



ROYAUME DU MAROC

**MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION
D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/sida**

Rapport national 2010

Période considérée :

Janvier 2008-décembre 2009



ROYAUME DU MAROC

**MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT 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	7
II.2. Situation actuelle de l'épidémie	8
II.3. Riposte au plan politique et programmatique	9
II.4. Récapitulatif des indicateurs de l'UNGASS	11
III. Aperçu de l'épidémie de sida	14
III.1 Séroprévalence du VIH	14
III.2 Analyse des cas de VIH/sida notifiés	16
III.3 Analyse des cas d'IST notifiés	18
III.4 Estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH	19
IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida	19
IV.1. Implication au plus haut niveau	20
IV.2. Prévention	25
IV.3. Soins traitement et appui	35
IV.4. VIH/sida et droits de l'homme	42
IV.5. Protection des personnes vulnérables	45
IV.6. Ressources	49
V. Meilleures pratiques	53
VI. Principaux obstacles et mesures correctives	63
VI.1. Progrès dans les mesures correctives aux obstacles identifiés dans le rapport 2005	63
VI.2. Obstacles à la riposte nationale	65
VI.3. Mesures correctives concrètes prévues pour réaliser les objectifs de l'UNGASS	67
VII. Soutien des partenaires au développement	69
VII.1. Soutien reçu des partenaires au développement	69
VII.2. Actions à entreprendre par les partenaires au développement	71
VIII. Suivi et évaluation	72
Liste des références et sources de données	74
ANNEXES	75
Annexe 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport	76
Annexe 2 : Grille nationale de financement – 2010	78
Annexe 3 : Questionnaires A et B de l'Indice composite des politiques nationales	80
Annexe 4 : Indicateurs UNGASS 2010	118

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Tendence de la prévalence du VIH chez la femme enceinte (%). Surveillance sentinelle du VIH. Maroc
- Graphique 2 : Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe (%). National et SMD. 2001/2009
- Graphique 3 : Prévalence du VIH chez les prisonniers (%). 2001-2009
- Graphique 4 : Tendence de la prévalence du VIH chez les porteurs d'IST et les tuberculeux. 2003 - 2009
- Graphique 5 : Evolution des cas VIH/sida selon les périodes. Maroc, 1986-2009
- Graphique 6 : Répartition des cas VIH/sida selon le sexe (%), Maroc, 1986-2009
- Graphique 7 : Cas notifiés de VIH/sida selon les tranches d'âge. Maroc 2005-2009
- Graphique 8 : Cas notifiés de VIH/sida selon le mode de transmission. Maroc
- Graphique 9 : Evolution des cas d'écoulements urétraux et ulcérations génitales notifiés. Maroc, 2003- 2008
- Graphique 10 : Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH. Maroc, 2003-2009
- Graphique 11 : Nombre de jeune et femmes de 15 à 24 sensibilisés en matière de IST/VIH/sida. Maroc, 2004-2009
- Graphique 12 : Indicateurs relatifs aux connaissances des jeunes de 15-24 ans. Maroc, 2007
- Graphique 13 : Indicateurs relatifs à l'accès aux services et aux comportements des jeunes de 15-24 ans. Maroc, 2007
- Graphique 14 : Nombre de personnes parmi les populations exposées ayant bénéficié de programmes de prévention
- Graphique 15 : Indicateurs relatifs aux connaissances des professionnelles du sexe. Maroc, 2007
- Graphique 16 : Indicateurs relatifs à l'accès aux services et aux comportements des professionnelles du sexe. Maroc, 2007
- Graphique 17 : Pourcentage des professionnelles du sexe qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec le dernier client. Maroc, 2003-2007
- Graphique 18 : Préservatifs acquis par le ministère de la Santé distribuée aux partenaires pour la prévention des IST et VIH. Maroc, 2004-2009
- Graphique 19 : Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH. Maroc, 2001-2009
- Graphique 20 : Répartition des tests selon les populations. Années 2008-2009
- Graphique 21 : Evolution du coût mensuel de traitement ARV par patient (dollars US) - Maroc, 2001-2008
- Graphique 22 : Répartition du nombre de PVVIH pris en charge au niveau des CHU (Casablanca et Rabat) et des Centres référents. 2009
- Graphique 23 : Evolution du nombre de PVVIH pris en charge. Maroc, 2003-2009
- Graphique 24 : Répartition des Personnes sous ARV, Adultes- enfants. Maroc 2009
- Graphique 25 : Répartition des Personnes sous ARV selon le sexe. Maroc 2009
- Graphique 26 : Estimation de la couverture des personnes vivant avec le VIH qui nécessitent un traitement ARV. Maroc, 2003-2009
- Graphique 27 : Estimation de la couverture par la pTME des femmes enceintes séropositives. Maroc, 2007-2009
- Graphique 28 : Evolution des dépenses en matière de lutte contre le sida. (Millions US\$). Maroc 2001-2009
- Graphique 29 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida. Selon les sources de financement. Maroc, 2007-2008
- Graphique 30 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida, hors salaires et autres contributions. Selon les sources de financement. Maroc, 2007-2008
- Graphique 31 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida. Selon les domaines. Maroc, 2007-2008
- Graphique 32 : Répartition des dépenses consacrées à la prévention. Selon les populations bénéficiaires. Maroc, 2007-2008

