



ROYAUME DU MAROC

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

Rapport national 2012

**Période considérée :
Janvier 2010-décembre 2011**



ROYAUME DU MAROC

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

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	6
II. Aperçu de la situation	7
II.1. Participation des partenaires au processus d'élaboration du rapport	8
II.2. Situation actuelle de l'épidémie	9
II.3. Riposte au plan politique et programmatique	10
II.4. Récapitulatif des indicateurs de la déclaration politique	11
III. Aperçu de l'épidémie de sida	14
III.1. Caractéristiques de l'épidémie	14
III.2. Résultats de l'Etude sur les modes de transmission (MOT)	15
III.3. Tendances épidémiologiques et facteurs de risque chez les groupes spécifiques	15
III.4. Infections sexuellement transmissibles	16
III.5. Estimation de l'épidémie VIH au Maroc	17
IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida	18
IV.1. Implication au plus haut niveau	18
IV.2. Réduction du taux de transmission du VIH par voie sexuelle	21
IV.3. Réduction du taux de transmission du VIH parmi les CDI	28
IV.4. Elimination de la TME et réduction du nombre de décès maternels liés au sida	31
IV.5. Garantie du traitement antirétroviral	32
IV.6. Réduction des décès liés à la tuberculose chez les PVVIH	35
IV.7. Ressources	36
IV.8. Lutte contre la vulnérabilité, les inégalités de genre, la discrimination et la stigmatisation	37
V. Meilleures pratiques	39
VI. Principaux obstacles et mesures correctives	41
VI.1. Progrès dans les mesures correctives aux obstacles identifiés dans le rapport 2010	41
VI.2. Obstacles à la riposte nationale	43
VI.3. Mesures correctives concrètes prévues pour réaliser les objectifs de la Déclaration politique	44
VII. Soutien des partenaires au développement	45
VII.1. Soutien reçu des partenaires au développement	45
VII.2. Actions à entreprendre par les partenaires au développement	48
VIII. Suivi et évaluation	49
Liste des références et sources de données	50
ANNEXES	51
Annexe 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport	52
Annexe 2 : Questionnaires A et B de l'Indice composite des politiques nationales	53

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Cas de VIH et sida notifiés selon les régions. Maroc, période 2007-2011
- Graphique 2 : Distribution des nouvelles infections à VIH au Maroc selon le mode d'exposition
- Graphique 3 : Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe. National et Souss-Massa-Draa
- Graphique 4 : Nombre de jeunes 15-24 ans et de femmes sensibilisés en matière d'IST/VIH/sida. Maroc, 2004-2011
- Graphique 5 : Évolution du nombre de personnes parmi les populations exposées au risque d'infection VIH ayant bénéficié de programmes de prévention
- Graphique 6 : Évolution du nombre de nouveaux contacts parmi les populations exposées au risque d'infection VIH ayant bénéficié de programmes de prévention
- Graphique 7 : Répartition du nombre de personnes parmi les populations exposées au risque d'infection VIH ayant bénéficié de programmes de prévention en 2010-2011 selon les catégories de ces populations
- Graphique 8 : Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH. Maroc, 2004-2011
- Graphique 9 : Répartition des tests selon les populations. Années 2010-2011
- Graphique 10 : Répartition des tests selon le mode de dépistage. Années 2010-2011
- Graphique 11 : Estimation de la couverture par la pTME des femmes enceintes séropositives. Maroc, 2007-2011
- Graphique 12 : Évolution du nombre de PVVIH pris en charge. Maroc, 2004-2011
- Graphique 13 : Répartition des Personnes sous ARV, Adultes- enfants. Maroc 2011
- Graphique 14 : Répartition du nombre de PVVIH pris en charge au niveau des CHU et des Centres référents. 2011
- Graphique 15 : Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié en 2010 et 2011 d'appui psychosocial, financier et AGR
- Graphique 16 : Évolution du pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès 2003-2011
- Graphique 17 : Évolution du 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 entre 2007 à 2011
- Graphique 18 : Évolution des dépenses en matière de lutte contre le sida. (Millions US\$). Maroc 2001-2011
- Graphique 19 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida. Selon les sources de financement. Maroc, 2010-2011
- Graphique 20 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida. Selon les domaines. Maroc, 2010-2011
- Graphique 21 : Répartition des dépenses consacrées à la prévention. Selon les populations bénéficiaires. Maroc, 2010-2011

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Estimations relatives à l'épidémie du VIH/sida au Maroc en fin 2011
- Tableau 2 : Distribution des Seringues stériles auprès des UDI : 2010-2011
- Tableau 3 : Besoins estimés en pTME selon SPECTRUM et nombre de pTME réalisées par année

LISTE DES ABREVIATIONS

ADS	: Agence de développement social
AES	: Accidents d'exposition au sang
ALCS	: Association marocaine de lutte contre le SIDA
ALIS	: Association de lutte contre les IST/sida
AMDH	: Association marocaine des droits de l'homme
AMSED	: Association marocaine de solidarité et développement
ARV	: Antirétroviraux
ASAP	: Aids strategy & action plan, Banque mondiale/ONUSIDA
ASCS	: Association sud contre le sida
BIT	: Bureau international du travail
CAP	: Connaissances attitudes et pratiques
CCDH	: Conseil consultatif des droits de l'homme
CCM	: Comité de coordination du Maroc
CDI	: Consommateurs de drogues injectables
CRIS	: Système d'information sur la réponse des pays
CRILS	: Comité régional intersectoriel de lutte contre le sida
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CTV	: Conseil et test volontaire
DHS	: Enquête démographique sur le Santé
ESTHER	: Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
HSB	: Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ICASA	: Conférence internationale sur le sida en Afrique
INDH	: Initiative Nationale pour le Développement Humain
INH	: Institut National d'Hygiène
IST	: Infections sexuellement transmissibles
LCS	: Lutte contre le sida
LML-MST	: Ligue marocaine de lutte contre les MST
MS	: Ministère de la Santé
MOT	: Mode de transmission
NASA	: Évaluation des dépenses en matière de lutte contre le sida
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OMPIC	: Office marocain de la propriété Industrielle et Commerciale
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPALS	: Organisation Pan Africaine de lutte contre le sida
ORS	: Observatoire Régional de santé
PEC	: Prise en charge
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Professionnel (le)s du sexe
PSR	: Plan stratégique régional
pTME	: Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH
PSN	: Plan stratégique national de lutte contre le sida
PNLS	: Programme national de lutte contre les IST/sida
SNU	: Système des Nations Unies
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquis
SMD	: Sous Massa Draa
SR	: Santé reproductive
SSB	: Soins de santé de base
TPM+	: Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
TB	: Tuberculose
TV	: Télévision
UDI	: Usager de drogues injectables
UNDAF	: Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la population
UNHCR	: Haut commissariat aux réfugiés
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO	: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la Science et la Culture
UNIFEM	: Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
UNGASS	: Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION

L'élaboration du présent rapport national sida 2012 sur les progrès enregistrés pour la réalisation des objectifs de la déclaration politique de juin 2011, coïncide avec l'arrivée à terme du Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le sida 2007-2011 et le lancement du nouveau PSN 2012-2016.

Rappelons que le Maroc s'est mobilisé depuis plus de deux décennies en matière de lutte contre le sida. En apportant son soutien aux actions de prise en charge et en offrant le meilleur modèle de lutte contre la stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI a donné une impulsion décisive à la riposte nationale au sida. Grâce à l'engagement de tous les acteurs, le Maroc a pu ancrer la culture de partenariat et réaliser des avancées notables en matière de lutte contre le sida. En témoigne, la mise en place de programmes de prévention auprès des populations clés les plus exposées aux risques d'infection et l'accès à la trithérapie antirétrovirale à toutes les personnes vivant avec le VIH dépistées et éligibles au traitement.

Le PSN 2007-2011 a permis de renforcer les efforts déployés par l'ensemble des acteurs de la riposte au sida au Maroc. Notamment, le ministère de la Santé et ses différents partenaires des Départements gouvernementaux et de la Société Civile.

La revue du PSN 2007-2011, conduite de manière participative, a permis d'analyser la dynamique de l'épidémie, d'examiner les progrès et les obstacles et d'établir des recommandations et orientations pour renforcer la riposte nationale. Cette revue qui a impliqué plusieurs consultants externes, a intégré la conduite d'études sur les modes de transmission VIH et sur les dépenses en matière de lutte contre le sida (NASA) et a comporté un examen spécifique des composantes du genre et des droits humains. Les orientations et recommandations de la revue du PSN ont été utilisées pour la préparation de la proposition du Maroc au 10ème appel du Fonds mondial, dont l'acceptation a été annoncée en décembre 2010.

Malgré les progrès importants enregistrés dans la lutte contre le sida au Maroc, plusieurs défis restent posés, parmi eux l'extension de la prévention aux populations les plus exposées ou vulnérables, l'amélioration du recours au dépistage du VIH pour le diagnostic et la prise en charge de la maladie à un stade précoce, et l'accès élargi des femmes enceintes VIH positives à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

La préparation du PSN 2012-2016 appuyée par l'ONUSIDA, ASAP et le Fonds mondial, a été menée en collaboration avec l'ensemble des partenaires de la riposte nationale au sida. Le nouveau PSN 2012-2016 se base sur une meilleure compréhension de la situation et une meilleure analyse des forces et faiblesses de la riposte nationale au VIH/sida. Il 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 et adopte la vision de l'ONUSIDA «Zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida».

Ce rapport présente un résumé des réalisations du Royaume du Maroc dans la mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/sida adoptée en juin 2011. Il met en évidence les progrès enregistrés dans la riposte nationale au sida au cours des deux dernières années 2010-2011, le tout argumenté par des indicateurs et des chiffres concrets sur la situation et les réalisations. Il est le fruit d'une large concertation entre le Programme National de lutte contre le Sida (PNLS) et ses partenaires que sont les départements ministériels, la société civile, et les organisations internationales.

Après un aperçu de la situation de l'épidémie du VIH/sida au Maroc, le rapport relate les progrès réalisés en rapport avec les sept objectifs de la déclaration politique de 2011. Il met ensuite en exergue les principaux obstacles et défis à surmonter pour renforcer la riposte nationale au VIH/sida 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 relatifs à la politique nationale.

II. APERÇU DE LA SITUATION

II.1. PARTICIPATION DES PARTENAIRES AU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU RAPPORT

Les mécanismes de participation des partenaires, recommandés pour la préparation de ce rapport national, ont été pris en compte. Ceux-ci incluent la consultation des organisations non gouvernementales, des personnes vivant avec le VIH, des secteurs publics et des agences des Nations Unies et de coopération internationale.

L'élaboration du rapport est passée par plusieurs étapes menées en concertation avec les différents partenaires et avec la collaboration étroite de l'ONUSIDA:

- Mise en place d'un comité de suivi au sein du programme national de lutte contre les IST/sida et définition du processus et des étapes pour l'élaboration du rapport.
- Recrutement d'un consultant national pour appuyer toutes les étapes de la préparation du rapport et l'organisation de l'atelier de validation.
- Conduite d'entretiens qui ont concerné 25 partenaires dont 6 ONG thématiques, 3 ONG non thématiques, 9 secteurs gouvernementaux, le Conseil National des Droits de l'Homme, 6 agences des Nations Unies, agences de coopération bilatérale et l'unité de gestion du Fonds mondial.
- Recueil des données sur les activités à travers des formulaires adressés aux différents partenaires et services impliqués dans la riposte nationale.
- Exploitation des données des études bio-comportementales RDS réalisées auprès des populations clés (PS, HSH et UDI) en collaboration avec les partenaires concernés.
- Révision des estimations de l'épidémie VIH au Maroc
- Synthèse des données disponibles et calcul des indicateurs de suivi et évaluation recommandés.
- Élaboration d'un rapport préliminaire.
- Organisation le 15 mars 2012, d'un atelier pour finaliser et valider le rapport et finalisation les questionnaires A et B sur l'indice composite des politiques nationales. Cet atelier a regroupé des représentants des différents partenaires nationaux et internationaux.
- Consolidation et envoi de la version finale du rapport.

II.2. SITUATION ACTUELLE DE L'ÉPIDÉMIE

La séroprévalence du VIH reste faible et stable au sein de la population générale, cependant les données du système de surveillance sentinelle et des études bio-comportementales (RDS) menées en 2010 et 2011 auprès des populations clés les plus exposés au risque d'infection (PS, HSH et UDI) confirment la concentration de l'épidémie parmi ces populations dans certaines régions du Maroc.

Ainsi, la prévalence du VIH est de 5% chez les PS et 5,7% chez les HSH au niveau de la ville d'Agadir (région de Sous Massa Draa). Alors qu'à Nador, une prévalence de 22,5% a été relevée parmi les UDI. Ces données sont en cohérence avec le taux de séropositivité dans les centres de conseil et tests VIH.

L'analyse de l'évolution dans le temps du nombre de cas de VIH/sida notifiés, montre une augmentation progressive. Cette augmentation serait également en lien avec le renforcement du dépistage volontaire et à visée diagnostique ainsi que la décentralisation de la prise en charge au niveau de certaines régions.

La dynamique focale de l'épidémie continue à prévaloir et se renforcer. Ainsi, au cours de la période 2007 à 2011, la région de Sous Massa Draa a regroupé près de 27% des cas notifiés, suivie par la région de Marrakech Tensift Al Haouz avec 19% des cas. Ces deux régions englobent à elles seules 46% (soit près de la moitié) des cas notifiés au Maroc au cours des cinq dernières années. Ce constat est à relativiser vues les différences entre les régions en matière d'accès aux centres de dépistage du VIH et aux centres de prise en charge.

L'analyse des cas selon les périodes montre une augmentation de la proportion des femmes qui a atteint près de 50% au cours des cinq dernières années. La transmission sexuelle est largement prédominante avec 93,5% des cas, dont 80% pour le mode hétérosexuel et 13,5% pour le mode homosexuel. Les proportions des modes de transmission parmi les cas de VIH/sida varient au niveau de certaines régions mettant en évidence des dynamiques différentes de transmission du VIH au niveau de certaines populations les plus exposées au risque d'infection. L'étude sur les modes de transmission a montré que 67% des nouveaux cas d'infection surviendraient parmi les populations clés les plus exposées et leurs partenaires.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à près de 29.000 en 2011 et la prévalence du VIH dans la population à 0,14%.

II.3. RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE

Bénéficiant d'un engagement au plus haut niveau, et mis en œuvre sous le leadership du Ministère de la Santé, le plan stratégique national 2007-2011 (PSN), définit des cibles nationales pour l'accès universel à la prévention aux traitements aux soins et à l'appui en matière de VIH.

La mise en œuvre du PSN est assurée par la contribution active de plusieurs ONG nationales et locales et des secteurs ministériels de l'éducation, la jeunesse, l'administration pénitentiaire, les Affaires islamiques et l'Entraide Nationale, le ministère de l'Emploi et le ministère de l'Agriculture. Des plans opérationnels locaux sont mis en œuvre dans plusieurs régions sous la coordination de comités intersectoriels de lutte contre le sida.

Au cours de la période considérée par le rapport (2010-2011) des progrès significatifs ont été enregistrés par la riposte nationale au sida. La couverture par les programmes de prévention des populations clés les plus exposées aux risques d'infection a continué à progresser aussi bien au niveau géographique que de la couverture. Le programme de réduction des risques auprès des UDI qui a acquis une expérience notable dans le site de Tanger a connu une extension aux villes de Tétouan, et Nador avec l'introduction du traitement de substitution à la Méthadone en juin 2010 à Tanger, Casablanca, et Salé. L'accès au conseil et test VIH volontaire a également enregistré des progrès significatifs associant des stratégies basées sur les centres fixes, unités mobiles et journées nationales ainsi que l'intégration du dépistage au sein des établissements de soins de santé de base. Les programmes de prévention auprès des jeunes et des femmes menés par les départements ministériels et les ONG utilisant divers approches d'information, éducation et communication sur le VIH (Éducation par les pairs, théâtre, Cinéma, Vidéo, Cdrom etc.), ont été consolidés.

Par ailleurs, les traitements ARV ont été assurés pour toutes les personnes dépistées et éligibles selon les critères nationaux, permettant une augmentation progressive de la couverture. Le programme d'appui psychosocial, incluant la médiation sociale et l'initiation de groupes d'auto-support, a été renforcé. La lutte contre la violence à l'égard des femmes prend en compte la composante VIH/sida. Le programme pTME, impliquant le dépistage de femmes enceintes au niveau des ESSB, a été évalué et est en phase d'extension à d'autres sites.

En plus du budget gouvernemental, l'appui est apporté par le Fonds mondial, le système des Nations Unies, des donateurs bilatéraux, ainsi que les fonds mobilisés lors de la collecte nationale dans le cadre du Sidaction, dont une nouvelle édition a été organisée en 2010. Le Fonds mondial a approuvé la proposition du Maroc pour un appui à la réalisation du PSN 2012-2016 dans le cadre du Round 10.

Malgré les efforts consentis, des obstacles à l'accès universel demeurent liés aux capacités des partenaires et ressources humaines pour étendre la couverture notamment pour les populations les plus exposées, à la stigmatisation et discrimination et à l'accès insuffisant aux services de dépistage au sein des structures de santé. Le processus d'élaboration du PSN 2012-2016 a souligné et identifié les obstacles à la riposte et a défini des cibles pour la concrétisation effective de l'accès universel en matière de prévention pour les populations clés les plus exposées, de prise en charge et de prévention de la transmission mère enfant.

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 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 IBBS RDS Travailleuse du sexe 2011, Ministère de la santé	2011	41,9%
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	2011	50,2%
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	25,3%
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	2011	1,9%
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	45,4%
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	2010	50%
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	31%
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	2010	5,1%
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 Q1: Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire non infecté(e) qui n'a pas d'autres partenaires? Q2: Une personne peut-elle réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel? Q3: Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut-elle avoir le VIH? Source : Etude CAP jeunes 2007, Ministère de la santé	2007	66,5% 53,8% 65,9%
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	4,5%
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	19,3%
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	61,8%
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	4,5%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH Source : Surveillance sentinelle des femmes enceintes	2009	0,02%

N°	Indicateurs	Année	Valeur
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	7 13
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport Source : Étude IBBS RDS UDI 2010, Ministère de la santé, Tanger, Nador	2010 /2011	30,4%
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	2010 /2011	67,3%
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	11%
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	2011	33%
3.2	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	2010	13%
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	2011	24%
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 pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	2011	40%
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	2011	91%
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	54%
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	2010 2011	14,8 M\$ 14,6 M\$
Objectif 7 : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement			
7.1	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	2011	Questionnaires A et B
7.2	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%
7.3	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans		ND
7.4	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
Nombre de personnes parmi les populations exposées aux risques ayant bénéficié de programmes de prévention		50822	74532	80040	111917	142988	200044	254162
Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH	8000	9828	22478	35458	42256	45076	45704	60446
Nombre personnes vivant avec le VIH prise en charge par les ARV	884	1120	1370	1648	2207	2647	3205	4047
Nombre de femmes enceintes séropositives couvertes par la pTME				42	60	90	124	124

III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA

Dans le cadre de la préparation du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2012-2106, 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 étude de modélisation des principaux modes de transmission (MOT) du VIH a été réalisée.

III.1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉPIDÉMIE

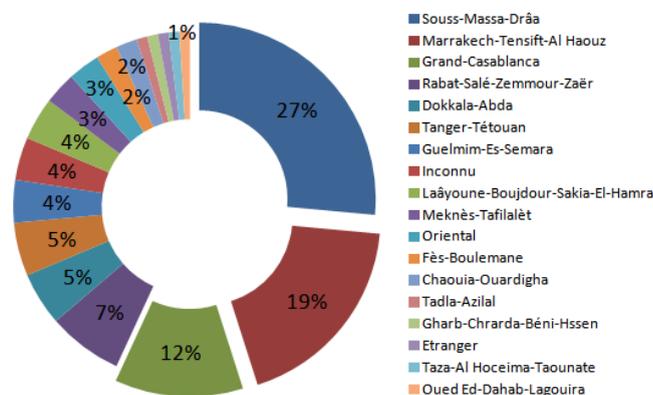
Depuis le premier cas en 1986, le nombre de cas de VIH/sida notifiés a atteint 6453 en fin décembre 2011 dont 4169 au stade sida-maladie et 2284 porteurs asymptomatiques du VIH.

