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida 2012-2016 ainsi qu'à l'élaboration des plans stratégiques régionaux et à la préparation de demande de reconduction de la proposition du 10^{ème} appel du Fonds Mondial pour la période 2014-2016.

2. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », les représentants de la société civile ont-ils été impliqués dans la planification et la budgétisation pour le Plan stratégique national de riposte au VIH ou pour le plan d'action le plus récent (par exemple, en participant à des réunions de planification et à la révision d'avant-projets) ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- Les représentants des ONG ont été impliqués dans la planification et la budgétisation du Plan stratégique national et des plans régionaux.
- Dans sa nouvelle restructuration, le CCM a renforcé la représentation de la société civile et des principales populations clés touchées par le VIH.

3. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », les services fournis par la société civile en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien sont-ils inclus dans :

a. La stratégie nationale de riposte au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. Le budget national de riposte au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

c. Les rapports nationaux sur le VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- Participation à l'élaboration des rapports nationaux, aux revues à mi-parcours de la mise en œuvre de la déclaration politique et à l'évaluation du programme national de lutte contre les IST/sida

4. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile est-elle impliquée dans le suivi et l'évaluation de la riposte au VIH ?

a. Développement du plan national de suivi et d'évaluation ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

b. Participation au Comité national de suivi et d'évaluation / groupe de travail responsable de la coordination des activités de suivi et d'évaluation ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

c. Participation à l'utilisation des données pour la prise de décision ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

Les ONG ont contribué à l'évaluation du système national de S&E et l'élaboration du nouveau plan de S&E pour accompagner le PSN 2012-2106. La grande partie des données des programmes sont collectées auprès des ONG nationales surtout celles qui offrent des services aux MARPS.
 Les ONG nationales ont adopté les indicateurs nationaux et adapté leurs systèmes de S&E pour alimenter le système national de S&E.
 Les ONG nationales contribuent aux différentes activités de S&E, collecte des données, participation aux études, validation des résultats des études (études bio-comportementales, études CAP, estimations etc.), participation aux différentes réunions d'évaluation des programmes de S&E.

5. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la représentation de la société civile dans les efforts de riposte au VIH est-elle suffisamment diversifiée (par exemple, organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH ou de professionnel(le)s du sexe, organisations représentant les collectivités locales et associations religieuses) ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- La diversification existe mais elle a besoin d'être renforcée, notamment par la création de réseaux et le développement de la collaboration et coordination entre les ONG thématiques et le reste des ONG qui appuient les actions du Plan stratégique national.

6. Dans quelle mesure, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie « Faiblement » et 5 signifie « Largement », la société civile est-elle en mesure d'accéder :

- a. À un soutien financier adéquat pour la mise en œuvre de ses activités liées au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

- b. À un soutien technique adéquat pour la mise en œuvre de ses activités liées au VIH ?

FAIBLEMENT					LARGEMENT
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- Il y a une diversité de financements y compris au niveau local :
 - l'appui de l'Initiative Nationale de Développement Humain,
 - l'appui de la Fondation Mohammed V pour la solidarité, etc.

7. Quel pourcentage des programmes / services suivants est estimé être fourni par la société civile ?

Prévention pour les populations clés				
Personnes vivant avec le VIH	<25 %	25-50 %	51-75 %	<75 %
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<25 %	25-50%	51-75%	< 75 %
Consommateurs de drogues injectables	<25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Professionnel(le)s du sexe	<25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Communauté transgenre	<25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Soins et services				
Soins palliatifs	<25 %	25-50%	51-75%	<75 %
Conseil et test	<25 %	25-50%	51-75 %	<75 %
Assistance légale et juridique	<25 %	25-50%	51-75 %	<75 %
Réduction de la stigmatisation et des discriminations	<25 %	25-50%	51-75 %	<75 %
Services cliniques (thérapie antirétrovirale / infections opportunistes)	< 25 %	25-50%	51-75 %	<75 %
Soins à domicile	<25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %
Programmes pour les OEV*	<25 %	25-50%	51-75 %	< 75 %

* OEV = Orphelins et enfants vulnérables

8. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts visant à renforcer la participation de la société civile en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- L'implication de la société civile prend de plus en plus de l'ampleur dans le processus national et régional de la riposte au sida.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Insuffisance d'intégration de la prévention du VIH dans les programmes de développement au niveau local et nécessité d'une coordination plus efficace entre les intervenants.
- Manque d'harmonisation du système de suivi/évaluation entre les différentes associations.

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

1. Le gouvernement a-t-il impliqué les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ou vulnérables dans la conception des politiques gouvernementales de riposte au VIH et dans l'implémentation des programmes à travers un soutien politique et financier ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez en donner quelques exemples.

- Cette implication est devenue effective, mais elle a besoin d'être renforcée à l'avenir.

III. DROITS DE L'HOMME

- 1.1 Le pays dispose-t-il de lois et de réglementations contre les discriminations qui établissent des protections pour des populations clés ou vulnérables spécifiques ? Veuillez entourer « oui » si des dispositions spécifiques s'appliquent à une ou plusieurs des populations clés suivantes.

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Migrants / populations déplacées	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non
Orphelins et enfants vulnérables	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Personnes handicapées	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Consommateurs de drogues injectables	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Détenus	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes femmes et jeunes hommes	Oui	Non
Autres populations vulnérables [veuillez compléter].	Oui	Non

1.2. Le pays dispose-t-il d'une loi générale contre les discriminations (c'est-à-dire non spécifique aux discriminations liées au VIH) ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI pour la question 1.1 ou 1.2, veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois.

- La constitution de 2011 interdit toute forme de discrimination entre citoyens qui soit liée au genre, à la religion ou au statut social.

Veuillez brièvement expliquer les mécanismes mis en place afin de garantir l'application de ces lois.

- La mission du Conseil National des Droits Humains lui confère le pouvoir de contrôle l'application de toutes les lois relatives aux droits humains.
- D'autres instances interviennent également dans ce domaine, notamment les ONG de droits humains (AMDH, OMDH) et l'Institution du médiateur (ombudsman).

Veuillez brièvement commenter la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées.

- L'application de ces lois peut connaître des difficultés en rapport avec :
 - la lenteur bureaucratique,
 - la faible décentralisation des services,
 - le déficit de communication et d'information du public sur l'existence de ces instances de recours.

2. Le pays dispose-t-il de lois, de réglementations ou de politiques constituant un obstacle¹⁶ à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien des populations clés ou vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

2.1. SI OUI, pour quelles populations ?

POPULATIONS CLÉS ET VULNÉRABLES		
Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
Migrants / populations déplacées	Oui	Non
Orphelins et enfants vulnérables	Oui	Non
Personnes handicapées	Oui	Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
Détenus	Oui	Non
Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
Communauté transgenre	Oui	Non
Femmes et filles	Oui	Non
Jeunes femmes et jeunes hommes	Oui	Non
Autres populations ¹⁷ vulnérables [veuillez compléter] : Mineurs	Oui	Non

Veuillez décrire brièvement le contenu de ces lois, réglementations ou politiques.

Veuillez commenter brièvement les obstacles qu'elles constituent.

- La pénalisation des populations clé (PS, UDI, HSH) constitue un obstacle majeur à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au soutien de ces populations clés.
- La loi interdit l'accès aux mineurs (- 18 ans) au dépistage volontaire, à condition d'être accompagné par un tuteur.

3. Le pays dispose-t-il d'une politique, d'une loi ou d'une réglementation visant à réduire la violence à l'encontre des femmes, afin de notamment protéger les victimes d'agressions sexuelles ou les femmes vivant avec le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

Veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique, loi ou réglementation et les populations visées.

- Réforme récente de l'Article 475 du code pénal en vertu duquel :
«quiconque, sans violences, menaces ou fraudes, enlève ou détourne, ou tente d'enlever ou de détourner, un mineur de moins de dix-huit ans, est passible d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 200 à 500 dirhams».

- Un projet de loi relatif à la lutte contre la violence à l'égard des femmes est en cours de finalisation.

4. La promotion et la protection des droits de l'homme sont-elles explicitement mentionnées dans une quelconque politique ou stratégie de riposte au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez décrire brièvement les dispositions afférentes aux droits de l'homme figurant dans cette politique ou cette stratégie de riposte au VIH.