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Prévalence du VIH par groupe de la population (%) selon les données de la surveillance sentinelle - Maroc, 2004-2009
- Tableau 2 : Evolution du nombre de personnes parmi les populations exposées au risque ayant bénéficié de programmes de prévention
- Tableau 3 : Estimation de la couverture par les ARV selon la modélisation Spectrum. 2009
- Tableau 4 : Répartition des dépenses relatives à la lutte contre le sida par sources et domaines d'action. Maroc, 2007-2008
- Tableau 5 : Appui du système des Nations Unies, période 2007-2009
- Tableau 6 : Appui du Fonds mondial à la riposte nationale au sida, période 2007-2009
- Tableau 7 : Appui du système des agences de coopération bilatérale, période 2007-2009

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 la Santé
ESTHER	: Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau
FM	: Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
HSH	: 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	: Evaluation 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

Les pouvoirs publics marocains ont toujours fait preuve d'une grande détermination à engager tous les moyens nécessaires dans la riposte nationale contre le sida, afin d'atteindre les objectifs fixés dans le plan stratégique national 2007/2011. Ces objectifs qui visent à assurer un accès universel à des services de prévention, de soins et d'appui de qualité en matière de VIH/sida, s'inscrivent pleinement dans le cadre de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS) et par delà des ODM.

Bénéficiant d'une implication au plus haut niveau de l'Etat, la riposte nationale au sida est marquée par une forte maturité et par l'élargissement progressif des acteurs impliqués, qu'ils relèvent des secteurs gouvernementaux ou du secteur associatif. Appuyée par les partenaires au développement, le Fonds Mondial, l'ONUSIDA, les agences des Nations Unies et la coopération bilatérale, l'expertise s'est fortement développée au regard des problèmes et enjeux qui surgissent avec la mise en œuvre des programmes. Ainsi, certaines réalités se sont vues mieux documentées et plusieurs termes notamment stigmatisation, discrimination, vulnérabilité et diversité sont devenus plus familiers et pleins de sens concrets liés à des réalités palpables. La riposte nationale est aussi caractérisée par une prise de conscience et un sens remarquable des responsabilités de la part de tous les acteurs et par une implication de plus en plus effective des personnes vivant avec le VIH.

Cependant, et malgré les progrès importants enregistrés dans la lutte contre le sida au Maroc, la vigilance reste de mise et la détermination à toujours mieux faire continue à guider l'ensemble des démarches du gouvernement et de la société civile. A cet effet, la préparation du rapport national pour l'UNGASS coïncide avec la revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le sida qui permettra d'examiner les progrès dans l'accès universel et de donner une impulsion supplémentaire à la riposte au sida au Maroc.

Le présent rapport de situation nationale présente un résumé des réalisations du Royaume du Maroc dans la mise en œuvre de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée lors de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/ sida (UNGASS) en juin 2001. Faisant suite aux précédents rapports à l'intention de l'UNGASS élaborés en 2003, 2005 et 2007, le rapport met en évidence les progrès enregistrés dans la riposte nationale au sida au cours des deux dernières années 2008-2009, 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 principaux domaines retenus dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. 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 l'UNGASS. L'annexe du rapport comprend les questionnaires relatifs à la politique nationale, ainsi qu'une synthèse des indicateurs relatifs aux comportements et à l'impact.

II. APERÇU DE LA SITUATION

II.1. PARTICIPATION DES PARTENAIRES AU PROCESSUS D'ELABORATION 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 privés et des agences des Nations Unies et de coopération multilatérale et bilatérale.