- ▶ 65% des cas ont été notifiés au cours de la période 2005-2011.
- ▶ 71% des cas sont âgés entre 25 et 44 ans.
- ▶ la proportion des femmes a atteint près de 50% des cas notifiés.

Les données de la surveillance sentinelle confirment la faible séroprévalence du VIH dans la population générale avec une quasi-stabilité chez les femmes enceintes (0,17% en 2009). Ces données, confirmées par les études RDS Bio-comportementales menées en 2010 et 2011, montrent que l'épidémie se développe au sein des populations les plus exposées au risque d'infection VIH, il s'agit des femmes professionnelles du sexe (PS), des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), et des usagers de drogues injectables (UDI).

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 58% des cas notifiés.

Graphique 1 : Cas de VIH et sida notifiés selon les régions. Maroc, période 2007-2011

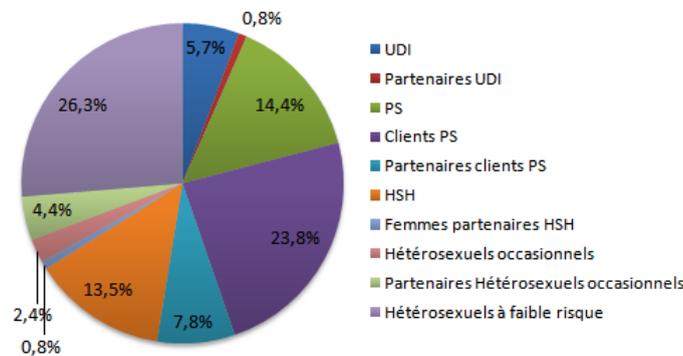


La transmission sexuelle est majoritaire et alimentée par des comportements de multi-partenariat sexuel retrouvés chez les trois quart des cas notifiés. Des dynamiques différentes sont enregistrées comme la transmission chez les PS et HSH dans les régions de Souss-Massa-Draa et Marrakech-Tensift-Al Haouz et par partage de matériel d'injection de drogue dans les régions de l'Oriental et Tanger-Tétouan.

III.2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE SUR LES MODES DE TRANSMISSION (MOT)

La modélisation de l'incidence du VIH au Maroc a montré que 67% 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 26,3% de l'incidence.

Graphique 2 : Distribution des nouvelles infections à VIH au Maroc selon le mode d'exposition.

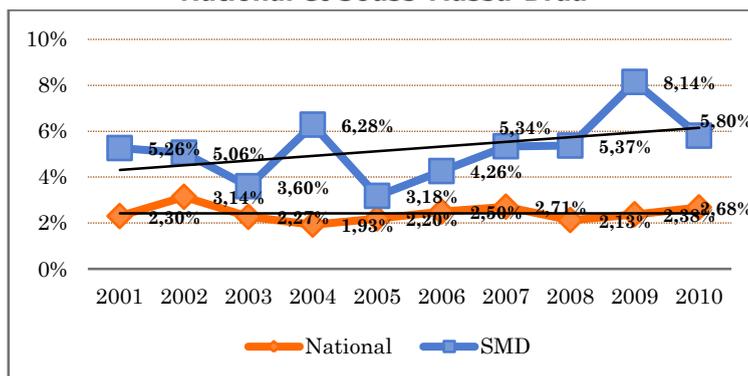


III.3. TENDANCES ÉPIDÉMIOLOGIQUES CHEZ LES GROUPES SPÉCIFIQUES

▪ Femmes Professionnelles du sexe (PS)

La surveillance sentinelle révèle chez les PS une prévalence moyenne nationale entre 2% et 3% depuis l'année 2001. 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 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 une prévalence 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 3 : Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe. National et Souss-Massa-Draa



▪ **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 disent 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 350.000 cas dont plus de 70 000 écoulements urétraux sont notifiés par année 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 29 000 en 2011 alors que le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés s'élève à 6453. Ainsi, si l'on fait abstraction des décès parmi les cas notifiés, près de 80% des PVVIH (soit 22 500) ne connaîtraient pas leur statut sérologique.

Tableau 1 : Estimations relatives à l'épidémie du VIH au Maroc en fin 2011

Personnes vivant avec le VIH en fin 2011	29 000	[20 000 – 40 000]
Enfants (<15 ans)	< 1 000	[500 – 1 000]
Personnes nouvellement infectées en 2011	3 600	[2 000 – 5 000]
Décès dus au sida en 2011	1 500	[<1 000 – 2 500]
Prévalence du VIH chez les adultes	0,14%	[0,1% – 0,2%]

IV. RIPOSTE NATIONALE AU SIDA

Cette section du rapport souligne les efforts déployés par le gouvernement du Royaume du Maroc et ses partenaires de la société civile et de la coopération internationale dans la riposte au sida.

Elle focalise l'attention sur les progrès réalisés au cours des années 2010-2011 en mettant en exergue les efforts déployés par rapport aux différents objectifs de la Déclaration Politique sur le VIH/sida de 2011. Nous présentons, également comme préalable, les efforts enregistrés dans l'implication du Maroc au plus haut niveau et à travers ses différents partenaires dans la lutte contre le VIH/sida.

Des indicateurs actualisés des progrès, résultats et impact de la riposte nationale sont présentés dans les différentes parties de cette section du rapport.

IV.1. IMPLICATION AU PLUS HAUT NIVEAU ET DES PARTENAIRES

SA MAJESTE LE ROI MOHAMED VI a donné une impulsion décisive à la riposte au sida. Le discours royal lors de la session de l'UNGASS 2001 avait déjà souligné l'engagement du Maroc par la mise en place d'une stratégie nationale intégrée de lutte contre le VIH/sida. Il a donné l'exemple par son engagement personnel et sa sollicitude envers les personnes vivant avec le VIH, manifesté par son inauguration de l'hôpital de jour pour la prise en charge du VIH à l'Hôpital Ibn Rochd de Casablanca et par la visite effectuée aux malades pour s'enquérir des soins qui leur sont dispensés. Plusieurs manifestations et événements scientifiques nationaux ou internationaux en rapport avec la lutte contre le sida, organisés au Maroc au cours des dernières années, ont bénéficié du Haut Patronage Royal.

Le cycle 2011-2015 de l'Initiative Nationale de Développement Humain a été lancé par Sa Majesté le Roi Mohamed VI. La nouvelle plateforme repose sur cinq programmes visant la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale, la précarité, le programme transversal et le programme de mise à niveau territorial. Ces programmes ont comme objectifs, entre autres, l'amélioration de l'accès des populations les plus vulnérables aux services sociaux, aux infrastructures, équipements sanitaires et éducatifs de base, le développement des AGR et de Microprojets générateurs d'emplois. Parmi les objectifs, on retrouve, également, l'amélioration de la prise en charge et la réinsertion familiale et sociale, la réduction des disparités en matière d'accès aux infrastructures de base, d'équipements et services de proximité. L'INDH a intégré les personnes vivant avec le VIH et les Usagers de drogues parmi les populations bénéficiaires.

Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma a présidé la délégation marocaine à la réunion de Haut niveau de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/sida en juin 2011 et participé à la réunion des Premières Dames sur l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. SAR la Princesse Lalla Salma avait été également à la tête de la délégation marocaine ayant participé à la 15ème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (ICASA) qui s'est déroulée à Dakar sous le thème « Appropriation, Renforcement et Pérennisation ».

La **revue du plan stratégique national de lutte contre le sida** (PSN) 2007-2011 mené en 2010, a souligné l'engagement du Maroc pour «œuvrer pour un accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui aux personnes vivant avec le VIH » à travers l'objectif stratégique du PSN et les résultats chiffrés enregistrés en la matière. La revue a mis en évidence les acquis de la riposte manifestés par la progression des indicateurs de couverture en matière de prévention, prise en charge médicale et appui psychologique et social des PVVIH. Elle a fait ressortir, également, des insuffisances, lacunes et obstacles et mis en exergue les opportunités pour la riposte. La revue a été éclairée par les informations émanant des études MOT, NASA et bio-comportementales et a comporté un examen spécifique des questions de droits humains et de genre liées au VIH. Le nouveau **PSN 2012-2016** a fixé des cibles ambitieuses pour assurer un accès universel à la prévention, au traitement antirétroviral et la prévention de la transmission mère-enfant, pour permettre au Royaume du Maroc d'atteindre les objectifs de la Déclaration politique sur le VIH/Sida et de s'inscrire pleinement dans la vision des trois Zéros de l'ONUSIDA.

La troisième édition du **SIDACTION** Maroc s'est tenue en décembre 2010 sous le Haut Patronage Royal. Cette manifestation organisée par l'ALCS en partenariat avec la chaîne 2M a été articulée autour d'une émission TV diffusée en direct le 17 décembre 2010 sur 2M, avec une programmation spéciale sur Al Aoula et les chaînes de radio. Cette campagne a été soutenue par des experts, et des personnalités nationales et internationales. Le premier objectif était la sensibilisation du grand public en matière de prévention, dépistage et lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Le second objectif était la collecte de fonds dont un peu plus du tiers a alimenté le Fonds d'Appui aux Structures Partenaires FASP qui a permis l'attribution de subventions à neuf associations et deux instituts de recherche.

L'Alliance Francophone des Acteurs de Santé contre le VIH (AFRAVIH) a organisé les 28-31 mars 2010 la **5^{ème} Conférence Francophone VIH/sida** à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca. Cette conférence a bénéficié du Haut patronage Royal. Le Pr Hakima Himmich a été Coprésidente de cette édition. Le Maroc a été fortement représenté par les acteurs de la riposte au VIH/sida qui ont contribué par des présentations orales et affichées.

Les 1er décembre 2010 et 2011 ont constitué l'occasion, de **célébrer la Journée mondiale de lutte contre le sida**. Les thèmes retenus étaient respectivement « lumières pour les droits » et « objectifs zéro : zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au sida ». A cette occasion, les associations marocaines ont organisé des campagnes de sensibilisation et des marches marquées par la participation de plusieurs vedettes marocaines du monde des arts.

Le rôle de la société civile s'est renforcé d'abord par sa présidence du Comité de coordination du Maroc pour la lutte contre le sida (CCM) assurée par l'Association Marocaine de Planification Familiale (AMPF). La société civile poursuit sa collaboration étroite et son activisme dans la lutte contre le VIH/sida. La période 2010-2011 a enregistré la poursuite de la mobilisation des volontaires et des ressources humaines des

ONG, le renforcement de leurs capacités d'intervention et de gestion. Cette période a été marquée par la continuité de l'extension géographique à travers la création de nouvelles sections et nouvelles antennes, élargissement du champ d'action dans la mise en œuvre des interventions sur le terrain au bénéfice des populations les plus exposées, les jeunes et les femmes.

L'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) a consolidé ses activités de débat à travers l'organisation des VIII assises nationales en janvier 2010 à Marrakech sous le thème « Stigmatisation et Discrimination : l'autre épidémie ». Ces assises ont constitué l'occasion pour débattre des problèmes entravant la prévention, le dépistage et le traitement et de dégager des pistes pour une stratégie commune de plaidoyer pour les droits de personnes infectées ou affectées par le VIH.

L'Organisation panafricaine de lutte contre le VIH/sida (OPALS-Maroc) a organisé deux colloques internationaux sous le haut patronage Royal, et qui ont débattu de l'intégration des IST/VIH/sida et des programmes de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Les femmes parlementaires et élues locales ont été sensibilisées dans le cadre d'un ensemble d'activités sous le slogan « Le sida se soigne aussi par la politique ». Un Forum National des femmes élues pour la lutte contre le sida et la promotion de la SSR a été créé.

Le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) a engagé un partenariat avec le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), l'ONUSIDA et l'UNESCO en organisant en 2011 une journée de réflexion sur « le rôle des institutions nationales des droits de l'Homme dans la riposte au sida ». Les participants à cette journée ont approfondi la réflexion sur l'intégration de l'approche des droits humains dans le PSN, le rôle du CNDH dans la promotion des droits des PVVIH et des personnes affectées, et le renforcement du partenariat et de l'approche participative. Les questions clés débattues se rattachent essentiellement aux droits humains, genre, stigmatisation et discrimination.

Le Maroc a **consolidé les acquis des départements ministériels** ayant intégré dans leur secteur la lutte contre le sida comme un axe d'intervention. Les départements impliqués tels que le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de la jeunesse et des sports, la Délégation Générale de l'administration pénitentiaire, le Ministère des Habous et Affaires Islamiques, l'Entraide Nationale, le Ministère de l'Agriculture et le Ministère de l'Emploi ont consolidé les acquis de leurs actions et réalisé plusieurs avancées en matière de sensibilisation et de prévention. Les Ministres de ces départements continuent, dans leur interventions et discours, à soutenir la lutte contre le sida. Des plans d'actions définissent les stratégies, objectifs et besoin de chacun de ces secteurs.

Le Ministère de Développement Social, de la Famille et de la Solidarité (MDSFS) a mené une étude pour l'intégration de la dimension VIH/sida dans ses stratégies et plans d'actions. Cette étude souligne les forces du Ministère par le volet de développement qu'il couvre sous différents aspects, son positionnement vis-à-vis des autres ministères et institutions qui lui sont rattachées (Agence de Développement Social et Entraide Nationale), et les associations féminines et de développement. Les recommandations de l'étude seront opérationnalisées dans un Plan Sectoriel de lutte contre le VIH/sida.

La Rabita des Oulémas, impliquée pour l'intégration de la composante IST/VIH/sida et la SSR dans le champ religieux, a poursuivi son rôle très significatif de renforcement de l'implication des leaders religieux « imams » et prédicatrices « Morchidates ». Ces Leaders œuvrent pour éliminer les comportements négatifs en lien avec l'épidémie. Les occasions sont diverses notamment les leçons et prédications assurées au sein des mosquées et lors de la prêche du vendredi (Khotbas) qui touchent environ 6 millions de personnes à travers le Maroc. A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida un message a été inscrit dans les Khotbas.

Le comité de coordination du Maroc pour la lutte contre le sida (CCM), présente une composition équilibrée des partenaires relevant du secteur gouvernemental, de la société civile (y compris les personnes vivant avec le VIH) et des partenaires internationaux. Il dispose d'un règlement intérieur traçant les dispositions pour son fonctionnement et il constitue un outil important pour l'institutionnalisation de la gouvernance. Le CCM a mis en place un comité de veille stratégique (Oversight) qui assure le suivi des progrès dans la réalisation du programme aussi bien au niveau du tableau de bord des indicateurs que des activités sur le terrain. Le CCM a soumis **une proposition pour le Round 10**. Cette proposition a été approuvée et signée en 2011.

Les comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida (CRILS) réunissant les acteurs locaux (secteurs et ONG) mis en place au niveau des régions prioritaires coordonnent la mise en œuvre des actions inscrites dans les plans stratégiques régionaux de lutte contre le sida 2007/2011 (PSR).

IV.2. RÉDUCTION DU TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE

Déclaration politique sur le VIH/sida

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

A- Population générale, notamment les jeunes et les femmes

En matière de communication sociale, la stratégie lancée en 2008 a été poursuivie en utilisant les spots TV et radio produits sous le pilotage de comités impliquant le Ministère de la santé et les associations. Les journées mondiales de lutte contre le sida 2010 et 2011 ont été l'occasion pour la diffusion de ces spots sur les deux chaînes télévisées et radios nationales.

Des campagnes estivales, couvrant les principales plages, Moussems, Souks et festivals ont été mises en œuvre au cours des années 2010 et 2011, pilotées par le Ministère de la Santé, en collaboration avec les associations et les comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida. Des dépliants, Tie shirts avec les slogans imprimés et des préservatifs ont été distribués aux populations aux cours de ces campagnes avec orientation vers les structures fixes et bus mobiles de dépistage du VIH.

L'ALCS a mené en 2011 une **campagne de communication** sous le titre "**Si j'étais séropositif**" pour lutter contre la discrimination des personnes séropositives pour le VIH avec la participation des personnalités connues. Cette campagne incitait la population au changement de comportement vis-à-vis des PVVIH et adressait un message de soutien et de tolérance à ces personnes.

L'Association du jour (des personnes vivant avec le VIH) contribue aux activités de sensibilisation, communication et de plaidoyer. Elle a organisé en 2010, une journée de sensibilisation sur le thème « Droits Humains et accès universel » et la première marche des PVVIH en 2011 à l'occasion de journée mondiale contre le sida.

La **pièce théâtrale** intitulée « Celui qui craint survit » (Li khaf nja) a été présentée au Théâtre national Mohammed V en 2010. Une autre pièce théâtrale intitulée « L'Héritier » (Al Warit), conçue par un dramaturge de renom (Ahmed Taëb Lâalaj) et qui a impliqué plusieurs artistes, a été produite par la LMLMST en partenariat avec le Ministère de la santé. Cette pièce de théâtre a été lancée à Rabat en 2011 devant un public de plus de 1600 personnes. Un millier d'exemplaires du DVD de cette pièce de théâtre a été diffusé.

Un guide journalistique pour couvrir le VIH/sida a été produit par l'ALCS en collaboration avec le Syndicat National de la Presse Marocaine (SNPM). Le guide plaide pour un discours médiatique fonctionnel autour du VIH/sida et souligne les terminologies et expressions relatives au sida, les sources d'information ainsi que les normes de la profession et de l'éthique journalistique.

En matière d'intégration de la lutte contre le sida dans le milieu de travail, le Ministère de l'Emploi a élaboré, dans le cadre de son plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida sur le lieu de travail, un Kit de plaidoyer et de formation sur la prévention du VIH/sida en milieu de travail intégrant l'approche genre et l'approche droits humains. Un programme de formation des 400 médecins inspecteurs de travail a été lancé. En collaboration avec le Millenium Challenge Corporation (MCC), OPALS et AMSED ont procédé à la sensibilisation de masse des ouvriers et ouvrières dans les exploitations arbofructières ainsi que le personnel permanent et de relais.

En matière d'intégration de la lutte contre le sida dans le champ religieux, la LMLMST en collaboration avec le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques, le Conseil Supérieur et conseils locaux des Oulémas, a continué à mobiliser et impliquer les prédicateurs religieux «Imams et Morchidates». Des actions de sensibilisation ont été initiées auprès des étudiants des écoles coraniques traditionnelles «Ataâlim Al Atiq» incluant l'éducation par les pairs. La Rabita des Oulémas a produit un documentaire soulignant le rôle des Imams dans la lutte contre les discriminations et stigmatisations à l'égard du VIH/sida. Elle a mis en place une unité de lutte contre les comportements à risque notamment celui en liaison avec le VIH/sida au sein du Centre de Recherche, d'Etudes et de Valeurs qui lui est rattaché.

Les **activités de sensibilisation et d'éducation des jeunes** (garçons et filles) sont mises en œuvre par plusieurs secteurs gouvernementaux notamment le Ministère de l'éducation nationale, le Ministère de la Jeunesse et des Sports, l'entraide Nationale ainsi

que de nombreuses ONG. Les interventions sont basées sur différentes approches selon les profils et milieux, notamment l'éducation par les pairs en milieu scolaire et extra scolaire et maisons de jeunes, l'intégration de modules dans les programmes de formation, l'implication des jeunes dans l'élaboration des messages spécifiques sous diverses formes artistiques, l'utilisation de l'outil informatique CD ROM interactifs. Les actions de sensibilisation ont concerné également les grands rassemblements (fête de la musique, festivals) et les places publiques. Une approche d'implication des associations de jeunes des quartiers est également mise en œuvre. Le Ministère de l'Éducation Nationale a développé un Kit de formation sur la violence fondée sur le genre et le VIH/sida et élaboré un plan d'intégration dans les plans d'action des académies de 6 régions. Les acquis de ces méthodes et approches de prévention du VIH auprès des jeunes et des femmes ont été consolidés et renforcés durant la période 2010-2011.

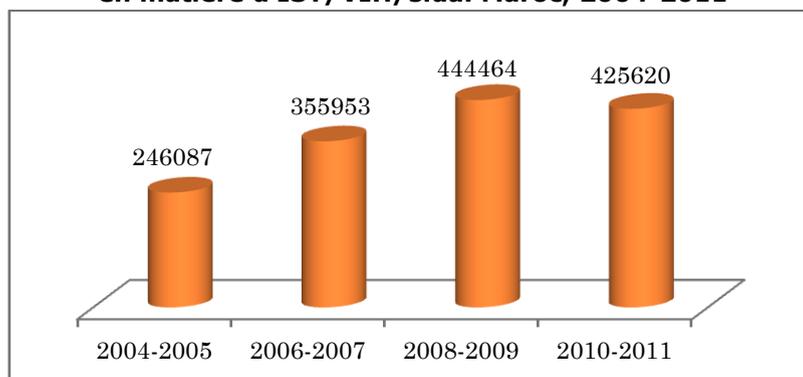
Le programme d'intégration de l'éducation en matière de sida dans les cours d'alphabétisation des filles et femmes a été poursuivi par AMSED en collaboration avec la Direction de la lutte contre l'analphabétisme et les associations de développement local. L'outil utilisé dans ce programme de formation est le module de formation orientée vers la prévention des IST/sida élaboré avant 2010.