- Dans son deuxième principe directeur, le PSN 2012-2016 met un accent particulier sur la réduction des inégalités liées aux droits humains et au genre et l'équité dans l'accès aux services VIH. Il accorde aussi une importance à la création d'un environnement favorable pour les interventions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. La mobilisation des acteurs de santé, de la société civile, des institutions de droits humains et des leaders d'opinions constitue le socle de ce principe directeur.

5. Existe-t-il un mécanisme d'enregistrement, de documentation et de prise en charge des cas de discrimination rencontré par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ou vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez brièvement décrire ce mécanisme.

- Conseil National des Droits Humains
 - AMDH,
 - OMDH,
 - l'Institution du médiateur.

6. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de gratuité pour les services suivants ? Veuillez indiquer si ces services sont fournis gratuitement à tous, à certaines personnes ou à aucune personne (entourez « oui » ou « non » selon le cas).

	Gratuit pour tous		Gratuit pour certaines personnes		Pas de gratuité	
Thérapie antirétrovirale	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Services de prévention du VIH ¹⁸	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Soins et soutien liés au VIH	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Le cas échéant, quelles sont les populations identifiées comme prioritaires, et pour quels services ?

- Les personnes qui non accès à aucune couverture médicale
- Les SDF
- Les cas urgents
- Les populations clé
- Les enfants

7. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à assurer un accès équivalent pour les hommes et les femmes aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ?

Oui	Non
-----	-----

7.1. En particulier, le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie assurant l'accès aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien pour les femmes en dehors du contexte d'une grossesse et d'un accouchement ?

Oui	Non
-----	-----

8. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie visant à assurer un accès équivalent pour les populations clés et vulnérables aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez décrire brièvement le contenu de cette politique ou de cette stratégie ainsi que les populations visées.

- La stratégie du PSN 2012-2016 est fondée sur l'atteinte d'une couverture optimale de qualité en matière de prévention, de soins et de soutien pour l'ensemble des PVVIH et des personnes les plus exposées ou vulnérables au VIH/sida.

8.1. SI OUI, cette politique ou cette stratégie comporte-t-elle différents types d'approches afin de garantir un accès équivalent pour différentes populations clés ou vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez expliquer brièvement les différents types d'approches employés afin de garantir un accès équivalent pour les différentes populations.

- Communication, éducateurs pairs, interventions de proximité, appui psychosocial, accès aux services de traitement et de soins, médiation sociale, campagnes de dépistage...

9. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une loi qui interdit le dépistage du VIH en vue de l'obtention d'un contrat d'emploi (recrutement, affectation / relocalisation, nomination, promotion, licenciement) ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez brièvement décrire le contenu de cette politique ou de cette loi.

--

10. Le pays dispose-t-il des mécanismes suivants pour le suivi et le respect des droits de l'homme ?

a. Institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, notamment commissions des droits de l'homme, commissions pour la réforme des lois, garde-fou et médiateurs qui prennent en compte les questions liées au VIH dans le cadre de leur travail.

Oui	Non
-----	-----

b. Indicateurs de performance ou de référence pour le respect des normes en matière de droits de l'homme dans le contexte des efforts de riposte au VIH.

Oui	Non
-----	-----

SI OUI pour l'une des questions ci-dessus, veuillez donner quelques exemples.

--

11. Au cours des deux dernières années, les activités de formation et/ou de développement des moyens suivantes ont-elles été organisées ?

a. Programmes d'éducation et de sensibilisation auprès des personnes vivant avec le VIH et des populations clés concernant leurs droits (dans le contexte du VIH)¹⁹ ?

Oui	Non
-----	-----

b. Programmes destinés au personnel judiciaire et aux forces de l'ordre concernant les questions liées au VIH et aux droits de l'homme susceptibles de surgir dans le cadre de leur travail ?

Oui	Non
-----	-----

12. Les services de soutien juridique suivants sont-ils disponibles dans le pays ?

a. Systèmes d'aide juridique pour les dossiers liés au VIH

Oui	Non
-----	-----

CNDH

b. Cabinets juridiques privés ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à tarif réduit aux personnes vivant avec le VIH

Oui	Non
-----	-----

13. Existe-t-il des programmes visant à réduire la stigmatisation et les discriminations liées au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, de quels types de programmes s'agit-il ?		
Programmes pour le personnel médical	Oui	Non
Programmes pour les médias	Oui	Non
Programmes sur le lieu de travail	Oui	Non
Autres [veuillez compléter]: Programmes pour les religieux	Oui	Non

14. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellentes », comment évalueriez-vous les politiques, lois et réglementations mises en place pour la promotion et la protection des droits de l'homme en 2013 ?

Très médiocres										Excellentes
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?
<ul style="list-style-type: none"> • La constitution de 2011 ; • Le Conseil National des Droits de l'Homme et ses délégations régionales ; • La création d'une délégation des Droits de l'Homme au sein du gouvernement ; • L'élaboration d'une stratégie nationale sur l'intégration de l'approche des droits humains dans les actions de lutte contre le VIH/sida ; • L'élaboration d'une stratégie nationale sur la santé des migrants avec focus sur le VIH/sida.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Besoin de renforcer les capacités des intervenants de la société civile en matière des droits humains ;
- Difficulté d'accès aux services par les groupes les plus exposés du fait de la crainte d'être stigmatisés ou d'une méconnaissance des services.

15. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts d'application des politiques, lois et réglementations de protection des droits de l'homme en 2013 ?

Pas de lois

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Le CNDH publie un rapport annuel sur la situation des droits de l'Homme au Maroc qui permet d'évaluer l'action des différents organismes concernés tout en présentant des recommandations permettant la protection et la promotion des droits de l'Homme. Il a réalisé par ailleurs des rapports thématique tel que celui sur les migrants.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

IV. PRÉVENTION

1. Le pays a-t-il identifié des besoins spécifiques en matière de prévention du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ces besoins spécifiques ont-ils été déterminés ?

- A partir :
 - des résultats d'études et d'enquêtes, notamment sur les connaissances et comportements ;
 - Sur la base des résultats de la surveillance sentinelle ;
 - Les résultats de la cartographie et des évaluations menées dans les différents domaines de la riposte.

SI OUI, quels sont-ils ?

- Besoins en information sur les moyens de prévention et sur le circuit de prise en charge.
- Besoins en matière d'appui juridiques, économique et social.

1.1 Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en œuvre ?

Axes de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Sécurité transfusionnelle	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Promotion de l'utilisation du préservatif (sauf dans les prisons)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des effets négatifs pour les consommateurs de drogues injectables	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH chez les jeunes non scolarisés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention du VIH sur le lieu de travail	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Conseil et test VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Information, éducation et communication ²¹ sur la réduction des risques	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Information, éducation et communication pour la réduction de la stigmatisation et des discriminations	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Axes de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants
---------------------------	---

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Prévention pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de santé reproductive, y compris prévention et traitement des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction du risque pour les partenaires intimes des populations clés	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Éducation au VIH pour les jeunes au sein des écoles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Précautions universelles dans les établissements médicaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Autres [veuillez compléter].	1	2	3	4	Ne s'applique pas

2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre de programmes de prévention du VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Elargissement de l'offre de dépistage par l'organisation de campagnes nationales
- Mise à l'échelle de la pTME
- Extension du programme de RDR pour les UDI
- Un meilleur ciblage des populations clé
- Meilleur accès au préservatif
- Diversification et innovation dans les approches de communication : théâtre, utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Persistance de facteurs sociaux et culturels, des croyances et des tabous comme des obstacles aux activités de prévention ;
- Besoin de renforcer les programmes de prévention combinée pour les jeunes en situation de précarité et en général pour les populations clés plus exposées au risque de l'infection VIH ;
- Nécessité d'élargir l'offre aux régions enclavées et au milieu rural ;
- Faible intégration des programmes de prévention dans les activités des projets de développement locaux.

V. SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il identifié les éléments essentiels d'une approche complète pour le traitement du VIH, les soins et le soutien ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, veuillez identifier brièvement ces éléments et indiquer les priorités définies.

- Extension des centres référents et décentralisation de la prise en charge ;
- Formation des médecins généralistes en appui aux équipes des centres référents ;
- Renforcement du programme d'appui psychosocial ;
- Décentration du volet biologique (normes de l'OMS) ;
- Implication du privé en cours de préparation.

Identifiez brièvement les modalités d'extension du traitement du VIH, des soins et des services de soutien.