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 19 partenaires dont 5 ONG thématiques, 3 ONG non thématiques, 5 secteurs gouvernementaux, 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 9 mars 2010, 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

II.2. SITUATION ACTUELLE DE L'ÉPIDÉMIE

La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes reste faible avec une quasi-stabilité depuis l'année 2000, cependant les données au cours des dernières années, confirment la tendance à la concentration parmi les groupes les plus exposés au risque d'infection dans certaines régions du Maroc. Ainsi la prévalence du VIH (tous sites confondus) chez les professionnelles du sexe montre des chiffres notablement élevés (2% à 3%) mais relativement stables depuis l'année 2001. La présence d'une épidémie VIH concentrée parmi les professionnelles du sexe (PS) au niveau de la région de Sous Massa Draa est clairement établie avec des prévalences supérieures à 5% depuis plusieurs années.

L'analyse de l'évolution dans le temps du nombre de cas de VIH/sida notifiés, montre une augmentation progressive à partir de l'année 2005. L'augmentation du nombre de cas notifiés 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 2005 à 2009, la région de Sous Massa Draa a regroupé près de 25% des cas notifiés talonnée de près par la région de Marrakech Tensift Al Haouz avec 21,3% des cas. Ces deux régions englobent à elles seules 46,2% 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 47,9% au cours des cinq dernières années.

La transmission sexuelle est largement prédominante avec 92,3% des cas, dont 87% pour le mode hétérosexuel et 5,3% 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.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à près de 25.500 en 2009 et la prévalence du VIH dans la population à 0,11%.

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 et récemment les ministères de l'Emploi et 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 (2008-2009) des progrès significatifs ont été enregistrés par la riposte nationale au sida. Une nouvelle stratégie de communication sociale a vu le jour à la lumière de l'évaluation de la précédente datant de 2004. La couverture par les programmes de prévention auprès des jeunes et des femmes a connu une nette augmentation de par le nombre de personnes sensibilisées ou éduquées et la diversité des approches utilisées ou des partenaires impliqués. La couverture des populations les plus exposées au risque d'infection par les programmes de prévention a continué à progresser et le programme de réduction des risques auprès des UDI a acquis une expérience notable dans le site de Tanger. L'accès au conseil et test VIH volontaire a également enregistré des progrès significatifs.

Par ailleurs, les traitements ARV restent assurés pour les toutes personnes dépistées, et les efforts ont porté sur la mise à niveau des centres régionaux de la prise en charge notamment celui d'Agadir. Le programme d'appui psychosocial a démarré cette année incluant la médiation sociale et l'initiation de groupes d'auto-support. La stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes a démarré intégrant une composante VIH. Le programme pilote pTME impliquant les services de santé de base est en phase d'évaluation pour son extension à d'autres sites.

Par ailleurs, le CCM a continué sa restructuration pour une meilleure représentativité des partenaires avec un système d'élection des représentants de la société civile.

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.

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. Une revue à mi-parcours du PSN qui été initiée pour identifier les obstacles à l'accès universel et définir les cibles et stratégies pour les prochaines années.

II.4. RECAPITULATIF DES INDICATEURS DE L'UNGASS 2010

#	Indicateurs		
INDICATEURS DE L'ENGAGEMENT ET DES ACTIONS AU PLAN NATIONAL			
1	Dépenses consacrées à la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	2001 2003 2005 2006 2007 2008 2009	2 000 000 US\$ 5 230 000 US\$ 5 581 400 US\$ 6 950 000 US\$ 11 040 303 US\$ 13 643 597 US\$ 14 540 000 US\$
2	Indice composite des politiques nationales		Voir Annexe 2 Questionnaires A et B
INDICATEURS PROGRAMMATIQUES NATIONAUX			
3	Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	2007 2008 2009	100% 100% 100%
4	Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	2007 2008 2009	40% 48% 50%
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH	2007 2008 2009	12% 16% 22%
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	2007 2008 2009	19% 17% 22%
7	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans ayant subi un test de séropositivité au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2007	Hommes: 5,9% Femmes: 3,5% Total: 4,7%
8	Pourcentage, parmi les professionnelle du sexe ayant subi un test de séropositivité au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat Pourcentage, parmi les usagers de drogues injectables ayant subi un test de séropositivité au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2007 2005	51,2% 12,5%
9	Pourcentage, de professionnelle du sexe que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre	2007	48,6%
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge		ND
11	Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire		ND