OPALS/Maroc a renforcé son initiative relative à la **Coalition Civile Nationale pour la Santé Reproductive** qui réunit de nombreuses ONG féminines et de personnalités de tous bords. Elle a veillé à encourager la promotion de la SSR au sein des associations féminines locales pour que la sensibilisation des femmes sur le VIH/sida et la SSR soit partie intégrante de leurs activités au bénéfice des femmes.

Le volet de lutte contre le sida intégré à la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes a été renforcé. Un programme de formation des animatrices et intervenantes des espaces féminins a été mis en place par le Ministère de la Santé. Le réseautage des associations féminines (réseau Anaruz) et les associations thématiques a été initié pour lier la violence fondée sur le genre au VIH. L'ALCS a produit une vidéo de sensibilisation à la violence contre les femmes en situation difficile.

Au cours des deux années 2010-2011, l'ensemble des activités de sensibilisation mises en œuvre ont permis de toucher près de 425.620 jeunes et femmes.

Graphique 4 : Nombre de jeunes 15-24 ans et de femmes sensibilisés en matière d'IST/VIH/sida. Maroc, 2004-2011



B- Populations clés les plus exposés aux risques d'infection VIH

Les programmes d'intervention de proximité auprès des populations clés les plus exposés aux risques d'infection VIH, mis en œuvre par les ONG auprès des professionnel (le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ont été étendus à plusieurs provinces et sites au Maroc. Les ONG qui y contribuent sont l'ALCS, OPALS, AMSED, l'ASCS et ALIS. L'ALCS assure une large proportion concernant la couverture de ces populations.

Cette période a connu une mobilisation importante de ressources humaines et financières, permettant de couvrir de nouveaux sites en matière de prévention, et mieux satisfaire les besoins des bénéficiaires par l'intégration de nouvelles activités et services, notamment, des prestations médicales et sociales. Les cartographies sont mises à jour de manière régulière pour identifier les regroupements et les lieux de rencontres de ces populations. La prévention est effectuée à travers les éducateurs pairs et les intervenants formés. La gamme de services est composée des séances de convivialité, les espaces de parole et de soutien psychosocial ainsi que la distribution de préservatifs, l'orientation pour le counseling, le conseil et dépistage du VIH et le traitement des IST. Des outils pédagogiques adaptés à la sensibilisation et l'éducation en matière de sida sont utilisés, notamment la prévention par Internet via un site de dialogue et rencontres.

Un guide national normes et standards pour les interventions de proximité auprès des professionnelles du sexe a été élaboré par le programme national de lutte contre les IST/sida du ministère de la Santé en collaboration avec les ONG impliquées.

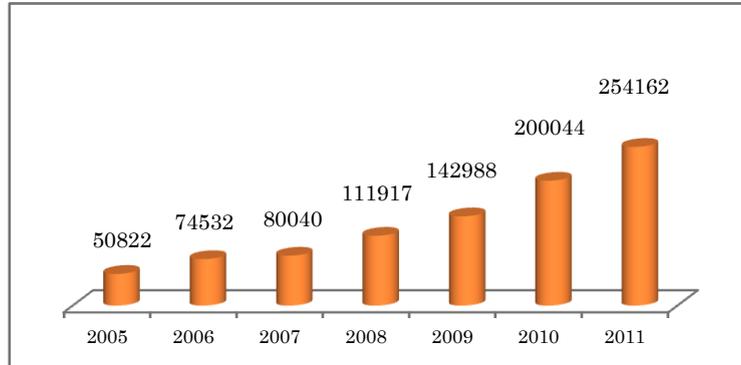
Le programme de prévention en milieu carcéral mis en place par l'Administration pénitentiaire a été renforcé par la sensibilisation des responsables (directeurs, cadres et personnels médicaux ou paramédicaux et futurs surveillants du Centre de Formation à Ifrane), l'éducation et la sensibilisation des détenus en matière de VIH/sida par la formation à travers les éducateurs pairs, les pièces de théâtre et les supports audiovisuels. Une formation spécifique a été réalisée au profit des directeurs et surveillants de prisons en ce qui concerne le sida et les drogues injectables et ce dans le but de réduire les risques de propagation du VIH liés drogues dans les prisons.

Le programme de prévention auprès des routiers et des ouvrières ont été poursuivi à travers les séances de sensibilisation à travers des interventions de prévention de proximité sur les sites de regroupement.

Les programmes de prévention et de prise en charge des migrants en situation irrégulière conduits par l'ALCS et OPALS ont également été renforcés par l'articulation d'interventions avec d'autres partenaires tels que la Fondation Orient Occident, l'UNHCR, l'OIM. Ces acteurs ont poursuivi leurs actions concernant les activités de proximité des populations migrantes. L'objectif est de faciliter à cette population, l'accès aux structures de soins, la promotion de dépistage et la prise en charge des femmes enceintes.

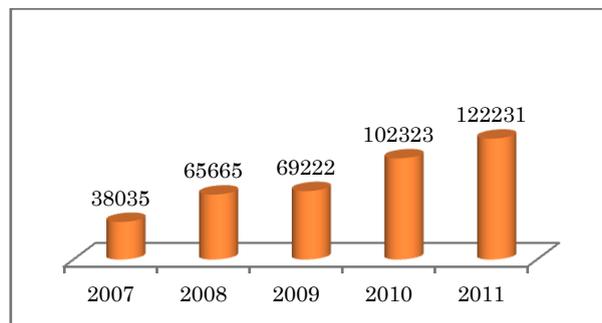
Les activités de prévention auprès de ces populations ont permis de toucher un total de 454.206 personnes au cours de deux années 2010-2011 soit une augmentation de 78% comparé à la période 2008-2009.

Graphique 5: Évolution Nombre de personnes parmi les populations exposées ou vulnérables ayant bénéficié de programmes de prévention



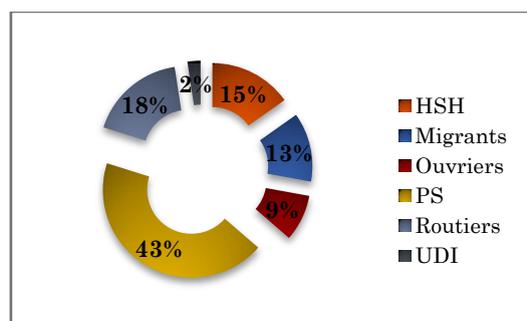
Les nouveaux contacts représentent 224.554 personnes, soit une augmentation de 66.5% par rapport à la période 2008-2009. Les nouveaux représentent environ la moitié de la population approchée en 2010-2011. Ces indicateurs soulignent l'extension de la couverture de ces populations.

Graphique 6: Évolution Nombre de nouveaux contacts parmi les populations exposées ou vulnérables ayant bénéficié de programmes de prévention



Les professionnels de sexe représentent 43% de nouveaux contacts, les routiers 18%, les HSH 15%, les migrants 13% et les ouvriers(ères) 9%.

Graphique 7: Répartition des personnes parmi les populations exposées ou vulnérables ayant bénéficié de programmes de prévention en 2010-2011



La prise en charge syndromique des IST est intégrée à tous les niveaux des établissements de soins de santé de base du ministère de la Santé qui sont dotés régulièrement en médicaments spécifiques. Au cours de cette période, un vaste programme de formation/recyclage des professionnels de santé en matière de prise en charge syndromique a été mis en œuvre dans toutes les régions du Maroc.

En matière de conseil et test VIH, les efforts ont continué afin d'améliorer et de diversifier l'accès au dépistage. En plus de l'extension des centres de dépistage à plusieurs sites et l'acquisition de plusieurs unités mobiles, des journées nationales de dépistage ont été organisées. Le nombre de centres de conseil et test VIH gérés par les ONG est passé de 9 en 2002 à 52 en 2011.

Un processus de certification des centres de dépistage a été mis en place et un premier cycle a démarré en 2011.

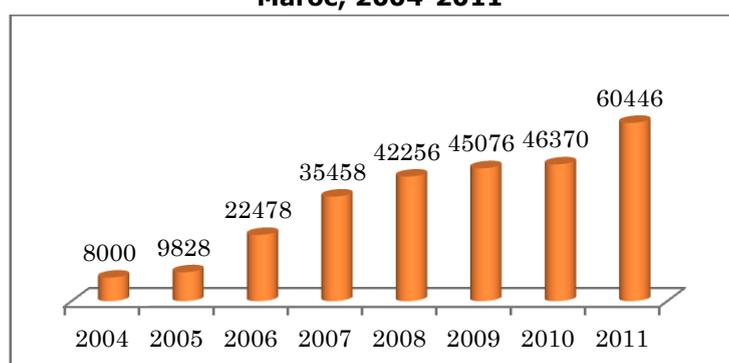
Au cours de la période 2010-2011 les quatrième et cinquième éditions **de la Journée nationale de dépistage du VIH** ont été organisées à l'initiative de l'ALCS. Ces campagnes ont visé à promouvoir l'accès au dépistage du VIH sur tout le territoire national et à sensibiliser le grand public aux moyens de prévention.

Par ailleurs, le ministère de la Santé a poursuivi et renforcé **l'intégration du dépistage volontaire dans les centres de santé** des régions prioritaires et a renforcé le dépistage initié par les prestataires. Le dépistage par test rapide est proposé systématiquement aux tuberculeux au niveau de 49 CDTMR.

L'Association Marocaine pour la Planification Familiale (**AMPF**) a introduit le dépistage du VIH par test rapide dans le package de prestations de services SSR, notamment les consultations prénatales pour les femmes enceintes, les consultations IST, et chez les jeunes.

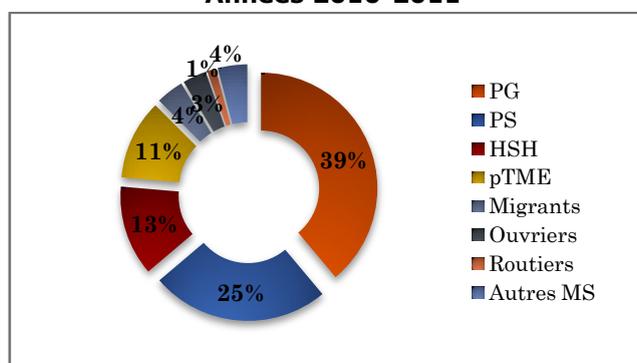
Grâce à ces efforts, le nombre de personnes testées par les ONG en collaboration avec le Ministère de la Santé, a connu un essor important au cours de cette période, en comparaison à celui relevé les années précédentes (Graphique 11). Ainsi, 106.816 personnes ont été testées au cours des années 2010 et 2011 contre 87.332 en 2008 et 2009, soit une augmentation de plus de 18%.

Graphique 8: Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH. Maroc, 2004-2011

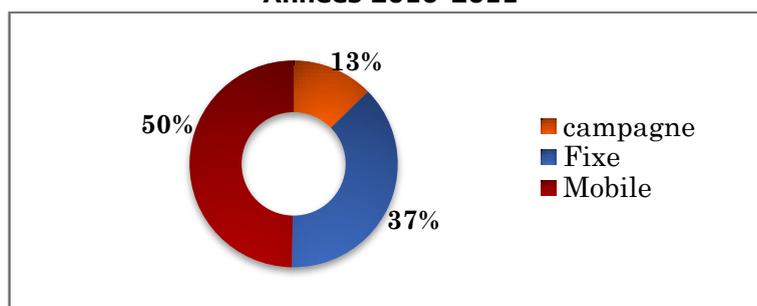


50% des tests sont réalisés par les unités mobiles de dépistage et 13% lors de campagnes. 25% des tests ont concerné les professionnels du sexe et 13% les HSH contre respectivement 10% et 3% pour la période 2008-2009. En terme absolu, 39.240 tests ont été effectués en 2010-2011 auprès des PS et HSH contre 11.350 la période 2008-2009 soit plus du triple.

Graphique 9: Répartition des tests VIH selon les populations. Années 2010-2011



Graphique 10: Répartition des tests selon le mode de dépistage. Années 2010-2011



Indicateurs relatifs à la transmission du VIH par voie sexuelle

Indicateurs	Agadir	Rabat	Fès	Tanger	Moyenne
1.7. Pourcentage de professionnelles de sexe atteintes par les programmes de prévention du VIH.	40%	28%	33%	45%	41.9%
1.8. Pourcentage de professionnelles de sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.	44%	50,0%	35,3%	65,3%	50.2%
1.9. Pourcentage de professionnelles de sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.	29,9%	26,0%	18,0%	27,2%	25,3%
1.10. Pourcentage de professionnelles de sexe qui sont infectées par le VIH.	5,0%	0%	0,9%	1,7%	1,9%

- **Les indicateurs 1.7 à 1.10** sont tirés de l'étude RDS réalisée auprès de 1447 PS en 2011. Il est à noter que les valeurs présentées dans ce rapport représentent les moyennes non pondérées des indicateurs. La pondération selon la méthodologie RDS consiste à inclure dans les calculs la structure et la taille des réseaux. Les valeurs pondérées seront données par site de l'étude (Agadir, Fès, Tanger et Rabat). Le champ de l'étude RDS en 2011 a été les quatre villes (Agadir, Rabat, Fès et Tanger).

Les données biologiques confirment les valeurs de la prévalence du VIH auprès des PS qui stable autour de 2% au niveau national et autour de 5% au niveau la région de Souss Massa Draa. Constat effectué dans la cadre de la surveillance sentinelle.

Indicateur	Marrakech	Agadir	Moyenne
1.11. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH.	30%	50,3%	45,4%
1.12. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un homme.	46%	53%	50%
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.	28%	35%	31%
1.14. Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui sont infectées par le VIH.	2,8%	5,6%	5.1%

- Les indicateurs **1.11 à 1.14** sont tirés de l'étude RDS réalisée auprès de 669 HSH en 2010. Le champ de l'étude RDS en 2010 a été les deux villes d'Agadir, et Marrakech. Les moyennes représentent les valeurs non pondérées des indicateurs. Les valeurs pondérées seront données par site de l'étude. Le champ de l'étude RDS HSH en 2010 a été les deux villes (Marrakech et Agadir).

Les données biologiques confirment l'épidémie concentrée au niveau des HSH, au niveau de la région de SMD, information en cohérence avec la prévalence du VIH relevée au niveau de cette population au niveau des centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH.

IV. 3. RÉDUCTION DU TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Déclaration politique sur le VIH/sida

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

La stratégie de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables a été mise en place en 2008 dans la ville de Tanger. Depuis, l'Association CMP Hasnouna (ASCMP) a acquis une grande expérience en matière de réduction des risques et étendu progressivement son champ d'activités et sa couverture à Tanger.

La capitalisation et le partage de cette expérience a permis au cours de la période 2010-2011, l'extension du programme à Tétouan et à Nador en collaboration entre le Ministère de la santé, et les ONG (ASCMP, RDR, ALCS). L'association de réduction de risque (RdR) qui avait démarré en 2009, avec une seule section, capitalise sur le fonctionnement du modèle de l'Association CMP Hasnouna. Elle dispose actuellement de 5 sections dans les villes de Nador, Al Hoceima, Rabat, Oujda et Tanger. L'ALCS a mis en place un programme de réduction des risques au sein de sa section à Tétouan.

La gamme de services comprend la sensibilisation et l'éducation dans les lieux de fréquentation, la distribution des kits d'injection et des préservatifs, la collecte des seringues, l'appui social et l'auto support.

En parallèle, un **programme pilote de substitution à la méthadone** a été lancé en juin 2010 dans 3 sites : Tanger, Salé et Casablanca.

Les actions de réduction des risques sont appuyées par la **Fondation Mohamed V** pour la Solidarité, dans le cadre d'une convention avec le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur pour la construction de 7 centres. Deux centres ont été construits à Oujda et à Rabat. Trois centres sont en cours de construction à Marrakech, Nador et Tétouan. Les deux autres centres prévus seront implantés à Al Hoceima et Agadir.

L'ALCS a organisé en collaboration avec RDR et ASCMP et avec l'implication du conseil national des droits de l'homme (CNDH), une **conférence intitulée "Pour une nouvelle approche des usagers de drogues fondée sur la santé et les droits humains"**. L'objectif est d'agir sur l'environnement juridique et social pour garantir aux usagers de drogues le respect de leurs droits humains. Les résultats de l'enquête sur la stigmatisation des usagers de drogues dans trois villes au Nord du Maroc (Tanger, Tétouan, Nador)" ont été présentés. A l'issue de cette conférence, les acteurs de la réduction des risques et des représentants des associations de défense des droits humains ont adopté la Déclaration de Rabat.

Deux études RDS ont été conduites auprès des UDI, en 2010 au niveau du site de Tanger et en 2011 au niveau du site de Nador. Ces deux enquêtes bio-comportementales ont permis de mettre à jour les données relatives aux UDI et notamment les indicateurs retenus dans la déclaration politique sur le VIH/sida.

Une évaluation du programme de réduction des risque et due programme pilote de substitution à la méthadone a été conduite **en fin 2011**. Cette évaluation a montré la pertinence de l'intervention dans le contexte du Maroc et acquis et expérience des équipes dans la pratique de la réduction des risques et de la substitution autorisant ainsi une extension et mise à l'échelle au niveau territorial.

Indicateurs relatifs à la réduction des risques auprès des UDI

- **Indicateur 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.*

Tableau 2 : Distribution des Seringues stériles auprès des UDI : 2010-2011

Années	Kits distribués	Seringues récupérées	Seringues distribuées	Nombre UDI estimés	Nombre de seringues par UDI
2010	60528	28511	121056	18000	7
2011	112020	63036	224040	18000	13
Total	172548	91547			

Les données des programmes montrent qu'en moyenne, il est distribué 7 seringues par UDI par an en 2010. Cette moyenne est passée à 13 en 2011, ce qui reste faible malgré les progrès réalisés. Ce niveau est dû en grande partie au dénominateur de l'indicateur estimé à 18.000. La discussion avec les acteurs de terrain remettent en cause cette estimation dont la révision est primordiale pour pouvoir assurer le suivi de cet indicateur.

Indicateurs	2010	2011	Moyenne 2010/2011	Enquête 2005
	Tanger	Nador	Moyenne	Moyenne
2.2. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.	32,8%	29,8%	31,4%	7,4%
2.3. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection.	65,3%	69,1%	67,3%	7,4%
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.	7,6%	10,9%	10,85%	12,5%
2.5. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH.	0,4%	21,8%	11,38%	

- **Indicateur 2.2.** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

31,4% des consommateurs de drogues injectables indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, soit 29,8% au niveau de la ville de Nador et 32,8% au niveau de la ville de Tanger. Ce pourcentage représentait 13.1% lors de l'enquête menée en 2005 par le PNLs sur le risque d'infection au VIH parmi les UDI.

- **Indicateur 2.3.** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection.

67,3% des consommateurs de drogues injectables indiquent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection, le pourcentage relevé au niveau de l'étude de Nador est 69,1% et au niveau de Tanger il est de 65,3%. Ce pourcentage représentait 7.4% lors de l'enquête menée en 2005 par le PNLs sur le risque d'infection au VIH parmi les UDI, soit une nette progression reflétant l'impact des programmes de distribution des kits de seringues stériles.

- **Indicateur 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.

10,8% des consommateurs de drogues injectables indiquent avoir subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat, au niveau de Nador la valeur est 10,9% et au niveau de Tanger 7,6%.

- **Indicateur 2.5.** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH.

11,3% (moyenne non pondérée des deux études) des consommateurs de drogues injectables sont infectés par le VIH, soit 21,8% à Nador et 0,4% à Tanger.

IV.4. ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT ET RÉDUCTION DU NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA

Déclaration politique sur le VIH/sida

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

Le **programme pilote pTME** impliquant les cellules de Santé maternelle et infantile des établissements de soins de santé de base (ESSB) de trois régions a été implanté tout au long des années 2010 et 2011.