- Redéploiement du personnel médical ;
- Simplification des protocoles ;
- Mise en place de comités régionaux pour la prise en charge ;
- Implication des autres secteurs sociaux ;
- Promotion de l'accompagnement par les médiateurs sociaux et thérapeutiques.

1.1. Dans quelle mesure les services suivants de traitement du VIH, de soins et de soutien ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement du VIH, de soins et de soutien	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale pour les patients atteints de tuberculose	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Cotrimoxazole pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Diagnostic infantile précoce	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins et soutien sur le lieu de travail (y compris l'aménagement des conditions de travail)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Conseil et test VIH pour les tuberculeux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes professionnels d'orientation vers les traitements adéquats	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soins nutritionnels	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Traitement du sida chez l'enfant	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie antirétrovirale postnatale pour les femmes	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Services de traitement du VIH, de soins et de soutien	La majorité des personnes qui en ont besoin ont accès aux services suivants				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition non professionnelle (par exemple, agression sexuelle)	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Prophylaxie après exposition en cas d'exposition professionnelle au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Gestion des MST	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Contrôle de l'infection par la tuberculose dans le cadre du traitement du VIH et au sein des établissements médicaux	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Dépistage de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas
Traitement des affections couramment liées au VIH	1	2	3	4	Ne s'applique pas

Autres [veuillez compléter]: absence de bilans biologiques pour toutes les maladies métaboliques secondaires aux ARV	1	2	3	4	Ne s'applique pas
---	---	---	---	---	-------------------

1.2. Globalement, sur une échelle de 0 à 10 où zéro signifie « Très médiocres » et 10 signifie « Excellents », comment évalueriez-vous les efforts de mise en œuvre des programmes de traitement du VIH, de soins et de soutien en 2013 ?

Très médiocres											Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Depuis 2011, quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine ?

- Extension des centres référents et amélioration de leurs équipements ;
- Décentralisation du suivi biologique ;
- Meilleur accès aux ARV ;
- Début d'élargissement du plan national d'appui psychosocial ;
- Amélioration de la prise en charge pédiatrique et de la femme enceinte ;
- Extension du traitement de substitution à la méthadone dans les régions du Nord.

Quels sont les défis qui subsistent dans ce domaine ?

- Besoin de renforcer l'équité à l'accès aux soins pour toutes les populations clés ;
- Nécessité de renforcer les ressources humaines ;
- Insuffisance d'accès aux services juridiques, économiques et sociaux ;
- Persistance d'obstacles à l'accès aux services du fait de la stigmatisation et discrimination des PS et des HSH en particulier.

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie permettant de répondre aux besoins des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

Le programme National en faveur de l'Enfance

2.1. SI OUI, existe-t-il une définition opérationnelle nationale des notions d'orphelin et d'enfant vulnérable ?

Oui	Non
-----	-----

2.2. SI OUI, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national spécifiquement destiné aux orphelins et aux enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

PNE

3. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts réalisés pour appliquer les programmes de mise en œuvre des services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2013 ?

Très médiocres										Excellents
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Annexe 3 : Détail des indicateurs de la déclaration politique et l'Accès Universel,

Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

1.1 Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

Indicateurs	2007	2012
Pourcentage de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions de base relatives aux connaissances sur le VIH/sida	<5%	22.22%

Référence :

Étude nationale sur les connaissances attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le sida, conduite par le ministère de la Santé en 2007.

Étude nationale sur les connaissances attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le sida, conduite par le ministère de la Santé en 2012.

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
2007							
Pourcentage (%) Pourcentage de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Numérateur Nombre des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a " Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?"	66.50	61.80	61.97	61.57	71.20	71.63	70.63
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 1	1330	618	352	266	712	409	303
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2000	1000	568	432	1000	571	429

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a "Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?"	53.80	52.80	53.87	51.39	54.80	56.39	52.68
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 2	1076	528	306	222	548	322	226
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2000	1000	568	432	1000	571	429

ND : Non Disponible

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées âgées qui ont répondu correctement a "Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?"	65.90	66.60	66.73	66.44	65.20	63.22	67.83
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 3	1318	666	379	287	652	361	291
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2000	1000	568	432	1000	571	429
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a "Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?"	24.65	30.60	30.11	31.25	18.70	17.86	19.81
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 4	493	306	171	135	187	102	85
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2000	1000	568	432	1000	571	429
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées âgées qui ont répondu correctement a "Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?"	25.30	28.90	28.87	28.94	21.70	24.69	17.72
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 5	506	289	164	125	217	141	76
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2000	1000	568	432	1000	571	429

2012

Questions : 11.2, 11.3, 11.8, 11.1, 11.5

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Pourcentage de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions	22.22	24.66	22.34	26.95	19.82	19.35	20.27
Numérateur Nombre des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions.	502	276	124	152	226	108	118
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a " Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ?"	75.47	80.07	77.65	82.44	70.96	70.43	71.47
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 11.2	1705	896	431	465	809	393	416
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a "Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ?"	78.53	88.91	87.74	90.07	68.33	69.53	67.18
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 11.3	1774	995	487	508	779	388	391
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées âgées qui ont répondu correctement a "Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?"	85.03	81.76	79.81	83.68	88.24	87.99	88.48
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 11.8	1921	915	443	472	1006	491	515
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a "Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? "	39.57	38.78	38.73	38.82	40.35	40.32	40.37
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 11.1	894	434	215	219	460	225	235
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582
	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Nombre des personnes interrogées âgées qui ont répondu correctement a "Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?"	74.32	74.62	72.43	76.77	74.03	69.17	78.69
Numérateur Nombre des personnes interrogées qui ont répondu correctement a la question 11.5	1679	835	402	433	844	386	458
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582

1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Indicateurs	2007	2012
Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	4,5%	2,52%

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
2007							
Pourcentage (%) Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	4.50	8.40	10.92	5.09	0.60	0.88	0.25
Numérateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	90	84	62	22	6	5	1
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2000	1000	568	432	1000	571	4

2012

Question : 4.11

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	2.52	4.11	3.96	4.26	0.96	1.61	0.34
Numérateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	57	46	22	24	11	9	2
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582

1.3 Partenaires sexuels multiples

Indicateurs	2007	2012
Pourcentage de répondants âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	19,25%	8,76%

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Hommes 25-49	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24	Femmes 25-49
Pourcentage (%)									
Pourcentage de répondants âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	19.25	36.50	26.41	49.77	ND	2.00	0.70	3.73	ND
Numérateur Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	385	365	150	215	ND	20	4	16	ND
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans)	2000	1000	568	432	ND	1000	571	429	ND

Question 5.1

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
2012							
Pourcentage (%)							
Pourcentage de répondants âgés de 15 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	8.76	10.90	5.05	16.67	6.67	4.84	8.42
Numérateur Nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	198	122	28	94	76	27	49
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582

1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels

Indicateurs	2007	2012
Pourcentage de personnes de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	61,82%	40,40%

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Hommes 25-49	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24	Femmes 25-49
2007									
Pourcentage (%)									
Pourcentage de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	61.82	61.10	62.00	60.47	ND	75.00	100.00	68.75	ND
Numérateur Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	238	223	93	130	ND	15	4	11	ND
Dénominateur Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	385	365	150	215	ND	20	4	16	ND

Questions : 5.1 ; 7.5 (il faut combiner les deux questions)

2012	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Pourcentage de personnes de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	40.40	48.36	50	47.87	27.63	22.22	30.61
Numérateur Nombre de personnes de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	80	59	14	45	21	6	15
Dénominateur Nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	198	122	28	94	76	27	49

1.5 Dépistage du VIH dans l'ensemble de la population

Indicateurs	2007	2012
Pourcentage de répondants âgés de 15 à 24 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	4,70%	4,52%

2007	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Hommes 25-49	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24	Femmes 25-49
Pourcentage (%) Pourcentage de de répondants âgés de 15 à 49 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	4.70	5.90	2.11	8.56	ND	3.50	2.98	4.20	ND
Numérateur Nombre de répondants âgés de 15 à 49 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	94	59	12	37	ND	35	17	18	ND
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans)	2000	1000	568	432	ND	1000	571	429	ND

Questions : 11.14 ; 11.15

2012	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) Pourcentage de de répondants âgés de 15 à 24 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	4.52	3.13	1.44	4.79	5.88	4.84	6.87
Numérateur Nombre de répondants âgés de 15 à 24 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	102	35	8	27	67	27	40
Dénominateur Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)	2259	1119	555	564	1140	558	582

1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes

Indicateurs	2009	2012	2013
Pourcentage de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	0.06%	0.1%	

Référence :

Surveillance sentinelle, 2009, 2012

Surveillance sentinelle des femmes enceintes en consultation prénatale au niveau des centres de santé publiques, 2009, 2012

2009	Tous / Toutes	15-19	20-24
Pourcentage (%) Pourcentage de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	0.06	0.00	0.08
Numérateur Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	3	0	3
Dénominateur Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH	4677	1037	3640

SS 2012	Tous / Toutes	15-19	20-24
Pourcentage (%) Pourcentage de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	0.10%	0%	0,13%
Numérateur Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives	4	0	4

Dénominateur Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH	3960	946	3014
---	------	-----	------

1.7 Professionnels du sexe : programmes de prévention

Référence :

Enquête de surveillance bio-comportementale RDS, 2012

Une étude bio comportementale a été menée au Maroc au niveau des 4 villes du Maroc (Agadir, Rabat, Fès, Tanger)

Avec un échantillon global de 1447 professionnelles du sexe, et ce durant la période Décembre 2011 et Janvier 2012.