INDICATEURS DES CONNAISSANCES ET DES COMPORTEMENTS			
12	Orphelins et autres enfants de 10 à 14 ans fréquentant actuellement l'école		ND
13	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans identifiant correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejetant les principales idées fausses concernant 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?	2007	66,5% 53,8% 65,9%
14	Pourcentage de professionnelles du sexe qui identifient correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses au sujet de 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?	2007	53,2% 73,4% 64,6%
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	2007	Hommes: 8,4% Femmes: 0,6% Total : 4,5%
16	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois	2007	Hommes: 36,5% Femmes: 2,0% Total : 19,3%
17	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel	2007	Hommes: 61,1% Femmes: 75,0% Total : 53,0%
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	2003 2007	37,5% 53,2%
19	Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire masculin		ND
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	2005	7,4%
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	2005	7,4%

INDICATEURS DE L'IMPACT			
22	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans infectés par le VIH	2007 2009	0,02% 0,06%
23	Pourcentage de personnes infectées par le VIH parmi :	2008 2009	
	Professionnelles du sexe	2008 2009	2,13% 2,38%
	Prisonniers	2008 2009	0,77% 0,43%
	Porteur d'IST	2008 2009	0,28% 0,32%
	Tuberculeux (TPM+)	2008 2009	0,42% 0,37%
	Femmes enceintes	2007 2009	0,08% 0,17%
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	2007 2008	92% 91%
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives et qui sont infectés par le VIH	2007 2008 2009	36% 35% 33%

ND : non disponible

INDICATEURS SUPPLEMENTAIRES DES PROGRAMMES

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de jeunes et femmes de 15 à 24 ans sensibilisés	100364	246087	435000	602000	754000	1046462
Nombre de personnes parmi les populations exposées au risque ayant bénéficié de programmes de prévention		50822	74532	80040	111917	142988
Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH	8000	9828	22478	35458	42256	45076
Nombre de préservatifs (en millions) acquis et distribuée aux partenaires pour la prévention du VIH	2,3	2,8	3,7	4,2	7,7	8,6
Nombre personnes vivant avec le VIH prise en charge par les ARV	884	1120	1370	1648	2207	2647
Nombre de femmes enceintes séropositives couvertes par la pTME				42	60	90

III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Le Maroc dispose d'un système de surveillance épidémiologique des IST et de l'infection par le VIH/sida basé sur quatre composantes à savoir la surveillance sentinelle du VIH, la déclaration des cas d'infections par le VIH/sida, la notification des cas d'IST, les études transversales. Des bases de données sur les cas notifiés sont centralisées au niveau des Observatoires régionaux de santé (ORS) et du programme National de lutte contre le sida (PNLS) du ministère de la Santé.

III.1 SEROPREVALENCE DU VIH

Le système de surveillance sentinelle, mis en place en 1993, a été progressivement étendu pour atteindre 30 sites et 20 groupes en 2009. En plus des femmes enceintes, des porteurs d'IST et des tuberculeux, les populations les plus exposées au risque d'infection (professionnels du sexe, détenus, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) et les populations passerelles (détenus, routiers, marins, ouvrières, etc.) ont été intégrés depuis l'année 2001.

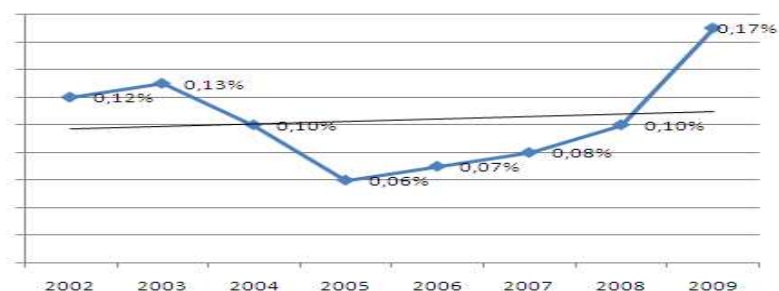
Le tableau n°1, récapitule les données de la surveillance sentinelle du VIH au cours de la période 2004 à 2009.

Tableau 1: Prévalence du VIH par groupe de la population (%)
selon les données de la surveillance sentinelle - Maroc, 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Femmes enceintes	0,10	0,06	-	0,08	-	0,17
Prisonniers	0,61	0,61	0,53	0,54	0,77	0,43
Professionnelles du sexe	1,95	2,20	-	2,71	2,13	2,38
Ouvrières occasionnelles	0,32	0,72	0,75	3,28	1,04	1,04
Porteurs d'IST	0,34	0,26	0,19	0,54	0,28	0,32
Tuberculeux TPM+	0,34	0,39	0,76	0,40	0,42	0,37

La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes reste faible avec une quasi-stabilité depuis l'année 2000 (graphique 1).