L'évaluation de ce programme pilote conduite en 2011 a montré des résultats très satisfaisants surtout en terme d'acceptabilité : 86% des femmes enceintes ayant consulté au cours de la période ont accepté de faire le test de dépistage VIH. L'extension de ce programme à d'autres sites et régions est en cours.

Un autre programme pilote a concerné les maternités Souissi du CHU Ibn Sina de Rabat et récemment la maternité des Orangers.

Indicateurs des progrès dans l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

- **Indicateur 3.1.** Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant.

La couverture des femmes enceintes séropositives par la **pTME**, quoique relativement faible, a connu une augmentation notable passant de 22% en 2009 à 33% en 2011 soit pratiquement une augmentation de 50%. Le besoin non couvert par la pTME en 2011 est estimé à environ 255 femmes enceintes séropositives.

Graphique 11 : Estimation de la couverture par la pTME des femmes enceintes séropositives. Maroc, 2007-2011

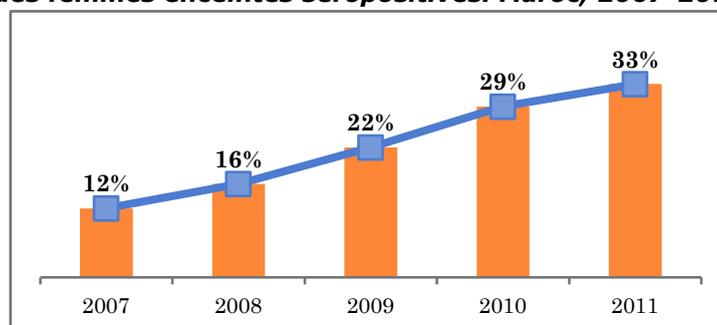


Tableau 3 : Besoins estimés en pTME selon SPECTRUM et nombre de pTME réalisées par année.

Année	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de pTME (centre de prise en charge)	42	60	90	124	124
Besoins en pTME estimé (SPECTRUM)	360	380	410	430	380
Taux de couverture	12%	16%	22%	29%	33%

- **Indicateur 3.2.** 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

En ce qui concerne le second indicateur on estime à 13% en 2010, le 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.

- **Indicateur 3.3.** Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)

Selon la modélisation de la transmission de la mère à l'enfant (SPECTRUM) on estime selon en 2011 à 24% le taux de transmission.

IV.5. GARANTIE DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL POUR LES PVVIH

Déclaration politique sur le VIH/sida

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

La **stratégie nationale, organise la prise en charge de l'infection VIH** en Centres Référents Hospitalo-Universitaires (CRU) et Centres Référents Régionaux (CR) des Hôpitaux de Santé Publique. Cette stratégie a fait l'objet d'une nouvelle circulaire ministérielle en 2011. Le comité national de prise en charge est opérationnel et des réunions de coordination et ateliers sont organisés entre le PNLIS et les CRU et les CR.

La **décentralisation de la prise en charge** du traitement antirétroviral a été renforcée par la rénovation et équipements de plusieurs Centres référents. La numération CD4 est opérationnelle dans les 2 CRU et 4 CR et le génotypage des échecs thérapeutiques a été introduit.

Le **financement des besoins en ARV est assuré en grande partie par le budget de l'Etat** en complémentarité avec le Fonds mondial. La prise en charge des personnes qui disposent d'une couverture sociale est, quant à elle, intégrée dans le système d'assurance médicale obligatoire (AMO).

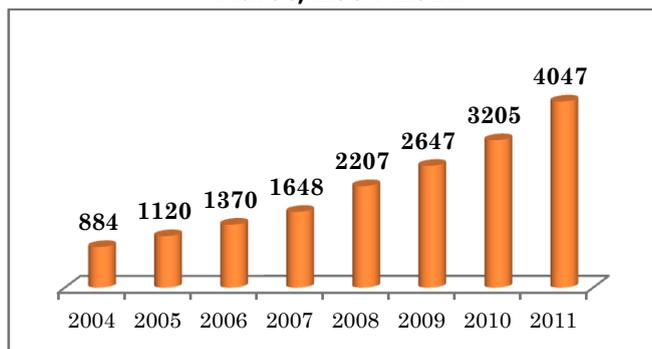
Par ailleurs, la période 2010-2011 a été marquée par l'amélioration du **système de gestion des médicaments ARV** et son informatisation, permettant de mieux planifier et gérer les commandes et les stocks, assurer le suivi de l'historique des produits administrés, le suivi des patients, et de leur adhésion aux traitements prescrits.

La conjugaison de ces efforts a permis de maintenir la **généralisation de l'accès aux ARV à l'ensemble des PVVIH diagnostiquées** et nécessitant ce traitement, assurée depuis l'année 2003.

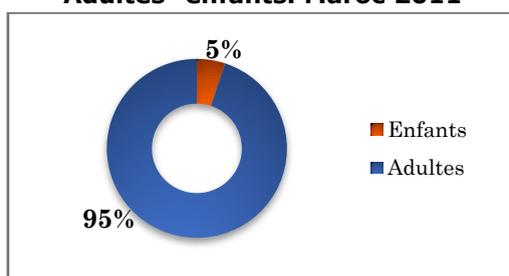
En décembre 2011, 4047 personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement ARV, soit 1400 personnes de plus par rapport à la fin de 2009. L'augmentation enregistrée entre fin 2007 et fin 2009 était environ 1000 personnes.

En décembre 2011, 95% des personnes prises en charge sont des adultes.

Graphique 12: Evolution du nombre de PVVIH pris en charge. Maroc, 2004-2011

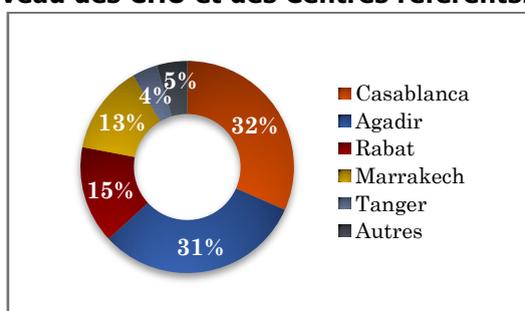


Graphique 13: Répartition des Personnes sous ARV, Adultes- enfants. Maroc 2011



Les efforts de décentralisation montrent que le pourcentage des personnes vivant avec le VIH pris en charge au niveau des centres référents régionaux (en dehors de Casablanca et Rabat) est de 53% .

Graphique 14: Répartition du nombre de PVVIH pris en charge au niveau des CHU et des Centres référents. 2011



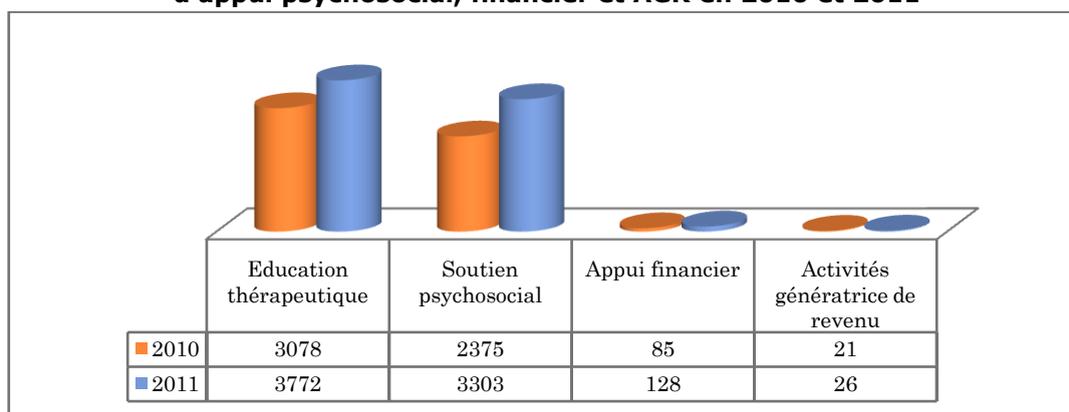
Le Programme National d'Accompagnement Psychologique et Social des PVVIH a été conçu, par le Ministère de la Santé, comme une composante du PSN 2007-2011. Ce programme a comme objectif principal le renforcement de la prise en charge globale des

personnes vivant avec le VIH. En 2010-2011, un appui **matériel et psychologique** aux PVVIH a été régulièrement assuré par les ONG.

L'ALCS a étendu le système d'appui à l'observance du traitement au moyen des **médiateurs thérapeutiques** implantés au sein des services de prise en charge. L'Association du jour a mis en place un groupe d'auto support, des repas collectifs et des séances d'appui psychologique.

Des formations ont concernés les médiateurs thérapeutiques et les médiateurs sociaux, les soignants et les assistantes sociales.

Graphique 15 : Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'appui psychosocial, financier et AGR en 2010 et 2011

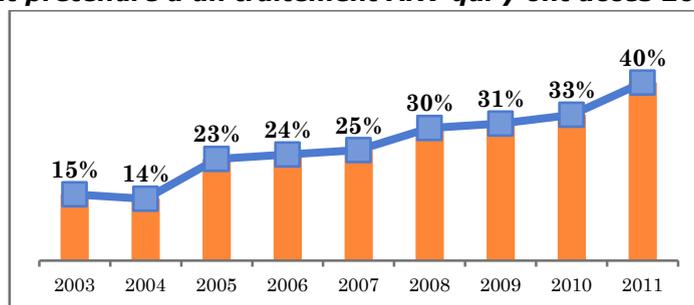


Indicateurs de suivi des progrès en matière de prise en charge

- **Indicateur 4.1.** Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès.

Ce pourcentage est de l'ordre de 40% contre 25% en 2007

Graphique 16 : Evolution du pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement ARV qui y ont accès 2003-2011



- **Indicateur 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.

Estimé à 87% en 2010, il a atteint 91% en 2011 sachant que parmi les perdus de vue, certains se soignent ailleurs au Maroc ou à l'étranger. La majorité des cas qui décèdent sont des cas diagnostiqués à un stade avancé du sida.

IV.6. RÉDUCTION DES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PVVIH

Déclaration politique sur le VIH/sida

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

Le Programme National de Lutte Antituberculeuse (PNLAT) a renforcé sa collaboration avec le PNLIS dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge de la coinfection tuberculose VIH.

Un **protocole d'intervention en matière de conseil et dépistage** du VIH initié par les prestataires pour les malades tuberculeux au niveau des CDTMR (Centre de Diagnostic de la Tuberculose et Maladies Respiratoires) a été préparé. L'objectif est de permettre à une proportion importante de ces malades à prendre connaissance de leur statut sérologique par rapport au VIH à un stade précoce.

Le **dépistage VIH par test rapide a été intégré dans 49 CDTMR** répartis au niveau national et des formations ont concernés les prestataires impliqués.

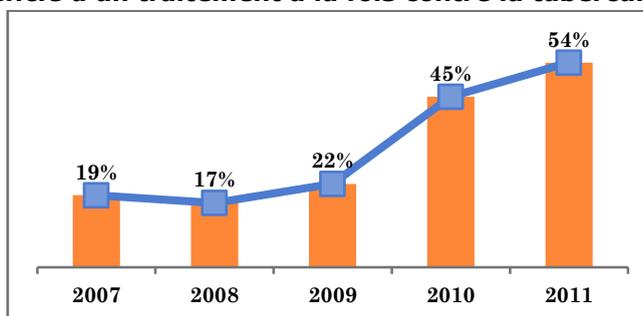
La stratégie de prise en charge des personnes vivant avec le VIH a intégré le **traitement préventif à l'Isoniazide** chez toutes les personnes suivies.

Le **traitement des formes de tuberculose multi-résistantes** (MDR), parmi lesquels une proportion est liée au VIH, a été introduit au Maroc et est en phase d'extension à tous les patients qui en ont besoin.

Indicateur de suivi des progrès

- **Indicateur 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.

Graphique 17 : 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.



54% des nouveaux cas de tuberculose parmi les PVVIH, en 2011, bénéficient du traitement ARV et antituberculeux contre 22% en 2009.

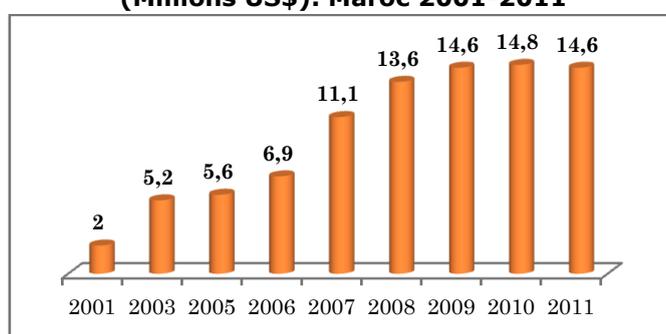
IV.7. RESSOURCES

Déclaration politique sur le VIH/sida

Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards \$US) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

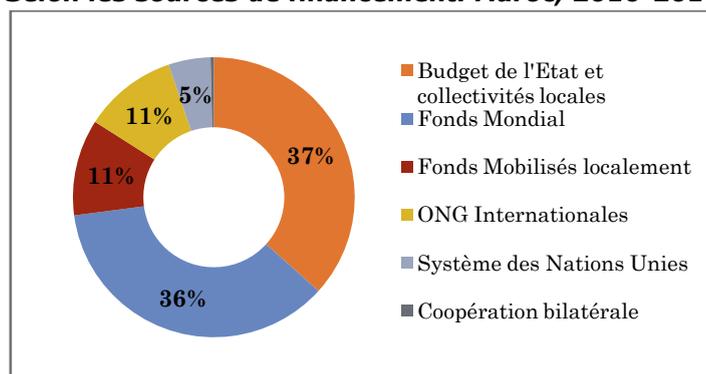
L'inventaire des fonds alloués à la riposte au sida par l'ensemble des partenaires, indique que le budget pour les deux années 2010-2011 était de 29.4 millions de \$US. Pour la période précédente 2008-2009 ce montant est estimé à 28.2 millions de \$US. On relève une augmentation d'un peu plus d'un million de \$US.

Graphique 18 : Evolution des dépenses en matière de lutte contre le sida. (Millions US\$). Maroc 2001-2011



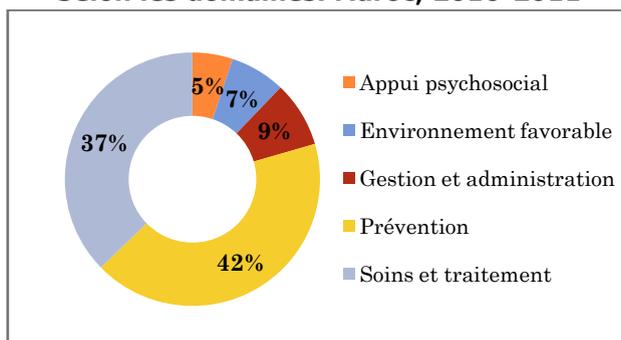
Au cours de la période 2010-2011, la répartition des dépenses selon les sources de financement, montre que 37% sont prises en charge par le budget de l'Etat, 36% par le Fonds mondial, 11% mobilisés localement, 11% par les ONG internationales, 5% par le système des Nations Unies et 1% pour la coopération bilatérale.

Graphique 19 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida. Selon les sources de financement. Maroc, 2010-2011



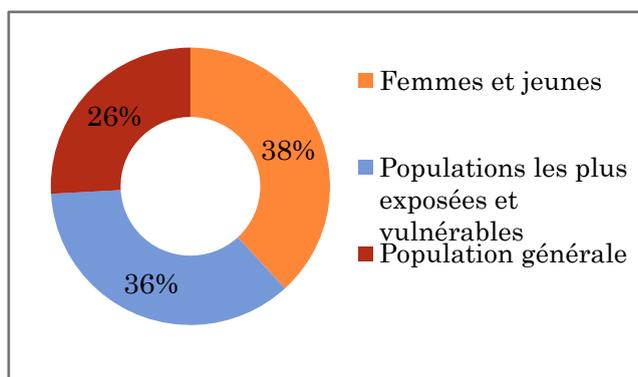
La part des dépenses est de 42% pour la prévention, 37% pour la prise en charge médicale et 5% pour l'appui psychosocial, soit 84% du budget total. La gestion et administration des programmes qui inclut le suivi et évaluation a englobé 9% des dépenses.

Graphique 20 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida. Selon les domaines. Maroc, 2010-2011



Si l'on considère séparément les activités de prévention, les dépenses qui leur ont été consacrées ont été réparties pour 36% au profit des populations les plus exposées au risque d'infection VIH ou particulièrement vulnérables, 38% pour les autres populations spécifiques notamment les jeunes et femmes vulnérables, alors que 26% ont ciblé la population générale. Il est à préciser que les actions catégorisées au profit de la population générale bénéficient particulièrement aux populations les plus exposées ; il s'agit notamment de la prise en charge des IST et la distribution de préservatifs au niveau des structures de santé de base ainsi que les campagnes de communication sociale.

Graphique 21: Répartition des dépenses consacrées à la prévention. Selon les populations bénéficiaires. Maroc, 2010-2011



IV.8. LUTTE CONTRE LA VULNÉRABILITÉ, LES INÉGALITÉS DE GENRE, LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION

Déclaration politique sur le VIH/sida

Objectif 7 : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

En ce qui concerne la lutte contre la vulnérabilité, le projet AMALI, centré sur un **programme d'AGR** pour les personnes infectées et affectées par le VIH, a été évalué. Une seconde phase a été lancée avec un cofinancement par Sidaction/Maroc et l'ADS. Les années 2010 et 2011 ont enregistré l'implantation de 47 projets d'AGR au bénéfice de personnes vulnérables, infectées ou affectées par le VIH dans les provinces d'Agadir,

Casablanca, Fès, Marrakech, Rabat, Tanger et Taroudant. Une expérience pilote de microprojet a été initiée par OPALS auprès de 5 femmes vivant avec le VIH.

Un projet « **Bonnes pratiques des municipalités des villes et la lutte contre la discrimination à l'égard des PVVIH** » a été mis en œuvre. L'Association du jour a bénéficié d'une formation à **l'approche basée sur les droits humains** et aux principales techniques de plaidoyer. Une journée de plaidoyer sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination a été organisée par les PVVIH auprès des décideurs des municipalités de cinq villes du Maroc faisant partie de la Coalition des Villes arabe contre le racisme, la discrimination, la xénophobie et l'intolérance à savoir Casablanca, Rabat, Tanger, Marrakech et Essaouira.

Le personnel du Conseil national des droits de l'homme (**CNDH**) a bénéficié de journées de sensibilisation et de formation sur le VIH/sida et ses liens avec la thématique des droits humains. Ces sessions ont permis au personnel d'acquérir des connaissances en matière de VIH et discuter du rôle du CNDH dans le cadre du plaidoyer et la promotion, protection des droits humains.

L'atelier national tripartite d'appropriation de la « Recommandation n°200 » du BIT, organisé en 2011 par l'UGTM en collaboration avec l'ALCS en présence notamment de représentants du Ministère de l'Emploi et du CNDH, a abouti à la rédaction d'un mémorandum comprenant plusieurs recommandations insistant sur le choix d'une politique VIH sur le lieu de travail, définissant une norme de comportement et donnant des orientations aux superviseurs et aux dirigeants, qui aide les employés qui vivent avec le VIH.

La stratégie nationale de lutte contre les violences fondées sur le genre a été développée et lancée officiellement par Son Altesse la Princesse Lalla Myriem. Le projet TAMKINE, appuyé dans le cadre du MDG trust Fund, a initié la mise en œuvre d'un programme multisectoriel impliquant plusieurs ministères, ONG et agence des Nations Unies. Il intègre la composante VIH/sida.

Indicateur de suivi des progrès

- **Indicateur 7.2.** *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*

L'Enquête Nationale sur la Prévalence de la Violence à l'Égard des Femmes, HCP 2011 a révélé un taux de 15.2% de violence physique dont les femmes ont été victimes dont 8.7% de violence sexuelle, soit une estimation globale de 1.4 millions de femmes violentées dont 827.000 violences sexuelles.

V. MEILLEURES PRATIQUES

Intégration des droits de l'homme dans la riposte au sida au Maroc

Dans le cadre de la révision de son plan stratégique national (PSN) 2007-2011, le Maroc a entrepris une revue de la composante droits de l'homme afin d'identifier les défis et opportunités pour une meilleure prise en compte des droits humains et genre dans la réponse au VIH. Cette évaluation a porté sur l'ampleur, le contenu, le degré de mise en œuvre et l'impact des activités et programmes liés aux droits humains. Elle a permis de tirer des recommandations pour renforcer l'intégration des droits humains dans la riposte nationale au sida.