	Toutes les PS	Femmes	<25	25+
Pourcentage (%) Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » aux deux questions	41.90	41.90	31.14	44.66
Numérateur Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » aux deux questions	592	592	90	502
Dénominateur Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s.	1413	1413	289	1124
	Toutes les PS	Femmes	<25	25+
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » a "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?"	56.78	56.78	47.42	59.19
Numérateur Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » a question 1	808	808	138	670
Dénominateur Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s.	1423	1423	291	1132
	Toutes les PS	Femmes	<25	25+
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » a "Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ? (par exemple auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil, d'un dispensaire de santé sexuelle)"	60.59	60.59	50.52	63.18
Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant répondu « oui » a question 2	858	858	146	712
Dénominateur : Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s.	1416	1416	289	1127

1.8 Professionnels du sexe : utilisation du préservatif

	Toutes les PS	Femmes	<25	25+
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	50.25	50.25	47.06	51.07
Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	710	710	136	574
Dénominateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois	1413	1413	289	1124

1.9 Dépistage du VIH chez les professionnels du sexe

	Toutes les PS	Femmes	<25	25+
--	---------------	--------	-----	-----

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	25.54	25.54	15.75	28.05
Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	366	366	46	320
Dénominateur : Nombre total de professionnel(le)s du sexe ayant été interrogé(e)s	1433	1433	292	1141

1.10. Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe

	Toutes les PS	Femmes	<25	25+
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	1.98	1.98	1.03	2.22
Numérateur Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	28	28	3	25
Dénominateur Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage	1415	1415	290	1125

1.11. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention

Référence :

Étude bio-comportementale RDS (Échantillonnage conduit par les répondants), 2011

Une étude RDS Bio-comportementale a été menée de Novembre 2010 à Mars 2011 auprès des HSH au niveau de deux villes (Agadir et Marrakech). Les données introduites dans cette base de données représentent les moyennes des deux sites non pondérées selon la méthodologie RDS.

	Tout les HSH	<25	25+
Pourcentage de HSH ayant répondu « oui » aux deux questions	45.41	41.73	53.37
Numérateur : Nombre de HSH ayant répondu « oui » aux deux questions	277	174	103
Dénominateur : Nombre total d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés	610	417	193
	Tout les HSH	<25	25+
Pourcentage de HSH ayant répondu « oui » a "Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?"	48.88	45.57	56.31
Numérateur Nombre de HSH ayant répondu « oui » a question 1	327	211	116
Dénominateur : Nombre total d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés	669	463	206
	Tout les HSH	<25	25+
Pourcentage (%) Pourcentage de HSH ayant répondu « oui » a "Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ? (par exemple auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil, d'un dispensaire de santé sexuelle)"	68.76	68.90	68.45
Numérateur Nombre de HSH ayant répondu « oui » a question 2	460	319	141
Dénominateur : Nombre total d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés	669	463	206

1.12 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif

	Tout les HSH	<25	25+
Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme.	39.94%	40.77	38.12
Numérateur Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal	258	181	77
Dénominateur Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois	646	444	202

1.13 Dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

	Tous / Toutes	<25	25+
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	30.99	25.49	43.41
Numérateur: Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	207	118	89
Dénominateur : Nombre total d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés.	668	463	205

1.14 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

	Tout les HSH	<25	25+
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	5.12	3.25	9.36
Numérateur Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	34	15	19
Dénominateur Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage	664	461	203

Objectif 1. Réduire de 50 pour cent la transmission sexuelle du VIH à l'horizon 2015 Dépistage et Conseil

1.16 Dépistage du VIH et Conseil parmi les femmes et les hommes âgés de 15 ans et plus (données des programmes)

	2011	2012	2013
Number of women and men aged 15 and older who received HIV testing and counselling in the past 12 months and know their results	60446	222620	583440
HIV+ out of number tested		10 femmes enceintes positives	53
Number of pregnant women aged 15 and older who received testing and counselling in the past 12 months and received their results	2995	14289+195-10 soit 14474 195 représente le nombre de femmes enceintes suivies en pTME en 2012	83661+182-53 182 représente le nombre de femmes enceintes suivies en pTME en 2013

1.17 Infections sexuellement transmissibles (IST)

1.17 Indicateurs pilotes pour les IST (pour les pays de la Région des Amériques et de la Région de la Méditerranée orientale uniquement)					
1.17.6 Nombre de cas de syphilis notifiés chez l'adulte (primaire/secondaire et latente /statut inconnu) au cours des 12 derniers mois					
Période de collecte des données:	A partir de				
	Jusqu'à				
Commentaires : S'il vous plaît indiquer dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale.	ND				
	total	total pour les femmes	total pour les hommes	primaire/secondaire chez la femme	primaire/secondaire chez l'homme
Numérateur: Nombre de cas de syphilis notifiés chez l'adulte pendant la période considérée					
Dénominateur: Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus selon la Division de la population des Nations Unies					

1.17.7 Nombre de cas de syphilis congénitale notifiés (naissances vivantes et mortinaissances) au cours des 12 derniers mois					
Période de collecte des données:	A partir de				
	Jusqu'à				
Commentaires : S'il vous plaît indiquer dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale.	ND Système d'information ... SSB, ne sont pas reportées. Se fait pour les FE systématiquement, mais il n'y a pas de système de reporting				
Numérateur : Nombre de cas de syphilis congénitale notifiés (naissances vivantes et naissances mortes) au cours des 12 derniers mois					
Dénominateur: Nombre de naissances vivantes selon la Division de la population des Nations Unies					
1.17.8 Nombre de cas de gonorrhée notifiés chez l'homme au cours des 12 derniers mois					
Période de collecte des données :	A partir de				
	Jusqu'à				
Commentaires : S'il vous plaît indiquer dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale.	Ces données ne représentent que les cas pris en charge par le ministère de la santé. Plusieurs personnes s'adressent au privé ou se procurent directement les médicaments auprès des pharmaciens pour traiter des IST. Les IST traitées hors secteurs publics sont estimées à 50% du total des cas des IST sur une année. Ces données sont représentatives uniquement de la population qui s'adresse aux centres de soins publics.				
Numérateur : Nombre de cas de gonorrhée notifiés chez l'homme au cours de la période considérée	Nombre total Écoulement urétral en 2012= 67279, Selon l'étude sur les IST 2012 : Gonorrhée représente 62,8% soit : 42251 cas Nombre total Écoulement urétral en 2013= 71129 Selon l'étude sur les IST 2012 : Gonorrhée représente 62,8% soit : 44669 cas				