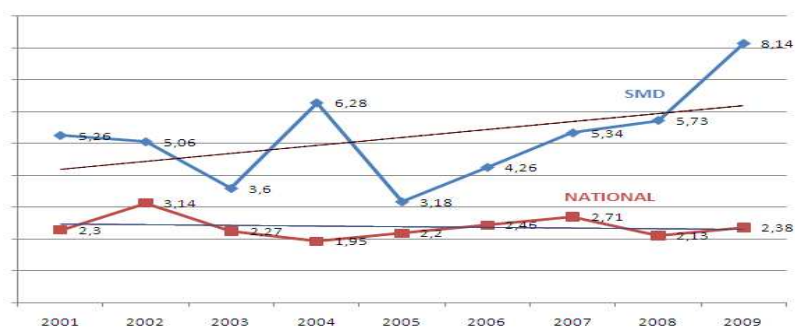
**Graphique 1: Tendence de la prévalence du VIH chez la femme enceinte (%).
Surveillance sentinelle du VIH. Maroc, 2002 - 2009**



Les données de la surveillance sentinelle du VIH au cours des dernières années, confirment la tendance à la concentration parmi les groupes les plus exposés au risque d'infection dans certaines régions du Maroc.

La prévalence du VIH (tous sites confondus) chez les professionnelles du sexe montre des chiffres plus élevés (2% à 3%) mais qui marquent une stabilité depuis l'année 2001. La présence d'une épidémie VIH concentrée parmi les professionnelles du sexe (PS) au niveau de la région de Sous Massa Draa (site d'Agadir) est maintenant clairement établie avec des prévalences supérieures à 5% depuis plusieurs années (Graphique 2).

Graphique 2: Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe (%). National et SMD. 2001/2009

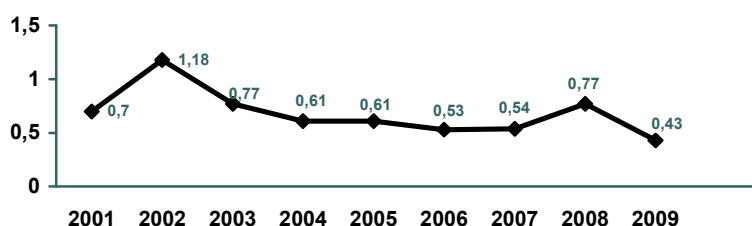


Des prévalences de 4,4% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et 1,6% chez les Usagers de drogues injectables (UDI) ont été relevées en 2008. Une étude réalisée en 2009, a donné une évidence claire sur la prévalence élevée chez les UDI dans le site de Nador.

Il est à noter aussi que des prévalences élevées ont aussi été retrouvées parmi les ouvrières saisonnières avec 1% en 2008 et 2009. La grande majorité de l'échantillon des ouvrières dans le cadre de la surveillance sentinelle est recruté dans la région de SMD.

Pour les prisonniers de sexe masculin la prévalence varie entre 0,4% et 0,8% depuis 2001 (Graphique 3). La prévalence plus élevée (1,2%) notée une 2002, n'a pas été confirmée les années suivantes et serait un artéfact.

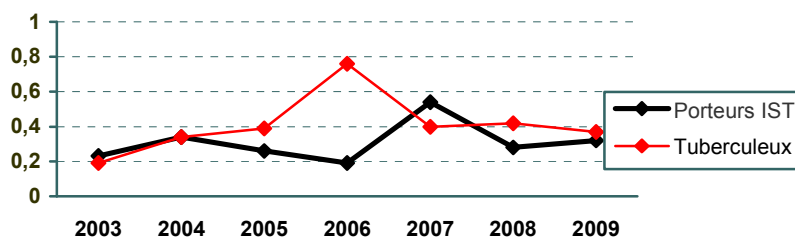
Graphique 3: Prévalence du VIH chez les prisonniers (%). 2001-2009



Concernant les porteurs d'IST, la prévalence reste faible en 2009 (0,32%) à l'instar des années précédentes (Graphique 4).

Le même constat de faible prévalence est noté chez les tuberculeux TPM+ dans le cadre de la surveillance sentinelle. Il est à noter que selon l'étude ⁽¹⁾ réalisée en 2008 dans 29 sites sur un échantillon de 1234 tuberculeux toutes formes confondues, la séroprévalence globale de la coïnfection TB-VIH était de 1,7%.