La revue de la composante droits de l'homme du PSN du Maroc a été conduite en Avril 2010 à travers une étude documentaire, des entretiens auprès de plus de 40 informateurs clés et des visites de terrain. Les informateurs comprenaient institutions gouvernementales (Justice, Santé, affaires sociales etc.), les institutions nationales des droits de l'homme, les ONG, les personnes vivant avec le VIH et le système des Nations Unies. Les lieux couverts lors de la visite de terrain sont Rabat, Casablanca, Marrakech et Tanger.

Les questions essentielles abordées sont les suivantes :

- Stigmatisation et discrimination ;
- Autres droits de l'homme clés : confidentialité, accès aux services médicaux, consentement éclairé et droits relatifs à la santé sexuelle et reproductive.
- Législation protectrice et habilitante, et pratiques d'application du droit ;
- Capacités de la société civile en matière de droits humains ;
- L'éducation aux droits de l'homme et l'accès à la justice ;
- Droits des populations clés et programmes pour répondre à leur besoins;
- Mécanismes de réparation et leur rôle dans la protection des droits des personnes vivant avec VIH et les membres de populations clés

La revue a permis d'identifier les questions essentielles des droits de l'homme affectant la réponse au VIH au Maroc et a révélé que, bien que prévue comme un axe stratégique du PSN, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination n'a pas été déclinée en programme spécifique. La revue a mis en exergue la nécessité d'inclure et d'étendre les programmes relatifs aux droits de l'homme dans la réponse nationale au VIH et noté les défis liés à la stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les populations exposées, les capacités insuffisantes des acteurs à thématique VIH en matière de droits humains et l'implication limitée des acteurs des droits de l'homme. Elle a également relevé une méconnaissance des droits et des recours existants par les populations affectées. Enfin, il y a le besoin d'une meilleure prise en compte des questions de genre à travers l'implication des associations féminines, l'intégration VIH dans les programmes visant l'égalité de genre et le renforcement de l'information stratégique.

En dépit de ces défis, la revue a noté des opportunités réelles pour placer les droits de l'homme au centre de la réponse au VIH au Maroc.

La revue du PSN a permis d'ouvrir un champ nouveau pour les droits de l'homme dans la réponse à l'épidémie au Maroc en renforçant cette composante dans le plan stratégique national 2012-2016. La revue a appelé au renforcement de l'implication du Conseil National des Droits de l'Homme dans la réponse au VIH et conduit à l'inclusion de programmes et d'activités spécifiques portant sur les droits de l'homme dans la proposition à la série 10 du Fonds Mondial récemment remportée par le Maroc.

Etude RDS bio-comportementale sur les (HSH) au niveau des deux villes Marrakech et Agadir au Maroc

En collaboration entre le Ministère de la Santé et l'Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) et avec l'appui de l'ONUSIDA et le Fonds Mondial une étude bio-comportementale sur les HSH a été menée au niveau de deux sites au Maroc (Marrakech et Agadir). En effet, les HSH sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH et constituent un vecteur important de la transmission du VIH dans la population.

Cette étude bio-comportementale, première au Maroc auprès des HSH, a utilisé la méthodologie « Respondent Driven Sampling » (RDS) pour le recrutement des participants à l'étude dont l'échantillon a atteint 700 personnes pour les deux sites. Elle a permis de disposer d'information stratégique sur ces populations en matière de prévalence du VIH, de connaissances sur le VIH, utilisation du préservatif, dépistage, prise en charge des IST, etc, et d'apprécier l'atteinte des objectifs relatifs aux programmes de prévention de proximité auprès des HSH.

Cette étude a été appuyée par des consultants internationaux et nationaux, menée sur le terrain par les équipes de l'ALCS, en collaboration avec le PNLIS et l'INH et avec l'appui de l'ONUSIDA et du Fonds Mondial.

Les résultats de cette étude ont été présentés lors d'un atelier national de restitution organisé le 8 juillet 2011 à Rabat, auquel ont pris part les partenaires de la riposte nationale au VIH (Ministère de la Santé, Département Ministériels, ONG nationales, Les agences de nations unies et les agences de la coopération bilatérale).

Cette étude a permis de confirmer la concentration de l'épidémie du VIH au niveau de ces populations vulnérables, particulièrement au niveau de la ville d'Agadir. Les résultats ont été discutés et des orientations à intégrer dans le futur PSN 2012-2016 en matière de prévention combinée auprès des HSH ont été élaborées et adoptées lors de cet atelier.

Modes de transmission du VIH au Maroc

Afin de définir les priorités de la riposte nationale au VIH /sida, il est important de déterminer les principaux modes de transmission du VIH (MoT). La première au Maroc et dans la région MENA, une étude MoT a été menée au Maroc en 2010 par le programme national de lutte contre le sida avec l'appui de l'ONUSIDA et en collaboration avec Weill Cornell Medical College.

MoT est un modèle mathématique développé par le Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations. Ce modèle de projection, utilisé dans la présente analyse, a été paramétré par les données épidémiologiques disponibles au Maroc sur le VIH/sida et les données sur le comportement des populations les plus exposées au risque d'infection VIH.

Cette analyse a permis de démontrer que les réseaux des populations à haut risque d'infection VIH sont les principaux moteurs de l'épidémie de VIH au Maroc, avec les réseaux du commerce du sexe qui sont les principaux facteurs contribuant aux nouveaux cas du VIH. Le modèle prédit que, compte tenu l'incidence actuelle du VIH, la prévalence du VIH dans le futur peut augmenter chez les CDI, les HSH, et les PS et leurs clients, tandis que la prévalence du VIH dans la population générale est susceptible de rester à des niveaux très faibles. Ces résultats indiquent l'urgence d'améliorer la surveillance des groupes à haut risque au Maroc en utilisant les nouvelles méthodes d'échantillonnage des populations cachées et difficiles à atteindre, afin de suivre l'épidémie parmi ces populations et de prévenir la transmission du VIH.

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

VI.1. PROGRÈS DANS LES MESURES CORRECTIVES AUX OBSTACLES IDENTIFIÉS DANS LE RAPPORT 2010

Points faibles et obstacles identifiés	Progrès dans les mesures correctives
Implication des partenaires	
L'implication d'autres secteurs-clés dans la lutte contre le sida	<ul style="list-style-type: none"> • Implication du Ministère de Développement Social, Direction Générale de Sûreté Nationale (DGSN), Administration des Forces Armées Royales (FAR)
La mobilisation du secteur privé médical ou non médical. Le rapprochement du milieu du travail et surtout des entreprises.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des médecins inspecteurs de travail sur le VIH en milieu de travail • Partenariat avec le ministère de l'Emploi • Intégration du secteur privé au sein du CCM • Partenariat avec l'association des médecins généralistes privés
Implication des médias pour contribuer au plaidoyer, notamment la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Guide destiné aux journalistes sur le discours positif et la lutte contre la stigmatisation et discrimination vis-à-vis du VIH
Implication davantage des acteurs locaux collectivités locales et services extérieurs dans la mise en œuvre des PSR	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des maires de cinq municipalités sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en liaison avec le VIH
Renforcement de l'intégration de l'éducation sexuelle et les IST/sida dans les programmes d'enseignement scolaire et à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> • Kit de formation sur SSR et VIH/sida intégré dans le plan d'action de 6 académies (AREF) • Guide intégré SSR/VIH et violence à l'égard des femmes • Module pour intégrer la SSR/VIH dans le curricula • Colloques sur SSR
Prévention	
Analphabétisme de la population, notamment la population féminine et surtout les femmes rurales, et difficultés des actions de prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des efforts consentis dans l'alphabétisation en milieu rural avec un ciblage de femmes et filles. • Utilisation des modules élaborés intégrant la sensibilisation sur VIH/sida
Les limites de l'approche d'éducation par les pairs (l'instabilité des personnes formées et non durabilité de l'intervention)	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des efforts pour que l'instabilité des personnes relais ne soit pas un inconvénient
Difficultés d'approche des personnes ayant le plus haut risque, notamment les PS, HSH et les migrants par leur statut, leur méfiance et inquiétude	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel de terrain au travail de proximité et des spécificités des personnes ayant le plus haut risque d'infection au VIH • Programme et campagne sur la lutte contre la discrimination et stigmatisation
Institutionnalisation d'un statut légal des intervenants de terrain pour les activités des ONGs	<ul style="list-style-type: none"> • Les associations impliquées continuent son plaidoyer pour l'institutionnalisation d'un statut légal des intervenants de terrain • Elaboration de guides normes et standards
Evaluation de la qualité des messages transmis lors des actions de prévention pour une assurance qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Les guides élaborés sont les outils de base à utiliser dans les actions de proximité
Insuffisance de l'extension géographique des antennes des	<ul style="list-style-type: none"> • Des sections et antennes pour certaines associations ont été ouvertes et renforcées

associations dans certains sites des régions prioritaires	
Manque d'harmonisation sur le terrain des activités réalisées par les ONG.	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie pour répartir les territoires et réduire le chevauchement sur le terrain • Elaboration de guides normes et standards
Renforcement de la gouvernance pour certains ONG au niveau de la capacité de gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Différentes sessions de formation pour le renforcement des capacités de gestion des associations • Analyse des capacités et des besoins des ONG
Soins, appui et traitement	
Renforcement des centres référents pour assurer une prise en charge adéquate des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à niveau et équipement de plusieurs centres référents régionaux
Extension des programmes de Prévention de Transmission de la Mère à l'Enfant (pTME)	<ul style="list-style-type: none"> • Revue du Programme pTME • Extension et mise à l'échelle en cours du programme pTME pilote
Renforcement de l'appui psychosocial des PVVIH et des personnes vulnérables dans les prisons	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national d'accompagnement psychosocial élaboré et mis en œuvre. • Différentes actions d'éducation thérapeutique, de soutien psychosocial, d'appui financier et d'AGR appuyées.
Droits humains et protection des populations vulnérables	
Absence d'un comité d'éthique pour se pencher sur les droits des PVVIH et sur l'environnement juridique de la lutte contre le sida	<ul style="list-style-type: none"> • Le Conseil National des Droits de l'Homme a été impliqué dans la riposte. • Préparation d'une stratégie sur les droits humains et VIH initiée.
Absence d'un programme structuré de protection destiné aux enfants très vulnérables notamment les enfants des rues ou victimes de réseaux de délinquance et d'exploitation sexuelle restent limités	<ul style="list-style-type: none"> • Le Plan d'Action National de l'Enfance est en révision à mi-parcours. • Programme pour la prévention auprès des enfants, adolescents et jeunes vulnérables élaboré et mise en œuvre initiée.
Décentralisation des activités de lutte contre le sida	
Faiblesse du fonctionnement de certains CRILS	<ul style="list-style-type: none"> • L'opportunité de la régionalisation avancée est de nature à assurer dans le futur un • Budget réservé au fonctionnement des CRILS et recrutement de ressources humaines en cours (Secrétariat des CRILS)
Absence de mécanisme d'allocation de budgets aux régions pour la mise en œuvre des plans stratégiques régionaux	

VI.2. OBSTACLES À LA RIPOSTE NATIONALE

Malgré les actions mises en œuvre et les progrès notables obtenus à tous les niveaux, un certain nombre de points faibles persistent et certains obstacles entravent la mise en œuvre de la riposte nationale au sida.

- **Prévention auprès des groupes les plus exposés ou vulnérables**

- Insuffisance de la couverture des populations clés et difficultés pour l'estimation de la taille des groupes;
- Les programmes de prévention ne ciblent pas suffisamment les clients des PS ;
- Insuffisance de capitalisation des expériences autour des standards communs ;
- Faiblesse du partenariat entre les ONG sida et les ONG de développement ;
- Difficulté de l'accès aux services par les groupes les plus exposés du fait de la crainte d'être stigmatisés ou d'une méconnaissance des services;
- Accès aux préservatifs limité au niveau des espaces de fréquentation des populations;
- Difficulté de travailler sur le terrain vu que le travail des intervenants est non reconnu;
- Difficulté de communiquer avec les migrants en situation irrégulière.

- **Prévention auprès des jeunes en contexte de vulnérabilité**

- Niveau de connaissances complètes sur le VIH reste à améliorer ;
- Insuffisance de l'introduction du module du VIH dans le cursus scolaire;
- Insuffisance des programmes qui ciblent les enfants, adolescents et jeunes non scolarisés ou en situation de vulnérabilité;
- Faible implication des associations des femmes et de l'enfance

- **Dépistage du VIH**

- Faible pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut de séropositivité (20%) ;
- Offre de dépistage du VIH limitée avec une faible couverture au niveau national ;
- Disproportion entre les efforts de prévention et le nombre de personnes dépistées ;
- Faible niveau de positivité des tests réalisés notamment dans le cadre des unités mobiles ce qui nécessite un meilleur ciblage du dépistage;
- Faiblesse du dépistage à l'initiative des prestataires.

- **Prise en charge globale des PVVIH**

- Accès au traitement ARV estimé à 40% des PVVIH qui en ont besoin ;
- Difficultés de l'accès aux soins pour les PVVIH éloignées des sites de prise en charge;
- Ruptures de stock sporadiques en tests et médicaments ARV;
- Dossier médical électronique non généralisé au niveau des centres référents ;
- Programme national d'accompagnement psychosocial (PNAPS) ne couvre pas toutes les régions;
- Manque de visibilité sur la prise en charge des PVVIH au niveau du secteur privé.

- **Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

- Couverture par la pTME reste faible (33%) ;
- Manque d'implication des professionnels de la santé (Gynécologues et pédiatres)
- Insuffisance d'intégration dans les programmes des ONG.

- **Leadership : Ressources, gouvernance, coordination et suivi évaluation**

- Insuffisance en ressources humaines dans les différentes structures (PNLS, ORS, ONG, Centres référents etc.) ;
- Pérennité des ressources des ONG qui dépendent du financement du Fonds mondial ;
- Inexistence d'une autorité nationale de coordination en dehors du CCM;
- Les CRILS manquent de moyens humains et matériels ;
- Le système de suivi et d'évaluation ne permet pas de capturer toutes les activités et ne dispose pas d'un système électronique standardisé;
- Manque de collaboration entre les ONG de lutte contre le sida et avec les ONG de développement. Absence d'un réseau national des ONG de lutte contre le sida.

- **Droits humains, stigmatisation et discrimination**

- Absence d'une stratégie sur les droits de l'homme liés au VIH ;
- Stigmatisation et discrimination constituent des barrières à l'accès aux services;
- Manque de capacité du personnel en interne sur la question des droits de l'homme ;
- Manque de collaboration avec les organisations des droits de l'homme, de défense des droits de la femme et des enfants ;
- Faible intégration de la dimension genre dans la mise en œuvre du PSN

VI.3. MESURES CORRECTIVES CONCRÈTES PRÉVUES POUR RÉALISER LES OBJECTIFS DE LA DÉCLARATION POLITIQUE.

Ces points faibles et obstacles, identifiés ont été analysés dans le cadre du processus de l'élaboration du nouveau plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016.

Ainsi le PSN donne la priorité aux actions ci-après :

- Le renforcement et la mise à l'échelle des interventions 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.
- La diversification de l'offre de dépistage et la promotion de la connaissance du statut sérologique parmi les personnes les plus exposées ou vulnérables pour maîtriser les nouvelles infections et identifier les couples séro-discordants.
- L'extension et mise à l'échelle de la stratégie pTME notamment le dépistage chez les femmes enceintes.
- L'extension de la couverture par les ARV et de l'appui aux PVVIH tout en améliorant l'accès géographique aux structures de prise en charge.

- Le renforcement du système communautaire pour permettre la mise à l'échelle des interventions de prévention auprès des populations les plus exposées.
- L'amélioration du suivi évaluation et la mise en œuvre d'un agenda de recherche pour une meilleure identification des besoins de prévention et mesure des résultats et impacts des programmes.
- Le renforcement de la gestion de la riposte nationale au niveau central et régional.

Les trois axes stratégiques définis pour le PSN sur la base de ces priorités sont :

1. La prévention de l'infection par le VIH focalisée auprès des populations les plus exposées au risque, passerelles ou en situation de vulnérabilité.
2. La prise en charge globale des Personnes vivant avec le VIH adultes et enfants.
3. La gouvernance et la gestion de la riposte à l'échelle nationale et décentralisée.

VII. Soutien des partenaires au développement

VII.1. SOUTIEN REÇU DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

Les tableaux 5, 6 et 7 synthétisent les principales activités d'appui des principaux partenaires au développement

Tableau 5 : Appui du système des Nations Unies, période 2010-2011

Activités	
Intégration de la prévention du VIH dans les stratégies	
Programmes de renforcement des capacités des prestataires de santé, jeunes et animatrices des espaces féminins en matière de VFG et VIH	ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONUFEMME
Plan d'action pour l'intégration du VIH dans les stratégies du Ministère de Développement Social MDSFS.	PNUD, ONUSIDA
Intégration de la composante Santé de la Reproduction/ IST/ Sida dans le champ religieux	UNFPA, ONUSIDA
Développement de programme de prévention auprès des jeunes	UNFPA, UNICEF, UNESCO
Intégration de la prévention du VIH au sein des stratégies de la Sureté Nationale	ONUSIDA, PNUD
Prévention auprès des populations exposées	
Revue du plan d'action national 2008-2011 sur la réduction des risques auprès des usagers de drogues injectables	ONUSIDA
Elaboration d'un guide normes et standards pour la prévention auprès des professionnels de sexe et l'assurance qualité des interventions.	ONUSIDA, UNFPA
Estimation des besoins en préservatifs et initiative d'introduction des préservatifs féminins	UNFPA
Renforcement des capacités des acteurs en matière d'intervention auprès des populations migrantes	UNFPA, UNHCR, OIM
Appui à l'opérationnalisation du plan sectoriel de lutte contre le sida en milieu de travail	ONUSIDA, PNUD
Développement de programmes	
Implantation et évaluation du programme pilote pTME impliquant les services de santé de base	UNICEF, ONUSIDA
Conception et appui à la mise en œuvre d'un dispositif national d'appui psychosocial pour les PVVIH	ONUSIDA
Révision des algorithmes de prise en charge syndromique (traitement IST)	OMS
Mise en place d'un programme d'accréditation des centres de conseil et de test VIH	OMS
Droits humains et VIH	
Revue des composantes Droit humain et Genre dans le plan stratégique national	ONUSIDA
Partenariat avec le CNDH pour le renforcement de la composante droits humains dans la lutte contre le sida	ONUSIDA, UNESCO
Programme de plaidoyer des PVVIH en matière de lutte contre la stigmatisation et discrimination	UNESCO, ONUSIDA
Appui à la stratégie nationale	
Revue et élaboration du nouveau plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016	ONUSIDA
Appui à la préparation de la proposition du Maroc au Fonds Mondial	ONUSIDA
Appui à l'implantation et la revue du système national de suivi et évaluation	ONUSIDA
Information stratégique	
Appui à la conduite d'études bio-comportementales auprès des UDI, PS et HSH	ONUSIDA
Réalisation d'une étude sur les modes de transmission du VIH	ONUSIDA
Revue du système de surveillance épidémiologique	OMS
Appui à la préparation des rapports nationaux sur la situation et les progrès de la riposte	ONUSIDA
Appui à la révision des estimations de l'épidémie VIH	ONUSIDA

Tableau 6 : Appui du Fonds mondial à la riposte nationale au sida, période 2010-2011

Activités
Communication sociale
Campagne nationale de communication sociale à travers les mass-médias et la couverture des festivals
Extension de l'implication des Imams et Mochidates dans la lutte contre le sida
Production de pièces théâtrale et une opérette pour la prévention avec des acteurs et chanteurs célèbres
Sensibilisation, prévention auprès des jeunes et des femmes
Intégration de la lutte contre le sida dans le milieu scolaire et universitaire dans les secteurs privé et public
Sensibilisation et prévention auprès des jeunes à travers l'utilisation des nouvelles technologies de l'information
Réduction de vulnérabilité des femmes vis-à-vis des IST/sida à travers le cursus IST/SIDA dans les cours d'alphabétisation mais également dans les centres socioprofessionnels
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 agricoles et du textile
Renforcement de la prévention et la prise en charge IST/sida en milieu carcéral
Mise en place de « à bas seuil » de réduction des risques auprès des UDI et introduction de la substitution à la méthadone
Pilotage et mise en place d'une stratégie de distribution et de gestion des préservatifs
Préparation du processus de mise en place de la stratégie de Marketing social du préservatif
Dépistage volontaire et initié par les prestataires, prévention des accident d'exposition
Elaboration des guides nationaux et supports didactiques pour les Accidents d'Exposition aux risques et formation des prestataires de santé
Elaboration des guides nationaux et supports didactiques pour le dépistage à visée diagnostique et formation des prestataires de santé
Elaboration des guides nationaux et supports didactiques pour le dépistage volontaire et formation des prestataires de santé
Mise en place d'un système d'accréditation des centres de dépistage au niveau des ONG
Mise en place de 30 nouveaux centres de dépistage volontaire
Prise en charge et appui aux PVVIH, pTME, IST
Elaboration des guides nationaux et supports didactiques et formation de tout le personnel de la santé sur la mise à jour de l'approche syndromique des IST
Contribution à la prise en charge ARV et mise en place d'une stratégie continue de réduction des prix
Pilotage du programme pTME au niveau des centres de santé et sa modélisation en vue de son extension
Mise en place du programme national d'appui psychosocial
Formation des prestataires et recrutement des médiateurs sociaux au niveau des ONG
Renforcement de l'implantation du programme d'aide à l'observance et recrutement des médiateurs thérapeutiques
Renforcement de l'implication des PVVIH dans la planification et la mise en œuvre des actions de lutte contre le sida à travers les groupes d'auto-support
Gestion, coordination et suivi évaluation
Mobilisation des associations de développement et intégration de la prévention du VIH/sida
Conduite de trois études RDS auprès des HSH, UDI, et Professionnelles de sexe
Conduite de deux études de prévalence des IST
Mise en place d'un comité oversight du dashboard pour l'amélioration de la gouvernance au niveau du CCM
Appui au fonctionnement des comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida dans les régions prioritaires

Tableau 7 : Appui du système des agences de coopération bilatérale, période 2010-2011

Programme ESTHER »
Renforcement de l'accès au suivi virologique et à la décentralisation de la CV (INH)
Appui à la prise en charge de l'infection à VIH/Sida auprès des adultes
Amélioration du taux de rétention des patients dans les programmes de PEC
Education thérapeutique, accompagnement psychosocial des patients, (partenariat avec l'ALCS)
Assistance technique au pôle d'accompagnement psychosocial
Mise en place en collaboration avec l'ALCS d'une Plate forme SMS pour la communication avec les jeunes au sujet du VIH/sida et la santé sexuelle.