Dénominateur : Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus selon la Division de la population des Nations Unies	Femmes = 12331301, Hommes=11423215 (23754516)
1.17.9 Nombre de cas d'écoulement urétral notifiés chez l'homme au cours des 12 derniers mois	
Période de collecte des données:	A partir de
	Jusqu'à
Commentaires : S'il vous plaît indiqué dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale.	Ces données ne représentent que les cas pris en charge par le ministère de la santé. Plusieurs personnes s'adressent au privé ou se procure directement les médicaments auprès des pharmaciens pour traiter des IST. Les IST traitées hors secteurs publics sont estimé à 50% du total des cas des IST sur une année. Ces données sont représentatives uniquement de la population qui s'adresse aux centres de soins publics.
Numérateur : Nombre de cas d'écoulement urétral notifiés chez l'homme au cours de la période considérée	2012= 67279 2013= 71129
Dénominateur : Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus selon la Division de la population des Nations Unies	Femmes = 12331301, Hommes=11423215 (23754516)
1.17.10 Nombre de cas d'ulcère génital notifiés chez l'adulte au cours des 12 derniers mois	
Période de collecte des données:	A partir de
	Jusqu'à
Commentaires : S'il vous plaît indiqué dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale.	Ces données ne représentent que les cas pris en charge par le ministère de la santé. Plusieurs personnes s'adressent au privé ou se procure directement les médicaments auprès des pharmaciens pour traiter des IST. Les IST traitées hors secteurs publics sont estimé à 50% du total des cas des IST sur une année. Ces données sont représentatives uniquement de la population qui s'adresse aux centres de soins publics.
	total hommes femmes 2012
Numérateur : Nombre de cas d'ulcère génital notifiés chez l'adulte au cours de la période considérée	14610 5721 8889 2012 13809 5180 8629 2013
Dénominateur : Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus selon la Division de la population des Nations Unies	Femmes = 12331301, Hommes=11423215 (23754516)

	total
Pourcentage (%) : Pourcentage de femmes ayant consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation	ND
Numérateur : Nombre de femmes ayant consulté dans les services des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation	
Dénominateur : Nombre de femmes ayant consulté pour la première fois dans les services de soins	

prénatals	
-----------	--

Source/Méthode: Système national de surveillance sentinelle du VIH

Période de collecte des données: 2012-03-01 au 2012-05-31

Surveillance sentinelle 2012, La surveillance sentinelle des femmes enceintes en 2012 a été menée au niveau de 19 sites sur les 30 sites de système national de surveillance.

	total	15-24	25+
Pourcentage (%) : Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis	0.87	0.73	0.94
Numérateur: Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le dépistage de la syphilis est positif.	74	20	54
Dénominateur: Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis.	8500	2733	5767

	total
Pourcentage (%) : Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement	ND
Numérateur : Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, pour qui le dépistage de la syphilis est positif, et qui ont reçu au moins une dose de benzathine benzylpénicilline de 2,4 millions d'unités IM.	
Dénominateur : Nombre de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et pour qui le dépistage de la syphilis est positif.	

Source :

Integrated bio-behavioral survey (IBBS) using RDS (Respondent Driven sampling) Une étude bio comportementale a été menée au Maroc au niveau des 4 villes du Maroc (Agadir, Rabat, Fès, Tanger) Avec un échantillon global de 1447 professionnelles du sexe, et ce durant la période Décembre 2011 et Janvier 2012.

	total
Pourcentage (%) Percentage of sex workers (SWs) with active syphilis	17.68
Numérateur Number of sex workers who tested positive for syphilis	253
Dénominateur Number of sex workers who were tested for syphilis	1431

Source :

Échantillonnage conduit par les répondants (RDS) Une étude RDS Bio-comportementale a été menée de Novembre 2010 à Mars 2011 auprès des HSH au niveau de deux villes (Agadir et Marrakech). Les données introduites dans cette base de données représentent les moyennes des deux sites, non pondérées selon la méthodologie RDS.

	total
Pourcentage (%) Percentage men who have sex with men (MSM) with active syphilis	8.35
Numérateur: Number of men who have sex with men who tested positive for syphilis	55
Dénominateur: Number of men who have sex with men who were tested for syphilis	659

Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

2.1 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention

Référence :

Registre de données des acteurs de prévention sur le terrain auprès des Usagers de Drogues injectables, 2012.

Programme de prévention du VIH auprès des UDI au niveau des villes de Tanger, Tétouan et Nador au Nord du Maroc.

	2011	2012	2013
Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	13	75	68
Numérateur Nombre de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les PAS	224040	225320 (146938 NADOR, 49072 TANGER, 29310 Tétouan)	203690
Dénominateur Nombre de consommateurs de drogues injectables	18000	3000	3000

2.2 Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif

Référence :

Étude RDS auprès des UDI, 2010 et 2011

Les valeurs de cet indicateur représentent les moyennes des données des deux enquêtes RDS, menées au niveau de deux sites au Maroc (La ville de Tanger la ville de Nador). Ces moyennes ne sont pas pondérées selon la métrologie RDS qui tient compte de la taille et de la structure du réseau.

	Tous / Toutes	Hommes	Femmes	<25	25+
Pourcentage : (%) Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	29.97	30.43	18.18	30.00	29.96
Numérateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	86	84	2	9	77
Dénominateur Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent.	287	276	11	30	257

2.3 Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risques

	Tous / Toutes	Hommes	Femmes	<25	25+
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	68.93	69.58	41.67	53.85	70.63
Numérateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	355	350	5	28	327
Dénominateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier	515	503	12	52	463

2.4 Dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues injectables

	Tous / Toutes	Hommes	Femmes	<25	25+
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	9.72	9.57	16.67	3.85	10.34
Numérateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	53	51	2	2	51
Dénominateur : Nombre d'UDI répondant aux questions posées.	545	533	12	52	493

2.5 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables

	Tous les UDI	Hommes	Femmes	<25	25+
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	11.40	11.09	25.00	3.92	12.58
Numérateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	61	58	3	2	59
Dénominateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage	535	523	12	51	484

2.6. Opiate users

Commentaires:

Nous avons juste une estimation du nombre d'usager de drogues injectables

	total	
Estimation du nombre d'usagers d'opiacés (injecteurs et les non-injecteurs), si disponible	18000	2012
Estimation du nombre d'usagers d'opiacés (injecteurs et les non-injecteurs), si disponible		
Cet indicateur a été révisé en 2013 en tenant compte uniquement des UDI (injecteur et non injecteur dont la prévalence est estimée à 0.02% de la population)	6400	2013

Period de collecte des données:

Sa, 2011-01-01 - Sa, 2011-12-31

Commentaires:

Hopital Razi Salé (nombre des UD sous méthadone):15

"CMP/Tanger (nombre des UD sous méthadone) : 248

Centre d'addictologie IBN Rochd (nombre des UD sous méthadone):30

Total :2012= 293

2013=387

	total	
Number of people on OST in all OST sites	293	2012
Number of people on OST in all OST sites	387	2013

2.7. NSP and OST sites

Commentaires:

Un programme d'échange de seringues a démarré au niveau de la région du nord du Maroc (Tanger-Tétouan) et l'oriental (Nador) où trois sites sont opérationnels. Il prévu d'étendre ce programme à d'autres régions du Maroc. – "CMP/Tanger (nombre des UD bénéficiaires du centre de réduction de risque et les UD touchés par l'équipe mobile sur les lieux d'utilisation) :280 (2012) 1042 (2013)

RDR Nador (nombre des UD bénéficiaires du centre de réduction de risque et les UD touchés par l'équipe mobile sur les lieux d'utilisation) : 396 (2012) ; 584 (2013)

ALCS/Tétouan (nombre des UD bénéficiaires du centre de réduction de risque et les UD touchés par l'équipe mobile sur les lieux d'utilisation) : 154 (2012) ; 1105 (2013)

RDR Rabat (nombre des UD bénéficiaires du centre de réduction de risque et les UD touchés par l'équipe mobile sur les lieux d'utilisation) : 3 (2012) ; 19 2013

RDR Al Hoceima (nombre des UD bénéficiaires du centre de réduction de risque et les UD touchés par l'équipe mobile sur les lieux d'utilisation) : 103 (2013)

RDR Oujda (nombre des UD bénéficiaires du centre de réduction de risque et les UD touchés par l'équipe mobile sur les lieux d'utilisation) : 25 (2013)

NASSIM Casablanca (nombre des UD bénéficiaires du centre de réduction de risque et les UD touchés par l'équipe mobile sur les lieux d'utilisation) : 2 (2012) ; 20 (2013)

Les centres opérationnels : Tanger, Casablanca, Oujda, Nador, Tétouan, Rabat, Al Hoceima,
Source : service des maladies mentales, DELM, Ministère de la Santé

	total
Number of NSP sites (including pharmacy sites providing no cost needles and syringes)	7

Tanger, Casablanca, Salé, deux sites vont démarrer	total	
Number of OST sites	3	2012
Number of OST sites	3	2013

Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

3.1 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Référence :

Les données ont été collectées auprès des centres de prise en charge des PVVIH. La prévention de la transmission Mère à l'enfant est assurée par ces centres qui sont au nombre de 16, décentralisés au niveau des différentes régions du Maroc. La majorité des centres disposent d'une base de données informatisée pour gérer les dossiers des patients. Des rapports réguliers sont communiqués au programme national de lutte contre le sida.