Graphique 4: Tendence de la prévalence du VIH chez la porteurs d'IST et les tuberculeux. Surveillance sentinelle du VIH (%). Maroc, 2003 - 2009



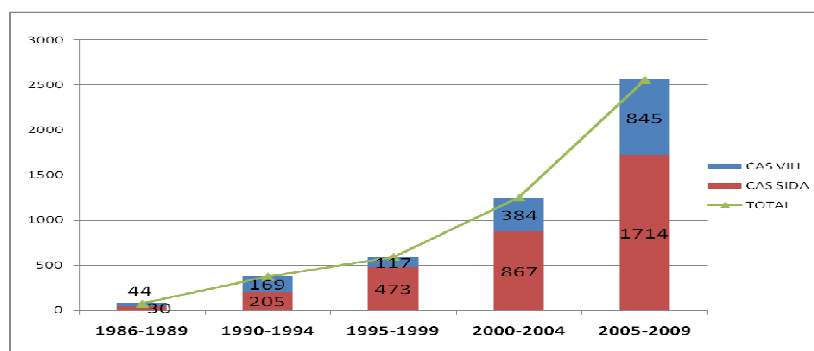
III.2 ANALYSE DES CAS DE VIH/SIDA NOTIFIES

Le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés entre les années 1986 et 2009, s'élève à 4972 dont 1545 cas VIH asymptomatiques et 3303 cas de sida (pour 124 cas le statut VIH ou sida n'a pas été précisé).

L'analyse de l'évolution dans le temps du nombre de cas de VIH/sida notifiés, montre une augmentation progressive avec une accélération à partir de l'année 2005 (Graphique 5). Près de 54% des cas de VIH et de sida ont été notifiés au cours de cinq dernières années (2005 à 2009). Cette augmentation du nombre de cas notifiés 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.

¹ Ministère de la santé. Séroprévalence de la coïnfection par la tuberculose et le VIH, Maroc. Service des Maladies respiratoires/DELM avec l'appui financier du fonds mondial, 2008.

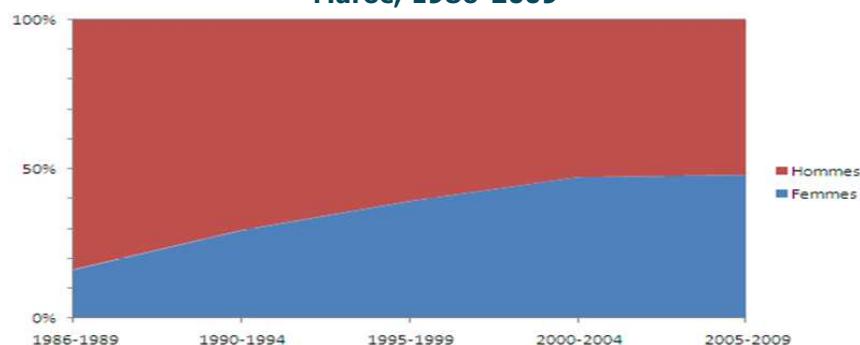
Graphique 5: Evolution des cas VIH/sida selon les périodes. Maroc, 1986-2009



La dynamique focale de l'épidémie continue à prévaloir et à se renforcer. Ainsi, au cours de la période 2005 à 2009, la région de Sous Massa Draa a regroupé près de 25% des cas notifiés talonnée de près par la région de Marrakech Tensift Al Haouz avec 21,3% des cas. Ces deux régions englobent à elles seules 46,2% 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.

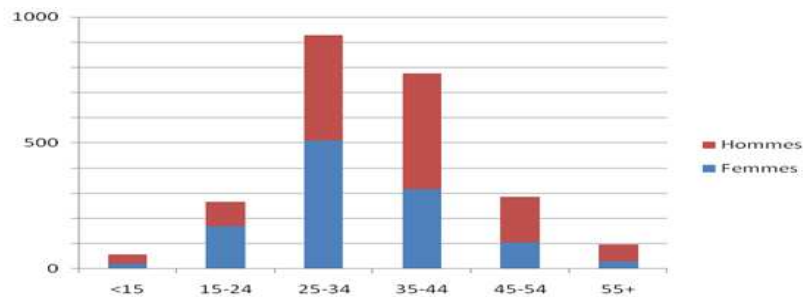
L'analyse des cas selon les périodes (graphique 6) montre une augmentation de la proportion des femmes qui a atteint 48% au cours des cinq dernières années (soit près de 1 cas notifié sur 2).