VII.2. ACTIONS À ENTREPRENDRE PAR LES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

L'action à entreprendre par les partenaires au développement s'inscrit pleinement dans le cadre de l'appui à la mise en œuvre des interventions et mesures correctives concrètes prévues pour réaliser les objectifs de la Déclaration politique et contribuer ainsi à l'élargissement de la riposte nationale.

La nouvelle proposition soumise par le CCM pour le 10ème round du fonds mondial est approuvée et signée. Le Programme futur d'**appui du Fonds mondial** pour la période 2012-2016 renforcera la réalisation des objectifs arrêtés dans le nouveau PSN 2012-2016.

Le **plan d'appui des Nations Unies à la riposte nationale au sida** 2012-2016, sous la coordination de l'ONUSIDA, s'inscrit dans le cadre du Plan cadre des Nations Unies (UNDAF). Il vise à mieux cibler l'appui dans les domaines clés pour lesquels le SNU dispose d'une valeur ajoutée et focalisera ses efforts dans l'atteinte de quatre résultats Effets (Outcomes):

- Outcome 1: Les populations les plus exposées et les plus vulnérables ont un accès renforcé à des services de qualité pour la prévention combinée en matière de VIH.
- Outcome 2: Les PVVIH ont un accès renforcé à des services de qualité pour le traitement, la prise en charge et le soutien psycho-social.
- Outcome 3: Les ressources dédiées à la riposte au VIH sont mobilisées et utilisées de façon adéquate grâce à une gouvernance et une gestion efficace et efficiente de la riposte nationale intégrant les questions de genre et de droits humains.
- Outcome 4: Les ressources techniques et financières du SNU sont mobilisées et utilisées de manière optimale par le biais du plan conjoint qui reflète un appui coordonné et une contribution stratégique aux efforts du Maroc pour la réalisation des OMD et des objectifs de la déclaration politique sur le VIH/sida (HLM).

L'appui des agences des Nations Unies au Maroc s'inscrira dans le cadre de la concrétisation de ces outcomes, de manière conjointe ou individuelle et ce en fonction de la division du travail établie. Cet appui visera les domaines suivants:

- Mise à disposition de l'information stratégique;
- Définition de politiques et stratégies;
- Suivi et Evaluation;
- Assurance de la qualité et l'application de normes/ standards techniques et éthiques;
- Développement des capacités;
- Renforcement des partenariats et réseaux, application des meilleures pratiques.

VIII. SUIVI ET ÉVALUATION

Le Maroc dispose d'un système national unique de suivi et d'évaluation, mis en place dans le cadre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007-2011 (PSN), et ce en application du troisième principe des « Three Ones » promu par l'ONUSIDA. Le guide national de suivi et d'évaluation du PSN constitue la référence de base de ce système. Il comprend les définitions détaillées des indicateurs, les méthodes pour le recueil des informations et données ainsi que la description des rôles et responsabilités des différents acteurs dans ce domaine. Il est destiné à harmoniser la collecte des données primaires sur le terrain selon un cadre commun de suivi et évaluation. Le logiciel MS-Excel a été mis en place pour appuyer la collecte des données et au niveau national les bases de données épidémiologiques sont régulièrement alimentées et les données exploitées.

Plusieurs études ont été menées auprès des populations spécifiques, notamment une étude CAP sur les PS en 2007, une étude CAP sur les jeunes en 2007 et une étude DHS sur les jeunes 2006 dont les résultats ont été publiés en 2007, une étude sur la coïnfection TB/VIH en 2008. En 2010 et 2011, trois études RDS ont été réalisées, portant sur le HSH les PS et les UDI. Ces études ont permis 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. Une étude de triangulation des données épidémiologiques et programmatiques a été initiée en 2011. Les résultats de cette étude sont attendus début 2012.

Les informations découlant de ce système ont facilité la **revue à mi-parcours du PSN** et par conséquent le réexamen des priorités et des cibles en termes de couverture des populations les plus exposées.

Une évaluation de ce système de suivi et évaluation, sur la base de l'outil des 12 composantes, a été réalisée en fin 2011. Les principales recommandations sont :

- ▶ Préciser de manière formelle le mandat de Suivi et Evaluation au sein du PNLs, ORS, ONG et Secteurs.
- ▶ Allouer davantage de ressources humaines pour assurer efficacement la mission de S&E.
- ▶ Choisir un seul logiciel ou application pour la gestion des données des programmes.
- ▶ Revoir les termes de références du comité de Suivi et Evaluation pour accorder une mission précise à ce comité dans la prise de décision.
- ▶ Décliner le plan de suivi évaluation en plans spécifiques pour les partenaires.
- ▶ Assurer le rôle de leadership du PNLs en matière de Suivi et Evaluation.
- ▶ Harmoniser et simplifier les indicateurs, la collecte des données et des outils de reporting ainsi que les directives associées. Mener une réflexion générale sur le système des codifications, notamment l'identifiant ou code unique.
- ▶ Elaborer des directives pour la supervision formative et les visites de vérification.
- ▶ Développer un plan de diffusion et d'utilisation des données.

Le système national de suivi et évaluation est en cours de révision à la lumière des recommandations de cette revue

LISTE DES RÉFÉRENCES ET SOURCES DE DONNÉES

- Rapports de la surveillance sentinelle. Programme National de lutte contre les sida, ministère de la Santé, 2001-2010
- Rapport de l'étude RDS auprès des HSH (Marrakech, Agadir), Ministère de la Santé, 2010
- Rapport de l'étude RDS auprès des UDI, Tanger, Ministère de la Santé, 2010
- Rapport de l'étude MoT/NASA, Ministère de la santé, 2010
- Rapport de la consultation nationale sur l'accès universel. Ministère de la Santé avec l'appui de l'ONUSIDA, 2010
- Rapport de la revue du PSN 2007-2011, Ministère de la Santé, 2010
- Rapport de la revue du système national de Suivi et Evaluation du PSN 2007-2011, Ministère de la Santé, 2011
- Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectables au Maroc. Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies. Ministère de la Santé avec l'appui de l'ONUSIDA et l'UNODC, 2006
- Etude nationale sur les « Connaissances attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le sida. Ministère de la Santé avec l'appui de la GTZ, décembre 2007
- Etude nationale de surveillance des comportements des professionnelles du sexe. Ministère de la Santé avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme, décembre 2007
- Etude de prévalence des IST chez les femmes qui consultent pour pertes vaginales ou douleurs du bas ventre. Service des IST/sida, Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies, ministère de la Santé, 2007.
- Etude sur la co-infection TB/VIH, ministère de la Santé, 2008
- Enquête sur la prostitution des rues au Maroc, Association de lutte contre le sida avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme, 2003.
- Plan stratégique National de Lutte contre le sida 2007-2011. Ministère de la Santé, 2007
- Plan d'appui des Agences des Nations Unies 2007-2011. Système des Nations Unies au Maroc, 2007
- Bilan du plan d'appui des Agences des Nations Unies 2004-2006. Bureau ONUSIDA au Maroc, 2007-2011
- Rapports de l'Unité de gestion du Fonds mondial. Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies, ministère de la Santé, 2010,2011
- Rapports sur des estimations VIH au Maroc. Ministère de la Santé, 2011
- Rapports nationaux sur la mise en œuvre de la déclaration d'Engagement sur le VIH/sida. Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies, Ministère de la Santé, 2006, 2008, 2010
- Rapports d'activités des partenaires (ONG et secteurs)
- Rapports des centres de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, 2008, 2009, 2010, 2011
- Rapport sur les flux financiers en matière de population et de sida au Maroc, Ministère de la santé 2007.
- Rapport sur l'étude NASA, Maroc 2007, 2008, Ministère de la santé, DELM, PNLs avec l'appui de l'ONUSIDA, 2010
- Rapports financiers des partenaires de la riposte nationale au VIH/sida, 2009, 2010, 2011,
- Guide d'élaboration du rapport sur la déclaration politique d'engagement sur le VIH/sida, ONUSIDA, 2011

BASES DE DONNÉES

- Base de données, étude RDS auprès des UDI, Nador, Ministère de la Santé 2011
- Base de données, étude RDS auprès des PSF (Agadir, Rabat, Fès, Tanger), Ministère de la Santé, 2011
- Base de données épidémiologiques (Cas VIH/sida, surveillance sentinelle, notification des cas d'IST), Ministère de la santé, DELM/PNLs, 2011
- Base de données RTS, exercice NASA Maroc 2007, 2008
- Base de données NADIS, Fichiers MS-EXCEL, Ministère de la santé, centres de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.
- Autres base de données préparées dans le cadre des études.

ANNEXES

ANNEXE 1 : PROCESSUS DE CONSULTATION ET DE PRÉPARATION DU RAPPORT

L'élaboration du rapport est passée par plusieurs étapes menées en concertation avec les différents partenaires et avec la collaboration étroite et l'appui de l'ONUSIDA:

- Mise en place d'un comité de suivi au sein du programme national de lutte contre les IST/sida et définition du processus et des étapes pour l'élaboration du rapport.
- Recrutement d'un consultant national pour appuyer toutes les étapes de la préparation du rapport ainsi que la préparation et l'organisation de l'atelier de consensus.
- Conduite d'entretiens qui ont concerné 26 partenaires dont 6 ONG thématiques, 3 ONG non thématiques, 9 secteurs gouvernementaux, le Conseil National des Droits de l'Homme, 6 agences des Nations Unies, agences de coopération bilatérale et l'unité de gestion du Fonds mondial.
- Recueil des données sur les activités à travers des formulaires adressés aux différents partenaires et services impliqués dans la riposte nationale.
- Exploitation des données des études comportementales réalisées auprès des jeunes et des populations exposées en collaboration avec les partenaires concernés.
- Synthèse des données disponibles et calcul des indicateurs de suivi et évaluation recommandés.
- Elaboration d'un rapport préliminaire.
- Organisation le 15 mars 2012, d'un atelier pour finaliser et valider le rapport. Cet atelier a regroupé des représentants des différents partenaires nationaux et internationaux.
- Finalisation des questionnaires A et B sur l'indice composite des politiques nationales
- Elaboration et envoi de la version finale du rapport

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRES A ET B

DE L'INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES

NATIONALES

Appendice 3. Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI) 2012

PAYS : MAROC

Nom du représentant du Comité national de lutte contre le sida chargé de la soumission de NCPI, pouvant être contacté en cas de questions :

Dr. Omar El Menzhi,

Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, ministère de la Santé

Adresse postale :

Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les Maladies,
71 avenue Ibn Sinal, Agdal, Maroc

Tél. : (212) 37 6712 71

Télécopie (212) 37 67 12 98

Courriel : omarelmenzhi@yahoo.fr

Date de soumission du rapport : 31 Mars 2012

Processus de collecte des données et de validation des données de l'indice

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 2010 qui a été tenu le 15 Mars 2012.

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.

Partie A

Noms & Prénoms	Fonction/organisme	Répondants pour la partie A				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
Dr Ilham Menchafou	Direction de l'Évaluation, de l'Organisation de la Vie Scolaire et des Formations Inter-académiques. Ministère de l'Éducation Nationale	X	X	X	X	X
Dr Regragui Mouna	Division de la Réinsertion, Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et de Réinsertion	X	X	X	X	X
Dr Rharbaoui	DP	X	X	X	X	X
Mme sanae Cherqaoui	DPRF	X	X	X	X	X
Mme Idrissi Azami Amina	DRS Grand Casablanca	X	X	X	X	X
Dr Fatiha guezzar	DRS- ORS	X	X	X	X	X
Dr Sbai Idrissi Karim Dr Omar Sedrati	Inspection du Service de Santé des Forces Armées Royales	X	X	X	X	X
Dr Hicham Oumzil	Institut National d'hygiène	X	X	X	X	X
Mr Jelloul Dhibi	Direction de la Jeunesse, de l'Enfance et des Affaires Féminines, Ministère de la Jeunesse et des Sports	X	X	X	X	X
Mme Othmani habiba	Monsieur le Directeur du Centre National de Transfusion Sanguine	X	X	X	X	X
Dr Bennani Aziza Dr. Nadia Hamri Mme Latifa Ghargui Mlle Meriel Ghanam	PNLS Ministère de la Santé	X	X	X	X	X
Pr Kamal Marhoum El Filali	Service des Maladies Infectieuses CH Ibn Rochd Casablanca	X	X	X	X	X
Dr Hassan Lamdini	Service des Maladies Infectieuses CH Ibn Rochd Casablanca	X	X	X	X	X
Mme Rachidi Soumaya	SMMD Ministère de la Santé	X	X	X	X	X
Mme Rachida Kendi	SMMD Ministère de la Santé	X	X	X	X	X

Partie B

Noms & Prénoms	Fonction/organisme	Répondants pour la partie B			
		B.I	B.II	B.III	B.IV
Mr Dohri jaouad	AS-CMP-Hasnouna	X	X	X	X
Mme Zahra Lahriyach	Association Marocaine de Solidarité et de Développement	X	X	X	X
Dr Kandil abdelwahid	Association RDR	X	X	X	X
Mr Fazouane Abdesslam	Consultant	X	X	X	X
Mme Nezha El Amrani	Coopération Suisse	X	X	X	X
Mr Benalla Abdessamad	ESTHER	X	X	X	X
Mme El Arabi Amina Mr Otmame Cherki	Madame la Présidente de l'Association Le Jour	X	X	X	X
Pr Sekkat Abdelhak	Monsieur le Président de la Ligue Marocaine de Lutte contre les MST	X	X	X	X
Mr Moustai Redouane	Monsieur le Président de l'Association de Lutte contre les IST-Sida	X	X	X	X
Mr Oumaya Lahcen	Monsieur le Président de l'Association Sud Contre le Sida	X	X	X	X
Mr Chahir Ahmed	OMS	X	X	X	X
Dr Alami Kamal	ONUSIDA	X	X	X	X
Mr Houssine EL Rhilani	ONUSIDA	X	X	X	X
Dr Ouarsas Lhoucine	Association de Lutte contre le sida	X	X	X	X
Mr Dohri Jaouad	AS-CMP-Hasnouna	X	X	X	X
Mme Zahra Lahriyach	Association Marocaine de Solidarité et de Développement	X	X	X	X
Dr Kandil Abdelwahid	Association RDR	X	X	X	X

ENGAGEMENTS NATIONAUX ET MOYENS D'ACTION (NCPI)

PARTIE A

[devant être complétée par des représentants du gouvernement]

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Est-ce que le pays a développé une stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH ?

(Les stratégies multisectorielles devraient inclure, entre autres, celles ayant été développées par les Ministères, telles que celles listées dans la rubrique 1.2

Oui

Non

SI OUI, quelle période a été couverte [préciser] :

2007-2011

SI OUI, décrire brièvement les développements/modifications clés entre la stratégie nationale actuelle et la précédente.

SI NON ou NON APPLICABLE, expliquer brièvement pourquoi.

- Introduction de nouvelles populations cible (usager de drogue injectable UDI)
- Elaboration du plan sectoriel
- Elargissement de dépistage dans les ESSB et CDTMR.
- Renforcement des plans régionaux et CRILS (ajout de trois régions prioritaires)
- Création des unités de prise en charge des femmes et des enfants victime de violence
- Mise en place d'un programme de prévention de transmission mère enfant (PTME)
- Mise en place du programme d'appui psychosocial
- Elaboration de la stratégie nationale sur la santé reproductive
- Création d'une association des PVVIH

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

1.1. Quel(s) ministère(s) ou agence(s) a la responsabilité générale du développement et de la mise en œuvre de la stratégie nationale multisectorielle pour riposter au VIH ?

Nom des ministères ou agences [préciser] :

Ministère de la Santé

1.2. Quels secteurs sont inclus dans la stratégie multisectorielle ayant un budget spécifique pour leurs activités liées au VIH ?

SECTEURS	Inclus dans la stratégie		Budget spécifique	
<i>Éducation</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Santé</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Travail</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Militaire/Police</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Transports</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Femmes</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Jeunes personnes</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Autre [préciser] :</i>				
<i>Administration penitentiaires (DGATRP)</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Affaires Islamique</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Communication</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Entraide Nationale</i>	Oui	Non	Oui	Non
<i>Agriculture</i>	Oui	Non	Oui	Non

SI NON est la réponse relative au budget spécifique pour certains voire tous les secteurs mentionnés ci-dessus, expliquer quel financement est utilisé pour garantir la mise en œuvre de leurs activités spécifiquement dédiées au VIH ?

L3. *Est-ce que la stratégie multisectorielle se concentre sur les populations clés / autres populations vulnérables, les contextes et les problèmes transversaux suivants ?*

POPULATIONS CLÉS ET AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES		
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	Oui	Non
<i>Migrants / populations mobiles</i>	Oui	Non
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>	Oui	Non
<i>Personnes ayant des handicaps</i>	Oui	Non
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	Oui	Non
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	Oui	Non
<i>Personnes transgenre</i>	Oui	Non
<i>Femmes et jeunes filles</i>	Oui	Non
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>	Oui	Non
<i>Autres sous-populations vulnérables spécifiques²</i>	Oui	Non
CONTEXTES		
<i>Prisons</i>	Oui	Non
<i>Écoles</i>	Oui	Non
<i>Lieu de travail</i>	Oui	Non
PROBLÈMES TRANSVERSAUX		
<i>Lutter contre la stigmatisation et la discrimination</i>	Oui	Non
<i>Autonomisation des femmes et/ou égalité des genres</i>	Oui	Non
<i>VIH et pauvreté</i>	Oui	Non
<i>Protection des droits de l'homme</i>	Oui	Non
<i>Participation des personnes vivant avec le VIH</i>	Oui	Non

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

1.4. Quels sont les populations clés et les groupes vulnérables ayant été identifiés pour les programmes liés au VIH dans le pays [préciser] ?

POPULATIONS CLÉS

Les jeunes, des deux genres, scolarisés ou non. Les femmes en situation de vulnérabilité. Les enfants en situation précaire . Les professionnels du sexe, féminins et masculins .Les usagers de drogues injectables. Les migrants, en particulier ceux en situation irrégulière .Les populations en situation de mobilité fréquente. Le personnel des services en uniforme. Les prisonniers.
Les personnes atteintes d'Infections sexuellement transmissibles. Les personnes vivant avec le VIH et personnes affectées par le VIH.