Les estimations VIH du Maroc ont été revues en 2013 et le dénominateur a changé, tenant compte des nouvelles données disponibles.

	2011	2012	2013
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	33%	47,79%	45%
Numérateur Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant	124	195	182
Par régime			
Dose unique de névirapine			
Maternal AZT (Option A)			
Maternal Triple ARV (Option B)	124	195	182
Traitement antirétroviral pour les femmes enceintes séropositives au VIH éligibles pour ce traitement	124	195	182
Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois	380	408	407

3.2 Diagnostic infantile précoce

Référence :

Les données ont été collectées auprès des centres de prise en charge des PVVIH. La prévention de la transmission Mère à l'enfant est assurée par ces centres qui sont au nombre de 15, décentralisés au niveau des différentes régions du Maroc. La majorité des centres disposent d'une base de données informatisée pour gérer les dossiers des patients. Des rapports réguliers sont communiqués au programme national de lutte contre le sida.

Les estimations VIH du Maroc ont été revues en 2012 et le dénominateur a changé, tenant compte des nouvelles données disponibles.

	2010	2012, centre de cas
Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie.	13.02	46.57%
Numérateur : Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	56	190
Résultats des tests		
Positif	0	0
négatif	54	90
indéterminé	2	100
Refusé par le laboratoire	0	
Perdu de vue	0	20
Dénominateur Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	430	408

3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)

Référence :

Estimation national de l'épidémie VIH, 2012, SPECTRUM

Modélisation avec SPECTRUM en utilisant les données de surveillance et les données des programmes de prise en charge des PVVIH.

Les estimations VIH nationales ont été révisées avec les nouvelles données de 2012.

Les données de prise en charge des PVVIH, pTME, les données de surveillance sentinelle, et autres informations ont été introduites dans le logiciel SPECTRUM pour élaborer les estimations 2012.

Le nombre 69 Représente l'incidence des nouveaux cas VIH chez les 0-14 ans et 408 le nombre de femmes enceintes séropositives ayant besoins de pTME en 2012. (SPECTRUM)

	2011	2012	2013
Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois (modélisée).	24%	16.91%	17.4%
Numérateur : Nombre estimé d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois	102	69	71

Dénominateur : Nombre estimé de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	430	408	407
--	-----	-----	-----

3.4 Les femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique

Source/Méthode :

Date de début : 22/03/2013

Date de fin : 22/03/2013

Commentaires :

Ces données de 2012 ont été collectées dans le cadre des programmes de dépistage menés par le ministère de la santé dans le cadre du programme pTME implanté au niveau des centres de santé publics et dans le cadre des programmes de dépistage menés par les ONG nationales. Deux campagnes nationales de dépistage piloté par le ministère de la santé ont été menées en juin et décembre 2012.

Le nombre 700000 représente le nombre estimé de femmes enceintes sur une année. Sachant que les services du Ministère de la Santé n'ont touché que 463851 femmes enceintes en 2011 soit 50% environ. Les autres sont suivis par le privé ou d'autres services parapublics.

		2012	2013
Pourcentage (%) Pourcentage de femmes enceintes qui ont été testés pour le VIH et ont reçu leurs résultats - pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures), y compris ceux dont le statut VIH précédemment connu		2.1%	12%
Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont été testés pour le VIH au cours des 12 derniers mois et ont reçu leurs résultats - pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures), y compris ceux dont le statut VIH précédemment connu	Nombre total testé (y compris les aspects positifs déjà connus)	15002	83448 =83661+182-31
	Nombre total de résultats testés et reçus (y compris les aspects positifs déjà connus)	15002	83448
	Nombre total qui sont positifs (y compris les aspects positifs déjà connus)	195	182
(a) Nombre total de femmes enceintes fréquentant les ANC, qui ont été testés au cours de l'ANC et a reçu les résultats ou connaissent leur statut positif.	Nombre testé (y compris les aspects positifs déjà connus)	14820	83661
	Nombre de résultats testés et reçus (y compris les aspects positifs déjà connus)	14820	83661
	VIH positifs sur nombre testé (y compris les aspects positifs déjà connus)	13	31
(a.i) Nombre de femmes enceintes avec le statut VIH inconnu soins prénatals, qui ont été testés au cours de l'ANC et a reçu les résultats	Nombre de personnes qui ont été testés	14820	83661
	Nombre de personnes qui ont été testé et a reçu les résultats	14820	83661
	VIH positifs sur nombre testé	13	31
(a.ii) Nombre de femmes enceintes avec l'infection VIH + connu, assister pour une nouvelle grossesse au niveau des CS.	Nombre de femmes enceintes séropositives	195-13= 182	182-31= 151
(b) Nombre de femmes enceintes au travail statut VIH inconnu traitant et de livraison qui ont été testés dans le travail et l'accouchement et a reçu les résultats	Nombre de personnes qui ont été testés	ND	ND
	Nombre de personnes qui ont été testé et a reçu les	ND	ND

	résultats		
	VIH positifs sur nombre testé	ND	ND
(c) Nombre de femmes ayant le statut VIH inconnu assister à des services post-partum dans les 72 heures suivant l'accouchement qui ont été testés et ont reçu les résultats	Nombre de personnes qui ont été testés	ND	ND
	Nombre de personnes qui ont été testé et a reçu les résultats	ND	ND
	VIH positifs sur nombre testé	ND	ND
Dénominateur : Estimation du nombre de femmes enceintes		700000	700000

3.5 Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire a été testé partenaire masculin a été dépisté pour le VIH-

Pourcentage (%) Percentage of pregnant women attending antenatal care whose male partner was tested for HIV in the last 12 months	ND
Numérateur: Number of pregnant women attending antenatal care whose male partner was tested in the last 12 months	Système ne report pas l'information
Dénominateur: Number of pregnant women attending antenatal care	

3.6 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)

Commentaires :

Selon le protocole national pTME, Toutes les femmes enceintes séropositives au VIH sont évaluées selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4) pour déterminer l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral.

	2012	2013
3.6 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)	47.79%	45%
Numérateur: Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont consulté dans les services de PTME au cours des 12 derniers mois, et dont l'éligibilité pour le TAR a été évaluée soit par la détermination du stade clinique, soit par la numération des CD4, sur place ou après réorientation.	195	182
Disaggregation by method of assessment		
stade clinique seulement		
la numération des CD4	195	182
<i>Les femmes qui ont été évalués à la fois par la numération des CD4 et par la mise en scène clinique doit être comptée qu'une seule fois, comme ayant été évaluée par la numération des CD4</i>		
Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois. (Qui ont besoins d'ARV)	408	407

3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie (c'est à dire la transmission en période de postpartum précoce, autour

Sur les 210 nouveaux nés en 2012 de femmes séropositives, 190 ont reçu une prophylaxie rétrovirale pour réduire le risque de la transmission mère enfant. 20 sont perdus de vue.

	2012
3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dans les six premières semaines de vie (c'est à dire la transmission en période de postpartum précoce, autour	46.57%
Note. Ideally countries should capture the percentage of infants who received ARV prophylaxis. If this is not possible then countries should record the percentage of infants who were started on or provided with ARV prophylaxis.	
Numérateur: Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois, qui ont une prophylaxie par ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (c'est à dire postpartum précoce, dans les six premières semaines).	190
Dénominateur: Nombre estimé de naissances vivantes chez les femmes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois (spectrum)	408

3.8 Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein

L'allaitement au sein est exclu au Maroc pour les femmes VIH+	total
Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein	NA
Numérateur : Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH qui, au cours des 12 derniers mois, sont allaités par le sein et bénéficient d'une intervention basée sur des antirétroviraux (c'est à dire ARV pour la mère ou pour le nourrisson) pour réduire le risque de transmission mère-enfant par l'allaitement au sein	
Dénominateur : Nombre estimé de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH (nourrissons exposés au VIH) qui sont allaités au sein au cours des 12 derniers mois	

3.9 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance

Commentaires:

Tous les nouveaux nés de mères connues séropositives reçoivent des ARV

	2012
3.9 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance	46.57%
Numérateur : Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance, au cours des 12 mois précédents.	190
Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH ayant donné naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois.	408

3.10 Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3

L'allaitement est exclusivement de remplacement pour les femmes séropositives.