Graphique 6: Répartition des cas VIH/sida selon le sexe (%). Maroc, 1986-2009



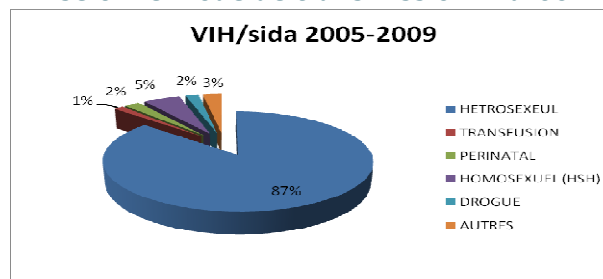
L'analyse des données par âge (Graphique 7) montre que les tranches les plus touchées sont celles des adultes jeunes de 25 à 44 ans qui représentent 70,5% des cas notifiés. Les enfants (moins de 15 ans) et les jeunes (15 à 24 ans) représentent respectivement 2,4% et 11% des cas.

Graphique 7: Cas notifiés de VIH/sida selon les tranches d'âge. Maroc 2005-2009



La transmission sexuelle est largement prédominante avec 92,3% des cas (Graphique 8), dont 87% pour le mode hétérosexuel et 5,3% 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.

Graphique 8: Cas notifiés de VIH/sida selon le mode de transmission. Maroc



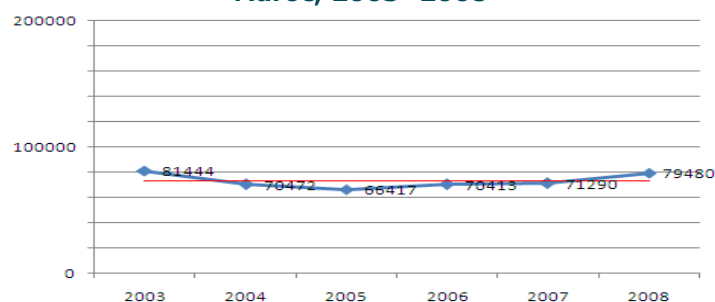
III.3 ANALYSE DES CAS D'IST NOTIFIES

Les IST figurent parmi les principales causes de consultation au niveau des Structures de Soins de Santé de Base (SSB), particulièrement chez les femmes. Plus de 350.000 nouveaux cas sont notifiés par année depuis 2001.

La répartition par syndrome montre que 77% des cas notifiés sont liés à des infections du tractus génital chez la femme, qui dans une proportion importante ne sont pas des IST.

Le nombre de cas d'écoulements urétraux et d'ulcérations génitales est resté relativement stable depuis l'année 2003, entre 70.000 et 80.000 cas annuellement. En 2008, le nombre d'écoulement urétraux notifiés chez des hommes était de 64.915 soit 15,3% des cas notifiés alors que celui des ulcérations génitales (chez les 2 sexes) était de 14.565 soit 3,5% des cas.

**Graphique 9: Evolution des cas d'écoulements urétraux et ulcérations génitales notifiés.
Maroc, 2003- 2008**



III.4 ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Les dernières estimations et projections relatives à l'épidémie VIH au Maroc, ont été effectuées par le Programme national de lutte contre les IST/sida avec l'appui de l'ONUSIDA et en collaboration avec un groupe de personnes ressources nationales.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH a été estimé à près de 25.500 en 2009 (21.000-29.000) et la prévalence du VIH dans la population à 0,11%.

**Graphique 10: Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH.
Maroc, 2003-2009**



IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

Cette section du rapport souligne les efforts déployés par le gouvernement du Royaume du Maroc et ses partenaires de la société civile dans la riposte à l'épidémie du VIH/sida.

Elle focalise l'attention sur les progrès réalisés au cours des années 2008-2009 en mettant en exergue les efforts déployés par rapport aux différents domaines de la Déclaration d'engagement sur 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 et détaillés dans son annexe.