1.5. Est-ce que la stratégie multisectorielle inclut un plan opérationnel ?

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

1.6. Est-ce que la stratégie multisectorielle ou le plan opérationnel incluent :

a. des buts formels du programme ?	Oui	Non
b. des objectifs ou des repères clairs ?	Oui	Non
c. un détail des coûts pour chaque domaine programmé ?	Oui	Non
d. une indication des sources de financement pour soutenir la mise en œuvre du programme ?	Oui	Non
e. un cadre de suivi et d'évaluation ?	Oui	Non

1.7. Est-ce que le pays a garanti une « implication et une participation complète » de la société civile * dans le développement de la stratégie multisectorielle ?

Implication active		
--------------------	--	--

EN CAS D'IMPLICATION ACTIVE, expliquer brièvement comment celle-ci a été organisée :

Le Plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2007/2011, 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 concernées (i) les interventions de prévention proximité auprès des populations vulnérables menées par les ONG, (ii) la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et (iii) 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.

EN CAS D'IMPLICATION NULLE OU MODÉRÉE, expliquer brièvement pourquoi cela a été le cas :

1.8. Est-ce que la stratégie multisectorielle a été approuvée par la plupart des partenaires externes pour le développement (bilatéraux, multilatéraux) ?

Oui	Non	N/A (Non applicable)
-----	-----	----------------------

1.9. Est-ce que des partenaires externes pour le développement ont aligné et harmonisé leurs programmes liés au VIH avec la stratégie nationale multisectorielle ?

Oui, tous les partenaires

Oui, certains partenaires

Non

N/A

SI CERTAINS OU AUCUN PARTENAIRES, expliquer brièvement pour quels domaines il n'y a aucun alignement/harmonisation, et pourquoi :

--

2. Est-ce que le pays a intégré le VIH dans des plans pour le développement général tels que : (a) le Plan national pour le développement ; (b) le Bilan commun de pays / le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ; (c) la Stratégie pour la réduction de la pauvreté ; et (d) l'approche sectorielle ?

Oui	Non	N/A
-----	-----	-----

2.1. SI OUI, est-ce que le soutien pour la lutte contre le VIH a été intégré aux plans spécifiques pour le développement suivants ?

PLANS SPÉCIFIQUES POUR LE DÉVELOPPEMENT	Oui	Non	N/A
Bilan commun de pays / Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement	Oui	Non	N/A
Plan national pour le développement	Oui	Non	N/A
Stratégie pour la réduction de la pauvreté	Oui	Non	N/A
Approche sectorielle	Oui	Non	N/A
Autre [préciser] :	Oui	Non	N/A
	Oui	Non	N/A

2.2. SI OUI, est-ce que les domaines suivants spécifiquement liés au VIH ont été inclus dans au moins un plan pour le développement ?

DOMAINE LIÉ AU VIH INCLUS DANS UN/DES PLAN(S)	Oui	Non	NA
Allègement de l'impact du VIH	Oui		NA
Réduction des inégalités relatives au genre lorsqu'elles touchent aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH	Oui		Non
Réduction des inégalités de revenus lorsqu'elles touchent aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH	Oui		Non
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	Oui		Non
Traitement, soins et accompagnement (notamment la sécurité sociale et les autres schémas)	Oui		Non
Autonomisation économique des femmes (par exemple l'accès au crédit, à la propriété, à la formation)	Oui		Non
Autre [préciser ci-dessous] :	Oui		Non

3. Est-ce que le pays a évalué l'impact du VIH sur son développement socioéconomique pour des raisons de programmation ?

Oui	Non	N/A
-----	-----	-----

3.1. SI OUI, sur une échelle allant de 0 à 5 (où 0 est « faible » et 5 est « élevé »), dans quelle mesure l'évaluation a-t-elle apporté des informations pour prendre des décisions relatives à l'attribution des ressources ?

FAIBLE						ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5	

4. Est-ce que le pays a une stratégie pour lutter contre les difficultés liées au VIH au sein des services nationaux en uniforme (tels que les militaires, la police, les casques bleus, les gardiens de la paix, etc.) ?

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

5. Est-ce que le pays a suivi les engagements pris dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida ?³

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

5.1. Est-ce que la stratégie nationale et le budget national relatifs au VIH ont été revus en conséquence ?

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

5.2. Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs et du nombre d'adultes et d'enfants ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale ?

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

5.3. Est-ce que la couverture du programme lié au VIH est suivie ?

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

(a) SI OUI, est-ce que la couverture est suivie selon le sexe (homme, femme) ?

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

(b) SI OUI, est-ce que la couverture est suivie selon les groupes de population ?

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

SI OUI, pour quels groupes de population ?

<p>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</p>

Expliquer brièvement comment ces informations sont utilisées :

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

(c) Est-ce que la couverture est suivie selon l'aire géographique ?

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

SI OUI, à quels échelons géographiques ? (province, district, autre) ?

À tous les niveaux : National, régional, provincial et local

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

5.4. *Est-ce que le pays a développé un plan pour renforcer les systèmes 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 :

- Formation
- Équipements
- Médicaments et fongibles (+ préservatifs)
- Système d'information
- Supports de communication

6. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts de planification stratégique dans les programmes liés au VIH, dans votre pays, en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

- PTME
- Réduction des risques pour les UDI et substitution à la méthadone
- Extension de dépistage
- Renforcement de la décentralisation de la prise en charge
- Appui psychosocial
- Renforcement de système de suivi évaluation (Etude RDS – mise en ouvre d’un outil de dispensation électronique des médicaments ARV et IO)

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

- Mise en œuvre, la gestion et le suivi de ces plans régionaux avec déclinaison des fonds prévus

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

Un soutien politique fort inclut : que le gouvernement et les dirigeants politiques discutent régulièrement du VIH/sida et qu'ils prouvent leur leadership de différentes manières : attribution d'une partie du budget national pour soutenir les programmes liés au VIH et utiliser efficacement le gouvernement et les organisations de la société civile pour soutenir les programmes liés au VIH.

1. Est-ce que les hautes autorités suivantes parlent publiquement et favorablement des efforts liés au VIH dans les principaux forums nationaux au moins deux fois par an ?

A. *Ministres du gouvernement*

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

B. *Autres hautes autorités au niveau sous-national*

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

1.1. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que les chefs du gouvernement ou d'autres hautes autorités ont fait une action démontrant leur leadership dans la riposte au VIH ?

(Par exemple, promettre plus de ressources pour rectifier les faiblesses ayant été identifiées dans la riposte au VIH, parler du VIH comme un problème lié aux droits de l'homme dans les principaux forums nationaux/internationaux, et réaliser des activités telles que visiter une clinique pour le VIH, etc.)

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

Décrire brièvement les actions/exemples d'instances dans lesquelles le chef du gouvernement ou d'autres hautes autorités ont fait preuve de leadership :

2. Est-ce que le pays a une instance de coordination nationale et multisectorielle liée au VIH (c'est-à-dire, un Conseil national pour le VIH ou un équivalent) ?

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

***SINON*, expliquer brièvement pourquoi cela n'est pas le cas et comment les programmes sont gérés :**

--

2.1.

SI OUI, est-ce que l'instance de coordination nationale et multisectorielle liée au VIH :		
<i>a des conditions de référence ?</i>	Oui	Non
<i>a un leadership et une participation actifs du gouvernement ?</i>	Oui	Non
<i>a un président officiel ?</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, quel est son nom et le titre de son statut ?</i>		
<i>a une adhésion définie ?</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, combien de membres ?</i>		
<i>inclut des représentants de la société civile ?</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, combien ?</i>		
<i>inclut des personnes vivant avec le VIH ?</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, combien ?</i>		
<i>inclut le secteur privé ?</i>	Oui	Non
<i>renforce la coordination des donateurs pour éviter un financement parallèle et une duplication des efforts dans la programmation et les rapports réalisés ?</i>	Oui	Non

3. Est-ce que le pays dispose d'un mécanisme pour promouvoir l'interaction entre le gouvernement, les organisations de la société civile, et le secteur privé pour mettre en place les stratégies/programmes liés au VIH ?

Oui	Non	N/A
-----	-----	-----

SI OUI, décrire brièvement les principales réalisations :
CCM et Comité régionaux intersectoriels
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?
Représentativité des différents partenaires au sein de l'instance de coordination. -Liens avec les instances régionales de coordination

4. Quel pourcentage du budget national lié au VIH a été dépensé pour les activités ayant été mises en œuvre par la société civile au cours de l'année qui s'est écoulée ?

	%
--	---

5. Quelle sorte de soutien est-ce que la Commission nationale pour la lutte contre le VIH (ou un équivalent) fournit aux organisations de la société civile pour mettre en œuvre les activités liées au VIH ?

<i>Renforcement des capacités</i>	Oui	Non
<i>Coordination avec d'autres partenaires pour la mise en œuvre</i>	Oui	Non
<i>Informations sur les besoins prioritaires</i>	Oui	Non
<i>Approvisionnement et distribution de médicaments et autres marchandises</i>	Oui	Non
<i>Indications techniques</i>	Oui	Non
<i>Autres [préciser ci-dessous] :</i>	Oui	Non
Mise à disposition de locaux et produit Détachement de personnel (médecins et infirmiers)		

6. Est-ce que le pays a revu les directives et les lois nationales pour déterminer, le cas échéant, lesquelles sont conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH ?

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

6.1. SI OUI, est-ce que les directives et les lois ont été amendées pour être conformes aux directives nationales de contrôle liées au VIH ?

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

SI OUI, nommer et décrire comment les directives / lois ont été amendées

Nommer et décrire toutes les incohérences qui demeurent entre les directives/lois et les directives nationales de contrôle liées au sida :

Z. *En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous le soutien politique aux programmes liés au VIH en 2011 ?*

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

III. DROITS DE L'HOMME

1.1. Est-ce que le pays a des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables ? Entourer oui si la directive précise certaines des populations clés :

POPULATIONS CLÉS et GROUPES VULNÉRABLES		
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>	Oui	Non
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	Oui	Non
<i>Migrants / populations mobiles</i>	Oui	Non
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>	Oui	Non
<i>Personnes ayant des handicaps</i>	Oui	Non
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	Oui	Non
<i>Personnes incarcérées</i>	Oui	Non
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	Oui	Non
<i>Personnes transgenre</i>	Oui	Non
<i>Femmes et jeunes filles</i>	Oui	Non
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>	Oui	Non
<i>Autres sous populations vulnérables spécifiques [préciser] :</i>	Oui	Non

1.2. Est-ce que le pays a une loi générale (c'est-à-dire non spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination ?

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

SI OUI aux questions 1.1. à 1.2., décrire brièvement le contenu de cette/ces loi(s) :

--

Expliquer brièvement quels mécanismes sont en place pour garantir la mise en œuvre de ces lois :

Les institutions des droits humains : Conseil national des droits de l'homme

--

Commenter brièvement leur degré actuel de mise en œuvre :

2. Est-ce que le pays dispose de lois, de règlements ou de directives qui constituent des obstacles⁴ pour une prévention, des soins et un accompagnement liés au VIH pour les populations clés et les groupes vulnérables ?

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

<i>SI OUI, pour quelles populations clés et quels groupes vulnérables ?</i>		
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>	Oui	Non
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	Oui	Non
<i>Migrants / populations mobiles</i>	Oui	Non
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>	Oui	Non
<i>Personnes ayant des handicaps</i>	Oui	Non
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	Oui	Non
<i>Personnes incarcérées</i>	Oui	Non
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	Oui	Non
<i>Personnes transgenre</i>	Oui	Non
<i>Femmes et filles</i>	Oui	Non
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>	Oui	Non
<i>Autres populations vulnérables spécifiques⁵ [préciser ci-dessous] :</i>	Oui	Non

Décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou directives :

Amendes et prison • 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 ». • UDI

Commenter brièvement comment ils posent des barrières :

--

IV. PRÉVENTION

- 1.** Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie promouvant l'information, l'éducation et la communication (IEC) sur le VIH à la population en général ?

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

<i>SI OUI, quels messages clés sont explicitement promus ?</i>		
<i>Abstenez-vous de vous injecter des drogues</i>	Oui	Non
<i>Évitez le sexe tarifé</i>	Oui	Non
<i>Évitez le sexe inter-génération</i>	Oui	Non
<i>Soyez honnête</i>	Oui	Non
<i>Soyez sexuellement abstinent</i>	Oui	Non
<i>Retardez le début de votre vie sexuelle</i>	Oui	Non
<i>Engagez-vous pour des rapports sexuels protégés</i>	Oui	Non
<i>Combattez la violence contre les femmes</i>	Oui	Non
<i>Acceptez et impliquez davantage les personnes vivant avec le VIH</i>	Oui	Non
<i>Impliquez davantage les hommes dans les programmes de santé reproductive</i>	Oui	Non
<i>Connaissez votre statut VIH</i>	Oui	Non
<i>Les hommes devant être circoncis doivent l'être sous surveillance médicale</i>	Oui	NA
<i>Prévenez la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>	Oui	Non
<i>Promouvez une plus grande égalité entre les hommes et les femmes</i>	Oui	Non
<i>Réduisez le nombre de partenaires sexuels</i>	Oui	Non
<i>Utilisez des aiguilles et des seringues propres</i>	Oui	Non
<i>Utilisez régulièrement des préservatifs</i>	Oui	Non
<i>Autre [préciser ci-dessous] :</i>	Oui	Non
<i>Fidélité</i>		

- 1.2.** Au cours de la dernière année, est-ce que le pays a mis en œuvre une activité ou un programme pour que les médias puissent promouvoir la précision des rapports sur le VIH ?

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

- 2.** Est-ce que le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie pour promouvoir les compétences liées à la vie quotidienne basées sur l'éducation des jeunes personnes ?

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

- 2.1.** Est-ce que l'éducation sur le VIH fait partie du programme scolaire :

<i>dans les écoles primaires ?</i>	Oui	Non
<i>dans les écoles secondaires ?</i>	Oui	Non
<i>dans la formation des enseignants ?</i>	Oui	Non

2.2. Est-ce que la stratégie inclut des éléments sur la santé sexuelle et reproductive adaptés à l'âge et sensibles au genre ?

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

2.3. Est-ce que le pays a une stratégie d'éducation sur le VIH pour les jeunes personnes non scolarisées ?

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

3. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour promouvoir l'information, l'éducation et la communication ainsi que les autres interventions préventives pour la santé pour les autres sous-populations vulnérables ?

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

Décrire brièvement le contenu de cette directive ou stratégie
Voir PSN

3.1. SI OUI, quelles populations et quels éléments de prévention du VIH cette politique/stratégie concerne-t-elle ?

✓ Cocher les populations et les éléments spécifiques qui sont inclus dans la politique/stratégie

	CDI ⁶	HSH ⁷	Professionnel(le)s du sexe	Clients des Professionnel(le)s du sexe	Personnes incarcérées	Autres populations ⁸ [préciser]
<i>Promotion du préservatif</i>						
<i>Thérapie de substitution des drogues</i>						
<i>Dépistage du VIH et conseils</i>						
<i>Changement d'aiguille et de seringue</i>						

<i>Santé reproductive, incluant la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement</i>									
<i>Réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>									
<i>Informations ciblées sur la réduction des risques et l'éducation sur le VIH</i>									
<i>Réduction de la vulnérabilité (par exemple, génération de revenus)</i>									

3.2. *En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les efforts politiques ayant soutenu la prévention du VIH en 2011 ?*

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :
Extension de la couverture par les programmes de prévention de proximité auprès des professionnel (le)s du sexe à plusieurs villes du pays Préparation de nouveaux programmes notamment pour les consommateurs de drogues injectables, les migrants en situation irrégulière et les routiers pTME
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

4. **Est-ce que le pays a identifié des besoins spécifiques pour les programmes de prévention sur le VIH ?**

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

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

Besoins déterminé : estimation réalisé chaque année par le PNLS

SI NON, comment les programmes de prévention sur le VIH sont-ils élaborés ?**4.1. Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en œuvre ?**

La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	N/A
<i>la sécurité transfusionnelle</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la promotion du préservatif</i>	1	2	3		N/A
<i>la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables</i>	1	2	3		N/A
<i>la prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés</i>	1	2	3		N/A
<i>la prévention du VIH sur le lieu de travail</i>	1	2	3		N/A
<i>dépistage du VIH et conseils</i>	1	2	3		N/A
<i>l'IEC⁹ sur la réduction des risques</i>	1	2	3		N/A
<i>l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>	1	2	3		N/A
<i>la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>	1	2	3		N/A
<i>la prévention pour les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3		N/A

<i>services liés à la reproduction sexuelle, notamment la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la réduction des risques pour les partenaires intimes chez les populations clés</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe</i>	1	2	3	4	N/A
<i>pour les jeunes, l'éducation sur le VIH dans les écoles</i>	1	2	3	4	N/A
<i>précautions universelles dans les contextes de soins sanitaires</i>	1	2	3	4	N/A
<i>Autre [préciser] :</i>	1	2	3	4	N/A

5. 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 mettre en œuvre les programmes de prévention du VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

-La mise en œuvre de la stratégie nationale de communication sociale qui a été déclinée au niveau des différentes régions du pays.
 -L'extension de la couverture par les programmes de prévention de proximité.
 -Préparation de nouveaux programmes notamment pour les consommateurs de drogues injectables, les migrants en situation irrégulière et les routiers.

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

V. TRAITEMENT, SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

1. Est-ce que le pays a identifié les éléments essentiels d'un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

Oui

Non

Si oui, identifier brièvement les éléments ainsi que ce qui a été retenu comme prioritaire :

ARV
APPUI PSYCHOSOCIAL
PTME

VOIR PSN

Identifier brièvement comment les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH sont intensifiés :

1.1. Dans quelle mesure ces services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont-ils été mis en œuvre ?

La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x)					
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	N/A
<i>la thérapie antirétrovirale (ART)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'ART pour les patients ayant la tuberculose (TB)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>diagnostic infantile précoce</i>	1	2	3	4	N/A
<i>services de soins et d'accompagnement liés au VIH sur le lieu de travail (notamment des arrangements pour travailler de manière alternée)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>dépistage du VIH et conseils pour les personnes vivant avec la TB</i>	1	2	3	4	N/A
<i>services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour le traitement à travers le lieu de travail</i>	1	2	3	4	N/A

<i>soins nutritionnels</i>	1	2	3	4	N/A
<i>traitement pédiatrique du sida</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'ART pour les femmes après l'accouchement</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition non professionnelle (par ex., agression sexuelle)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition professionnelle au VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'accompagnement psychologique pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles la gestion de l'infection transmise sexuellement</i>	1	2	3	4	N/A
<i>contrôle de l'infection de TB dans les structures de traitement et de soins liés au VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la thérapie préventive de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>dépistage de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3	4	N/A
	1	2	3	4	N/A
<i>traitement des infections communes liées au VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>autre [préciser] :</i>	1	2	3	4	N/A

2. Est-ce que le gouvernement a une politique ou une stratégie en place pour fournir un soutien économique et social aux personnes infectées/affectées par le VIH ?

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

Merci de clarifier quel soutien économique et social est fourni :

APPUI PSYCHOSOCIAL

3. Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour développer / utiliser des médicaments génériques ou importer parallèlement des médicaments pour le VIH ?

Oui	Non	N/A
-----	-----	-----

- 4. Est-ce que le pays a accès aux mécanismes d'achats et d'approvisionnement régionaux pour les produits fondamentaux tels que les médicaments pour la thérapie antirétrovirale, les préservatifs et les médicaments de substitution ?**

Oui	Non	N/A
-----	-----	-----

SI OUI, pour quels produits ?

- 5. 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 2011 ?**

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Introduction des médicaments ARV de deuxième et troisième ligne
 Le seuil d'éligibilité au ARV est passé de CD4<200 à CD4<350
 Introduction de la méthadone
 Mise en œuvre et élargissement du programme d'appui psychosocial
 Augmentation de la couverture des personnes ayant besoin d'ARV à 40% (CD4<350)
 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

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

5.1 Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour satisfaire les besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	N/A
-----	-----	-----

5.2 SI OUI, existe-t-il, dans le pays, une définition opérationnelle des orphelins et des enfants vulnérables ?

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

5.3 SI OUI, est-ce que le pays a un plan national d'action spécifique pour les orphelins et les enfants vulnérables ?

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

5.4 SI OUI, est-ce que le pays dispose d'une estimation du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui sont touchés par les interventions qui existent actuellement ?