Distribution by feeding practice	L'allaitement maternel exclusif	
	l'allaitement de remplacement	100%
	L'alimentation mixte / autre	
	Non classé / autre	
le nombre de nourrissons exposés au VIH dont le mode d'alimentation a été évalué lors de la visite d'administration du DTC3		

3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données (AU 2011 #11)

Le Ministère de la Santé dispose d'un système d'information pour collecter ces données. Les résultats sont publiés dans un rapport annuel : Santé en chiffre. Les données disponibles datent de 2011.

	2011	2012
Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période	463 851	

Environ le même nombre de femmes enceintes suivi par le secteur public se réfère au secteur privé pour le suivi et la pris en charge.

Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

4.1 Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale

Référence :

Registres informatisés des dossiers des PVVIH pris en charge par les centres de prise en charge.

	Tous les adultes et les enfants	Hommes	Femmes	<15	15+
Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	40.47	41.28	39.66	51.25	40.0
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports	4047	2064	1983	205	3842
Dénominateur : Estimation du nombre d'adultes et d'enfants avec une infection VIH avancée	10000	5000	5000	400	9600

2012 (Besoins en ARV estimations 2012):

Min :8048 Moy :10931 Max : 14921

	Tous les adultes et les enfants	Hommes	Femmes	<15	15+
Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	53,01%	54,08%	51,94%	61%	50,64%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports	5301	2704	2597	244	4862
Dénominateur : Estimation du nombre d'adultes et d'enfants avec une infection VIH avancée	10000	5000	5000	400	9600

2013 (Besoins en ARV estimations 2013):

	Tous les adultes et les enfants	Hommes	Femmes	<15	15+
Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	48%				
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports	6464				
Dénominateur : Estimation du nombre d'adultes et d'enfants avec une infection VIH avancée	13500				

4.2 Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale

Référence :

Les registres informatisés des centres de prise en charge des PVVIH ont été exploitées pour calculer cet indicateur.

	2011	2012	2013
Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	91.01	91.48	90.80%
Numérateur Nombre d'adultes et d'enfants qui sont toujours en vie et toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement	638	526	849
Dénominateur Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont initié ART au cours des douze mois précédant le début de la période considérée, y compris ceux qui sont morts, ceux qui ont cessé de ART, et ceux qui ont perdu pour le suivi	701	575	935

2011	Perdus de vue	Abandonné le traitement	Décédés
Infos supplémentaires: Veuillez présenter les résultats suivants liés à la période de 12 mois après le début du traitement	11	0	52

2012	Perdus de vue	Abandonné le traitement	Décédés
Infos supplémentaires: Veuillez présenter les résultats suivants liés à la période de 12 mois après le début du traitement	28	0	21

2013	Perdus de vue	Abandonné le traitement	Décédés
Infos supplémentaires: Veuillez présenter les résultats suivants liés à la période de 12 mois après le début du traitement	70	0	16

Le service de Casablanca a signalisé que les données dans la base de données ne sont pas à jour et il estime que le nombre de perdu de vue est 28, décédés 21, actif 526 et 18 sont des dossiers archivés ce qui donne en 2012 un taux de 526/575 soit 91,47%.

4.2b HIV Treatment: 24 month retention

2011

Pourcentage (%)	Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on	total	84,3
-----------------	---	-------	------

	treatment 24 months after initiation of antiretroviral therapy (among those who initiated antiretroviral therapy in 2010) If data on 24-months retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2010 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2009 or 2008), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]		
Numérateur	Number of adults and children who were still alive and known to be on treatment 24 months after initiation of antiretroviral therapy	total	436
Dénominateur	Number of adults and children who initiated antiretroviral therapy during 2010 or the specified period (including those who have died since starting therapy, those who have stopped therapy, and those recorded as lost to follow-up at month 24)	total	517
Additional info		Perdus de vue	34
		Arrêté la thérapie	0
		Décédés	47

2012

Pourcentage (%)	Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on treatment 24 months after initiation of antiretroviral therapy (among those who initiated antiretroviral therapy in 2010) If data on 24-months retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2010 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2009 or 2008), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]	total	86,59
Numérateur	Number of adults and children who were still alive and known to be on treatment 24 months after initiation of antiretroviral therapy	total	575
Dénominateur	Number of adults and children who initiated antiretroviral therapy during 2010 or the specified period (including those who have died since starting therapy, those who have stopped therapy, and those recorded as lost to follow-up at month 24)	total	664
Additional info		Perdus de vue	30
		Arrêté la thérapie	0
		Décédés	59

4.2c HIV Treatment: 60 month retention

2011

Pourcentage (%)	Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on treatment 60 months after initiation of antiretroviral therapy (among those who initiated antiretroviral therapy in 2007) If data on 60-months retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2007 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2006 or 2005), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]	total	82,4
Numérateur	Number of adults and children who were still alive and on antiretroviral therapy 60 months after initiating treatment	total	420
Dénominateur	Number of adults and children who initiated antiretroviral therapy during 2007 or the specified period (including those who have died since starting therapy, those who have stopped therapy, and those recorded as lost to follow-up at month 60)	total	510
Additional info		Perdus de vue	50
		Arrêté la thérapie	0
		Décédés	40

2012

Pourcentage (%)	Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on treatment 60 months after initiation of antiretroviral therapy (among those who initiated antiretroviral therapy in 2007) If data on 60-months retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2007 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2006 or 2005), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]	total	82,31%
Numérateur	Number of adults and children who were still alive and on antiretroviral therapy 60 months after initiating treatment	total	526
Dénominateur	Number of adults and children who initiated antiretroviral therapy during 2007 or the specified period (including those who have died since starting therapy, those who have stopped therapy, and those recorded as lost to follow-up at month 60)	total	639
Additional info		Perdus de vue	62
		Arrêté la thérapie	0
		Décédés	51

2011

<p>Pourcentage (%)</p>	<p>Percentage of adults and children with HIV still alive and known to be on treatment 60 months after initiation of antiretroviral therapy (among those who initiated antiretroviral therapy in 2007) If data on 60-months retention are not available for patients that initiated antiretroviral therapy in 2007 specifically, but available for patients that initiated antiretroviral therapy during an earlier time period (e.g. 2006 or 2005), please specify the period in the comment field above: Started antiretroviral therapy between [month]/[year] and [month]/[year]</p>	<p>total</p>	<p>82,4</p>
<p>Numérateur</p>	<p>Number of adults and children who were still alive and on antiretroviral therapy 60 months after initiating treatment</p>	<p>total</p>	<p>420</p>
<p>Dénominateur</p>	<p>Number of adults and children who initiated antiretroviral therapy during 2007 or the specified period (including those who have died since starting therapy, those who have stopped therapy, and those recorded as lost to follow-up at month 60)</p>	<p>total</p>	<p>510</p>
<p>Additional info</p>		<p>Perdus de vue</p>	<p>50</p>
		<p>Arrêté la thérapie</p>	<p>0</p>
		<p>Décédés</p>	<p>40</p>

4.3 Health facilities that offer antiretroviral therapy

Centre de prise en charge ARV.

3	Marrakech
3	Casablanca
1	Agadir
2	Rabat
1	Oujda
1	Nador
1	Tanger
1	Mèknès
1	Fès
1	Militaires
1	Beni Mellal

Commentaires:

Les centres de prise en charge des PVVIH sont au nombre de 16 avec 5 pédiatriques. Ils sont décentralisés au niveau des différentes régions du Maroc. 3 centres à Marrakech 3 centres à Casablanca 1 centre à Agadir 2 centres à Rabat 1 centre à Oujda 1 centre Nador 1 centre Tanger 1 centre Mèknès 1 centre Fès 1 centre Militaires 1 centre Beni Mellal

2012

Numérateur	Number of health facilities that offer antiretroviral therapy (ART) (i.e. prescribe and/or provide clinical follow-up)	total	16
	Disaggregation by public/private:	Public	16
		Private	
		Unknown/unspecified	
	Disaggregation by health centre type:	Hospital	16
		Health centre	
		ANC	
		TB service	
		STI	
		Unknown/unspecified	

4.3b Établissements de santé Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique : 5

4.4 Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois (AU 2011 #H1)

Percentage of health facilities dispensing antiretrovirals (ARVs) for antiretroviral therapy that have experienced a stock-out of at least one required ARV in the last 12 months :

0

Number of health facilities dispensing ARVs that experienced a stock-out of at least one required ARV in the last 12 months :

0

Number of health facilities dispensing ARVs:

16

4.5 Late HIV diagnoses: Percentage of HIV positive persons with first CD4 cell count < 200 cells/ μ L in 2012 (new for global reporting)

Rationale As countries scale-up HIV services, it is important to monitor whether people are diagnosed at an earlier stage (or what percentage is still diagnosed at a late stage).

What it measures This indicator measures the proportion of people with a CD4 cell count <200 cells/ μ l out of those who had a first CD4 count during the reporting period.

	2012
	49,31%
Numerator: Number of HIV-positive people with first CD4 cell count <200 cells/ μ l in 2012	362
Denominator :Total number of HIV-positive people with first CD4 cell count in 2012	734

4.6. HIV Care

4.6.a Prise en charge de l'infection à VIH Nombre d'adultes inscrits pour la première fois à un programme de soins avant le traitement antirétroviral (pré-TAR) au cours de la période considérée (2012) : 1315.

Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

5.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH

Référence :

Registre des centres de prise en charge des PVVIH. Les données sont pondérées sur les données du pôle d'excellence de Casablanca. En effet, nous avons constaté que pas tous les cas de VIH/tuberculose traités ne sont pas notifiés, information confirmée par les centres de prise en charge. Pour remédier à cette lacune nous avons pondéré les données des autres centres en utilisant comme information de base les cas VIH/TB pris en charge par le centre de Casablanca, et le nombre de personnes pris en charge par les différents centres, information fiables. Ces calculs nous ont permis d'estimer le nombre de PVVIH traité pour la TB à 245 en 2011.

2011	tous les cas	Hommes	Femmes	<15	15+
Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose associée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH.	54.44	57.50	50.95	36.00	56.75
Numérateur : Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément aux normes nationales protocole et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux normes nationales de lutte contre la tuberculose) au cours de l'année	245	138	107	18	227
Dénominateur : Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	450	240	210	50	400

2012	tous les cas	Hommes	Femmes	<15	15+
Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose associée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH.	75%	79%	70%	50%	78%
Numérateur : Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément aux normes nationales protocole et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux normes nationales de lutte contre la tuberculose) au cours de l'année	357	201	156	26	331
Dénominateur : Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	477	255	222	52	425

2012	tous les cas	Hommes	Femmes	<15	15+
Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose associée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH.	85%				
Numérateur : Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément aux normes nationales protocole et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux normes nationales de lutte contre la tuberculose) au cours de l'année	406				

Dénominateur : Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	477	255	222	52	425
---	-----	-----	-----	----	-----

Cet indicateur à été mis à jour par l'OMS	tous les cas
Pourcentage (%) : Percentage of estimated HIV-positive incident TB cases that received treatment for both TB and HIV	60.51
Numérateur (%) : Number of people with advanced HIV infection who received antiretroviral combination therapy in accordance with the nationally approved treatment protocol (or WHO/UNAIDS standards) and who were started on TB treatment (in accordance with national TB programme guidelines), within the reporting year	357
Dénominateur Estimated number of incident TB cases in people living with HIV. Estimated Number of Incident TB cases in people living with HIV – the denominator for indicator 5.1: TB_incidence.xls	590

5.2 Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse

Numérateur : Nombre d'établissements de santé (dispensant des services de TAR aux personnes vivant avec le VIH) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse.

Methodologie :

Au niveau des établissements de santé, examen de la politique écrite de lutte contre les infections en répondant par oui ou par non aux questions suivantes :

- existe-t-il un plan écrit de lutte contre les infections ?
- y a-t-il une personne responsable de l'exécution du plan de lutte antituberculeuse ?
- l'espace d'attente est-il bien aéré (par ex. fenêtres et portes ouvertes) ?
- les personnes chez qui l'on suspecte une tuberculose sont-elles identifiées dès leur arrivée dans l'établissement et mises à l'écart des autres patients ?
- les cas de tuberculose déclarés chez les prestataires de soins sont-ils systématiquement surveillés et déclarés ?

Un établissement de santé ne sera reconnu comme ayant une politique de lutte antituberculeuse conforme aux recommandations internationales que si chacune de ces questions a reçu une réponse affirmative. Une réponse positive à la question sur l'existence d'un plan écrit de lutte contre les infections doit obligatoirement être accompagnée d'une copie papier de ce plan. Il faut également chercher à obtenir des documents prouvant la véracité des réponses aux autres questions.

Périodicité : collecte annuelle des données pour chaque établissement au moment des visites de supervision et/ou de l'évaluation externe des activités en rapport avec l'infection à VIH/la tuberculose ou de l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH.

Instruments de mesure : liste des points à

La stratégie nationale de prise en charge des personnes vivant avec le VIH se fait à travers les centres référents universitaires et les centres référents régionaux et non pas au niveau des ESSB.

Number of health care facilities providing ART services for people living with HIV with demonstrable infection control practices that include TB control (consistent with international guidelines): 16

5.3 Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)

Percentage of adults and children newly enrolled in HIV care starting isoniazid preventive therapy (IPT):

-

Number of adults and children started in HIV care during the reporting period ('in HIV care' includes people in the pre-ART register and people in the ART register) who also start (i.e. are given at least one dose) isoniazid preventive therapy:

-

Number of adults and children started in HIV care during the reporting period ('in HIV care' includes people in the pre-ART register and people in the ART register):

5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH de patients dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite

Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, chez qui une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite.

Dénominateur : Nombre total d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection à VIH dans la période couverte par les données

ND

6.1 Dépenses relatives au sida - Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

	2011	2012	2013
Coopération bilatérale	50837	72 016	83525
Fonds Mondial	4190951	6 042 809	7348181
ONG INT	1405370	1 345 368	1503298
ONG NAT	489857	794 606	763459
ORG PRIVE	1024861	109 715	23125
Public Local	121721	25 703	5971
Public National	6606975	7 259 549	7952671
SNU	742119	647 056	667271
Total général	14632692	16 296 822	18347503

10.2. Economic support for eligible households

Additional information related to entered data. e.g. reference to primary data source (please send data to My Documents if possible), methodological concerns:

-

Data related to this topic which does not fit into the indicator cells. Please specify methodology and reference to primary data source. Please send data to My Documents if possible:

-

	Tous / Toutes
<p>Pourcentage (%) Proportion of the poorest households who received external economic support in the last 3 months <i>Please enter any disaggregated data in the comment fields above</i></p>	

<p>Numérateur Number of the poorest households that received any form of external economic support in the last 3 months</p> <p><i>External economic support</i> is defined as free economic help</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cash transfer (e.g., pensions, disability grant, child grant, to be adapted according to country context) b) Assistance for school fees c) Material support for education (e.g., uniforms, school books etc) d) Income generation support in cash or kind e.g. agricultural inputs e) Food assistance provided at the household or external institution (e.g., at school) f) Material or financial support for shelter g) Other form of economic support (specify) 	
<p>Dénominateur Total number of eligible households</p> <p><i>Poorest households are defined as a household in the bottom wealth quintile.</i></p>	

Objectif 7 : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

7.2 Prévalence de la violence des partenaires intimes récents

Référence :

Enquête Nationale sur la Prévalence de la violence à l'égard des Femmes, Maroc 2009/2010

Prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc (HCP: Haut Commissariat au Plan, 2011) Prévalence globale de la violence Il ressort des données de l'enquête que, sur une population de 9,5 millions de femmes âgées de 18 à 64 ans, près de 6 millions, soit 62,8%, ont subi un acte de violence sous une forme ou une autre durant les douze mois précédant l'enquête, 3,8 millions en milieu urbain et 2,2 millions en milieu rural. Par forme de violence, la plus fréquente est la violence psychologique : Forme de violence Taux de prévalence Effectif des violentées Psychologique :48% soit 4,6 millions Atteintes aux libertés individuelles: 31% soit 3 millions Violence liée à l'application de la loi: 17,3% soit 1,2 millions Physique: 15,2% soit 1,4 millions de femmes Dont forme grave (agression avec objet contondant, brulure): 1,9% soit 177 mille Sexuelle: 8,7% soit 827 mille Dont rapport sexuel forcé: 0,4% soit 38 mille Economique 8,2% soit 181 mille.

Nous avons inscrit pour cet indicateur les données disponibles pour la violence physique pour la Tranche d'âge 18 à 64 ans.

	Femmes
Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	15.20
Numérateur : Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	1262
Dénominateur : Nombre total de femmes interrogées âgées de 15-49 ans qui ont actuellement ou ont un partenaire intime	8300