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

5.5 SI OUI, quel pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables est touché ?

%

6. 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 satisfaire les besoins liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables, en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Le nouveau plan 2012/2016 a inclus les interventions visant les enfants infectés et affectés ainsi que les enfants vulnérables.

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

--

VI. SUIVI ET ÉVALUATION

1. Est-ce que le pays dispose d'un plan national de Suivi et d'Évaluation (S&E) pour le VIH ?

Oui	en cours	Non
-----	----------	----------------

Décrire brièvement les difficultés rencontrées pour en développer ou en mettre un en œuvre :

Dans le cadre du PSN 2007-2011 un plan de Suivi et Évaluation de la riposte nationale au VIH/sida a été mis en place. Mettre à disposition des acteurs au niveau national et au niveau des régions des données pour analyser la situation épidémiologique, suivre les programmes de prévention et de prise en charge et évaluer les résultats des activités menées sur le terrain.

1.1. SI OUI, années couvertes [préciser]

2007 /2011

1.2. SI OUI, est-ce que les partenaires clés ont aligné et harmonisé leurs exigences de S&E (y compris les indicateurs) avec le plan national de S&E ?

Oui, certains
partenaires

Décrire brièvement quels sont les problèmes rencontrés :

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. Est-ce que le plan national de Suivi et d'Évaluation inclut ?

	Oui	Non
<i>Une stratégie pour recueillir les données</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, est-ce qu'elle concerne :</i>		
<i>les enquêtes comportementales</i>	Oui	Non
<i>des études des évaluations / des recherches menées</i>	Oui	Non
<i>la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments</i>	Oui	Non
<i>la surveillance du VIH</i>	Oui	Non
<i>un suivi de routine du programme</i>	Oui	Non

<i>Une stratégie pour analyser les données</i>	Oui	Non
<i>Une stratégie de diffusion et d'utilisation des données</i>	Oui	Non
<i>Un ensemble d'indicateurs standardisés et bien définis incluant la répartition du sexe et de l'âge (le cas échéant)</i>	Oui	Non
<i>Indications sur les outils pour recueillir les données</i>	Oui	Non

3. Existe-t-il un budget pour mettre en œuvre le plan de S&E ?

Oui	en cours	Non
-----	----------	----------------

3.1. SI OUI, quel pourcentage du financement total du programme relatif au VIH a été budgété pour les activités de S&E ?

10%

4. Existe-t-il une Unité nationale fonctionnelle de S&E ?

Oui	en cours	Non
----------------	----------	----------------

Décrire brièvement tous les obstacles :
Manque de ressources humaines

4.1. Où est basée l'unité nationale pour le S&E ?

<i>Au Ministère de la santé ?</i>	Oui	Non
<i>Dans la Commission nationale pour la lutte contre le VIH (ou équivalent) ?</i>	Oui	Non
<i>Ailleurs [précisez] ?</i>	Oui	Non

4.2. Combien et quel type de personnel professionnel travaillent au sein de l'Unité nationale pour le S&E ?

STATUT [préciser le titre de la fonction dans les espaces réservés ci-dessous]	Temps plein	Temps partiel	Depuis quand ?
<i>Personnel permanent [Ajouter autant de lignes que cela est nécessaire]</i>			
Médecin		X	2011
Ingénieur informaticienne	X		2011
Statisticienne	X		2010

4.3. *Est-ce que des mécanismes sont en place pour veiller à ce que tous les partenaires clés soumettent leurs données / rapports relatifs au S&E à l'Unité pour le S&E afin de les inclure dans le système national de S&E ?*

Oui

Non

Décrire brièvement les mécanismes de partage de 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'atelier national ou régional, notamment à l'occasion de la préparation du rapport national sur le sida.

Quelles sont les principales difficultés dans ce domaine ?

Une grande partie des données échappent au suivi des activités du PNS par le PNLS, notamment ceux qui sont financés dans le cadre d'appui autre que celui du Fonds Mondial ou le Système des Nations Unies.

5. Existe-t-il un Comité national ou un Groupe de travail pour le S&E qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de S&E ?

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

6. Existe-t-il une base de données nationale centrale contenant des données relatives au VIH ?

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

SI OUI, décrire brièvement la base de données nationale et qui la gère :
Les données sont centralisées au niveau du PNLIS en utilisant plusieurs outils et bases de données. Il est prévu de Concevoir et mettre en place une base de données nationale centralisée.

6.1. SI OUI, est-ce qu'elle inclut des informations concernant le contenu, les populations clés et la couverture géographique des services liés au VIH ainsi que sur les organisations qui les mettent en œuvre ?

Oui, toutes celles qui figurent ci-dessus	Oui, mais seulement certaines parmi celles qui figurent ci-dessus	Non, aucune de celles qui figurent ci-dessus
-------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

SI OUI, mais seulement certaines parmi celles qui figurent ci-dessus, quels aspects incluent-elles ?
PS, HSH, UDI, Migrants, Ouvrières,

6.2. Existe-t-il un Système d'information pour la santé fonctionnel¹⁰ ?

	Oui	Non
<i>Au niveau national</i>	Oui	Non
<i>Au niveau sous-national</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, à quel(s) niveau(x) ? [préciser]</i>		

7. Est-ce que le pays publie un rapport de S&E sur le VIH, incluant des données sur la surveillance du VIH, au moins une fois par an ?

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

8. Comment les données du S&E sont-elles utilisées ?

<i>Pour améliorer le programme</i>	Oui	Non
<i>Pour développer / revoir la riposte nationale au VIH ?</i>	Oui	Non
<i>Pour attribuer des ressources ?</i>	Oui	Non
<i>Autre [préciser] :</i>	Oui	Non

Fournir brièvement des exemples spécifiques sur la manière avec laquelle les données du S&E sont utilisées, ainsi que, le cas échéant, les principales difficultés rencontrées :

Les données de S&E ont été utilisées dans le cadre de la revue du PSN 2007-2011
Notamment les études (MoT, NASA, RDS HSH, RDS PSF, RDS UDI), revue des programmes de prévention, la revue Des programmes de prise en charge etc.

L'élaboration de la proposition du Maroc eu Fonds Mondial Round 10.
Réorientation de l'allocation des ressources financières dans le cadre du PSN 2012-2016,
Le renferment des programmes de préventions auprès des MARPS
L'élargissement du programme pTME
Décentralisation de la prise en charge des PVVIH

9. L'année dernière, est-ce qu'une formation sur le S&E a été réalisée ?

<i>Au niveau national ?</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, combien de personnes ont été formées ? Environ 60 personnes (études RDS PSF)</i>		
<i>Au niveau sous-national ?</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, combien de personnes ont été formées ? Environ 60 Personnes (étude RDS PSF), Trigulation des données (30 personnes environ)</i>		
<i>Au niveau de la prestation de services, société civile incluse ?</i>	Oui	Non
<i>SI OUI, combien ?</i>		

9.1. Est-ce que d'autres activités de renforcement des capacités en S&E ont été réalisées, autres que la formation ?

Oui

Non

SI OUI, décrire quel type d'activités

--

10. En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous le suivi et l'évaluation (S&E) liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Renforcement des capacités en matière des études RDS, MoT

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

ENGAGEMENTS NATIONAUX ET MOYENS D'ACTION (NCPI)

PARTIE B

[devant être complétée par des représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des organisations des Nations Unies]

I. PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE*

- 1. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») la société civile a-t-elle contribué à renforcer l'engagement politique des grands dirigeants et la formulation de politiques / stratégies nationales ?**

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- Participation effective des ONGs dans l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre l'infection à VIH

- 2. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») les représentants de la société civile ont-ils participé aux processus de planification et de budgétisation pour le Plan stratégique national pour la lutte contre le VIH ou pour le plan relatif aux activités les plus courantes (par ex., assister aux réunions de planification et examen des ébauches) ?**

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

- Présence au CCM, aux différents ateliers du FMLSTP et coopérations bilatérales...

3. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») les services fournis par la société civile dans les domaines de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH sont-ils inclus dans :

a. La stratégie nationale pour la lutte contre le VIH ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

b. Le budget national consacré à la lutte contre le VIH ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

c. Les rapports nationaux relatifs au VIH ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

4. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») la société civile est-elle incluse dans le suivi et l'évaluation (S&E) de la riposte au VIH ?

a. Dans le développement du plan national de S&E ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

b. Dans la participation au comité / groupe de travail national du S&E chargé de coordonner les activités de S&E ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

c. Pour participer à l'utilisation des données pour la prise de décisions ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :					

5. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») est ce que la représentation du secteur de la société civile dans les efforts liés au VIH est-elle incluse dans les diverses organisations (par ex., organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH, de professionnel(le)s du sexe, et d'organisations basées sur la foi) ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :					

6. Dans quelle mesure (sur une échelle de 0 à 5 où 0 est « faible » et 5 est « élevé ») la société civile peut-elle accéder à :

a. Un soutien financier adéquat pour mettre en œuvre ses activités liées au VIH ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

b. Un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités liées au VIH ?

FAIBLE					ÉLEVÉ
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

<ul style="list-style-type: none"> La crise financière a répercuté sur les enveloppes budgétaires dédiées aux ONG

7. Quel pourcentage de programmes/services liés au VIH suivants est estimé être fourni par la société civile ?

<i>Prévention pour les populations clés</i>				
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Personnes transgenre</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Dépistage et conseils</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Services cliniques (ART/IO)*</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Soins à domicile</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Programmes pour OEV**</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%

*ART = Thérapie antirétrovirale ; IO = Infections opportunistes

**OEV = Orphelins et autres enfants vulnérables

8. 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 accroître la participation de la société civile en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

II. SOUTIEN POLITIQUE ET LEADERSHIP

- 1.** Est-ce que le gouvernement, grâce à un soutien politique et financier, a impliqué des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et/ou d'autres sous-populations vulnérables dans la conception et la mise en œuvre de politiques gouvernementales liées au VIH ?

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

SI OUI, décrire quelques exemples de quand et de comment cela a été réalisé :

- Participation effective dans l'élaboration de la politique gouvernementale.

III. DROITS DE L'HOMME

- 1.1.** Est-ce que le pays a des lois ou des règlements contre la discrimination qui mettent l'accent sur la protection des populations clés spécifiques et des autres sous-populations vulnérables ? Entourer oui si la directive précise certaines des populations clés :

POPULATIONS CLÉS et SOUS-POPULATIONS VULNÉRABLES		
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Migrants / populations mobiles</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Personnes ayant des handicaps</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Personnes incarcérées</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Personnes transgenre</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Femmes et filles</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Autres sous-populations vulnérables spécifiques¹¹ [préciser]:</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2. Est-ce que le pays a une loi générale (par ex., pas spécifique à la discrimination liée au VIH) contre la discrimination ?

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

SI OUI aux questions 1.1 ou 1.2, décrire brièvement le contenu de ces lois :

--

Expliquer brièvement quels mécanismes sont en place pour garantir que ces lois sont mises en œuvre :

--

Commenter brièvement le degré auquel ils sont actuellement mis en œuvre :

--

2. Est-ce qu'il existe, dans le pays, des lois, des règlements ou des politiques qui constituent des obstacles¹² à l'efficacité des services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH pour les populations clés et les autres sous-populations vulnérables ?

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

2.1. *SI OUI, pour quelles sous-populations ?*

POPULATIONS CLÉS et SOUS-POPULATIONS VULNÉRABLES		
<i>Personnes vivant avec le VIH</i>	Oui	Non
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	Oui	Non
<i>Migrants / populations mobiles</i>	Oui	Non
<i>Orphelins et autres enfants vulnérables</i>	Oui	Non
<i>Personnes ayant des handicaps</i>	Oui	Non
<i>Consommateurs de drogues injectables</i>	Oui	Non
<i>Personnes incarcérées</i>	Oui	Non
<i>Professionnel(le)s du sexe</i>	Oui	Non
<i>Personnes transgenre</i>	Oui	Non
<i>Femmes et filles</i>	Oui	Non
<i>Jeunes femmes / jeunes hommes</i>	Oui	Non
<i>Autres populations vulnérables spécifiques¹³ [préciser] :</i>	Oui	Non

Décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou directives :

Commenter brièvement comment ils posent des barrières :

3. **Existe-t-il, dans le pays, une politique, une loi ou un règlement pour réduire la violence contre les femmes, ce qui inclut par exemple, les victimes d'agressions sexuelles ou les femmes vivant avec le VIH ?**

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

Décrire brièvement le contenu de la directive, de la loi ou du règlement ainsi que les populations incluses.	

4. Est-ce que la promotion et la protection des droits de l'homme sont explicitement mentionnées dans une politique ou une stratégie liée au VIH ?	Oui	Non
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	------------

SI OUI, décrire brièvement comment les droits de l'homme sont mentionnés dans cette politique ou cette stratégie liée au VIH :

--

5. Existe-t-il un mécanisme pour enregistrer, documenter et lutter contre les cas de discrimination rencontrés par les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres populations vulnérables ?	Oui	Non
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	------------

SI OUI, décrire brièvement ce mécanisme :

<p>Mécanisme national pour ces droits</p>

- 6.** Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour que les services suivants soient gratuits ? Indiquer si ces services sont fournis gratuitement à tous, à certaines personnes ou à aucune personne (entourer « oui » ou « non », la où cela est applicable).

	Fourni gratuitement à tous dans le pays		Fourni gratuitement à certaines personnes dans le pays		Fourni mais seulement à un certain prix	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<i>Traitement antirétroviral</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<i>Services de prévention du VIH¹⁴</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<i>Interventions de soins et d'accompagnement liés au VIH</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Le cas échéant, quelles populations ont été identifiées comme prioritaires, et pour quels services ?

--

- 7.** Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour garantir un accès équitable pour les femmes et pour les hommes aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

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

- 7.1.** En particulier, est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour garantir l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH pour les femmes en dehors de la grossesse et de l'accouchement ?

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

- 8.** Est-ce que le pays a une politique ou une stratégie pour garantir un accès équitable pour les populations clés et/ou les autres sous-populations vulnérables aux services de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

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

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette politique / stratégie ainsi que les populations incluses :

Programmes pour les PS, HSH, UDI, routiers, ouvrières, migrants

8.1. SI OUI, est-ce que cette politique / stratégie inclut différents types d'approches pour garantir un accès équitable aux différentes populations clés et/ou aux autres sous-populations vulnérables ?

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

SI OUI, expliquer brièvement les différents types d'approches pour garantir un accès équitable aux différentes populations :

IEC, EP, interventions de proximité, appui social, accès aux services de PEC, médiation sociale...

9. Existe-t-il, dans le pays, une directive ou une loi interdisant le dépistage du VIH pour des questions relatives à l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, cessation) ?

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

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette directive ou loi :

10. Est-ce que le pays a les mécanismes pour suivre et appliquer les droits de l'homme suivants ?

a. *Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de l'homme, ce qui inclut des commissions pour les droits de l'homme, des commissions de réformes juridiques, des observateurs, et des médiateurs qui traitent les questions liées au VIH au sein de leur travail*

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

b. *Indicateurs ou repères de performance permettant de vérifier la conformité avec les droits de l'homme standards dans le contexte des efforts liés au VIH*

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

SI OUI à l'une des questions ci-dessus, décrire quelques exemples :

--

11. Au cours des 2 dernières années, est-ce que les formations ou les activités de renforcement des capacités ont eu lieu :

a. Programmes pour éduquer et accroître la sensibilisation chez les personnes vivant avec le VIH et les populations clés concernant leurs droits (dans le contexte du VIH)¹⁵ ?

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

b. Programmes pour les membres du système judiciaire et d'application des lois¹⁶ sur le VIH et les questions de droits de l'homme qui peuvent surgir dans le contexte de leur travail ?

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

12. Est-ce que les services d'assistance juridique suivants sont disponibles dans le pays ?

a. Systèmes d'aide juridique pour l'assistance sociale liée au VIH

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

b. Entreprises juridiques du système privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit pour les personnes vivant avec le VIH

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

13. Est-ce que des programmes sont en place pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ?

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

SI OUI, quels types de programmes ?		
<i>Programmes pour le personnel de santé</i>	Oui	Non
<i>Programmes pour les médias</i>	Oui	Non
<i>Programmes sur le lieu de travail</i>	Oui	Non
<i>Autre [préciser] :</i>	Oui	Non

- 14.** En général, sur une échelle allant de 0 à 10 (où 0 est « Très faible » et 10 est « Excellent »), comment évalueriez-vous les directives, lois et règlements qui existent pour promouvoir et protéger les droits de l'homme liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

- 15** 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 mettre en œuvre les directives, lois et règlements liés au VIH en 2011 ? Pas de lois

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

IV. PRÉVENTION

1. Est-ce que le pays a identifié les besoins spécifiques relatifs aux programmes de prévention du VIH ?

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

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

SI NON, comment les programmes de prévention du VIH sont-ils élaborés ?

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

Composante de la prévention du VIH	La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) :				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	N/A
<i>la sécurité transfusionnelle</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la promotion du préservatif</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prévention du VIH sur le lieu de travail</i>	1	2	3	4	N/A
<i>dépistage du VIH et conseils</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'IEC¹⁷ sur la réduction des risques</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'IEC sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prévention pour les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>services liés à la reproduction sexuelle,</i>	1	2	3	4	N/A

<i>notamment la prévention et le traitement des infections transmises sexuellement</i>					
<i>la réduction des risques pour les partenaires intimes chez les populations clés</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes la</i>	1	2	3	4	N/A
<i>réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe</i>	1	2	3	4	N/A
<i>pour les jeunes, l'éducation sur le VIH dans les écoles</i>	1	2	3	4	N/A
<i>précautions universelles dans les contextes de soins sanitaires</i>	1	2	3	4	N/A
<i>Autre [préciser] :</i>	1	2	3	4	N/A

2. 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 mettre en œuvre les programmes de prévention du VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

V. TRAITEMENT, SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

1. Est-ce que le pays a identifié les éléments essentiels pour un ensemble complet de services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

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

SI OUI, identifier brièvement ces éléments et les priorités ayant été accordées :
Identifier brièvement comment sont élaborés les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ?

1.1. Dans quelle mesure est-ce que les services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH ont été mis en œuvre ?

Services de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH	La majorité des personnes dans le besoin ont accès à/au(x) :				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	N/A
<i>la thérapie antirétrovirale (ART)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'ART pour les patients ayant la tuberculose (TB)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prophylaxie par le cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>diagnostic infantile précoce</i>	1	2	3	4	N/A
<i>services de soins et d'accompagnement liés au VIH sur le lieu de travail (notamment des arrangements pour travailler de manière alternée)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>dépistage du VIH et conseils pour les personnes vivant avec la TB</i>	1	2	3	4	N/A
<i>services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour le traitement à travers le lieu de travail</i>	1	2	3	4	N/A
<i>soins nutritionnels</i>	1	2	3	4	N/A
<i>traitement pédiatrique du sida</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'ART pour les femmes après l'accouchement</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition</i>	1	2	3	4	N/A

<i>non professionnelle (par ex., agression sexuelle)</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la prophylaxie post-exposition pour exposition professionnelle au VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>l'accompagnement psychologique pour les personnes vivant avec le VIH et leurs familles</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la gestion de l'infection transmise sexuellement</i>	1	2	3	4	N/A
<i>le contrôle de l'infection de TB dans les structures de traitement et de soins liés au VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>la thérapie préventive de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>le dépistage de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>le traitement des infections communes liées au VIH</i>	1	2	3	4	N/A
<i>autre [préciser] :</i>	1	2	3	4	N/A

1.2. *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 mettre en œuvre des programmes de prévention, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 ?*

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :
Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

2. **Existe-t-il, dans le pays, une politique ou une stratégie pour satisfaire les besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables?**

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

2.1. *SI OUI, existe-t-il, dans le pays, une définition opérationnelle des orphelins et des enfants vulnérables ?*

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

2.2. *SI OUI, est-ce que le pays a un plan national d'action spécifique pour les orphelins et les enfants vulnérables ?*

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

2.3. *SI OUI, est-ce que le pays dispose d'une estimation du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui sont touchés par les interventions qui existent actuellement ?*

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

2.4. *SI OUI, quel pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables est touché ?*

	%
--	---

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 mettre en œuvre les programmes de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH en 2011 ?

Très faible										Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depuis 2009, quelles ont été les réalisations clés dans ce domaine :

--

Quelles difficultés demeurent dans ce domaine ?

--