IV.1. IMPLICATION AU PLUS HAUT NIVEAU

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Mettre en œuvre des stratégies multisectorielles et financer des plans qui combattent le silence, la dénégation, la stigmatisation et la discrimination, qui soient établis avec la participation de la société civile, des entreprises, des personnes vivant avec VIH/sida, des groupes vulnérables, des femmes et des jeunes, qui soient autant que possible financés par les budgets nationaux, qui défendent les droits de l'homme, l'égalité des sexes, qui tiennent compte de l'âge, du risque, de la vulnérabilité, qui assurent la promotion de la prévention, des soins, du traitement, de l'appui et de l'atténuation de l'impact de l'épidémie, et qui renforcent les capacités des systèmes de santé, d'éducation et juridiques.*
- *Intégrer les priorités que sont la prévention, les soins, le traitement, de l'appui et de l'atténuation de l'impact dans la planification du développement.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

Au plus haut niveau de l'Etat, **SA MAJESTE LE ROI MOHAMED VI** considère la lutte contre le VIH/sida comme un défi incontournable. Son 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 qu'il a effectuée aux malades pour s'enquérir des soins qui leur sont promulgués.

Par ailleurs 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.

La seconde édition du SIDACTION Maroc s'est tenue en décembre 2008 sous le **haut patronage de SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI**. Cette manifestation organisée par l'ALCS (Association Marocaine de lutte contre le sida) en partenariat avec la chaîne 2M a été articulée autour d'une émission TV diffusée le 19 décembre 2008 en direct sur 2M et en simultanée sur d'autres chaînes nationales. Le premier objectif était essentiellement la sensibilisation du grand public par l'incitation au test de dépistage et la lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Le second objectif était de collecter des fonds pour contribuer à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et pour assurer des actions de prévention de l'infection au VIH.

Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma qui avait participé en juin 2005 à la réunion des premières dames d'Afrique sur le sida, à New York, a assuré en juin 2006 la présidence de la délégation marocaine à la réunion de haut niveau sur le sida. Son Altesse avait aussi participé à la 15ème Conférence Internationale sur le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles en Afrique (ICASA) qui s'est déroulé à Dakar en 2008, et où elle a réitéré

l'engagement du Maroc dans la lutte contre le VIH/sida et souligné l'intégration de la prévention du sida dans les programmes de développement notamment dans le cadre de l'Initiative Nationale de Développement Humain lancée par SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI. Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma a participé en 2009 à l'ouverture des travaux de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale à Fès et a prononcé un discours dans lequel elle a précisé que la lutte contre certaines maladies comme le sida doit intégrer dans ces actions l'affrontement de ces pathologies en toute franchise et doit les aborder avec audace et rationalité.

« Si certaines maladies, comme le Sida et les addictions de tous genres, gagnent en ampleur et en gravité, c'est bien parce que certains complexes culturels hérités les font apparaître comme des « tabous » ou des interdits, que l'on doit occulter, et qu'il est honteux d'aborder.

Pour transcender ces mentalités anachroniques et s'en affranchir, on ne peut faire autrement qu'affronter ces pathologies en toute franchise et les aborder avec audace et rationalité.

Cette démarche trouve son illustration concrète dans les initiatives avant-gardistes de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, qui veille personnellement à la création de plusieurs centres de désintoxication et pour le traitement et la prévention de maladies comme le Sida. C'est ainsi que le Maroc a pu franchir de grandes étapes en la matière. Tant et si bien qu'il est devenu tout à fait normal d'aborder et de traiter ces maladies aux plan médical, social et médiatique. »

Extrait de l'Allocution de Son Altesse Royale la Princesse Lalla Salma, à l'occasion de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Fès le 5 octobre 2009

Son Altesse Royale la Princesse Lalla Amina assurant la présidence d'OPALS-Maroc (Organisation panafricaine de lutte contre le VIH/sida) a présidé la séance d'ouverture des travaux du colloque national sur les IST organisé en mars 2007 sous le haut patronage de SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI. Elle a souligné que la situation épidémiologique des IST au Maroc exige de tous les acteurs davantage de vigilance et de mobilisation et une action continue pour stopper leur propagation. En mars 2008, Son Altesse Royale a lancé officiellement la campagne nationale de lutte contre les IST et la promotion de la santé reproductive, qui s'est inscrite dans le cadre du projet de caravane mobile de la prévention que supervise OPALS-Maroc. L'implication effective de Son Altesse témoigne de l'importance et l'envergure d'une telle opération d'autant plus qu'elle a procédé au dépistage d'un jeune volontaire ayant refusé l'anonymat.

Le Royaume du Maroc continue à renforcer son **engagement 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 » en l'inscrivant comme objectif stratégique du plan national de lutte contre le sida (PSN) 2007-2011 et en veillant à ce que des résultats chiffrés en la matière soit définis. Une revue à mi-parcours est en cours, elle donnera les réajustements nécessaires aux actions entreprises pour répondre notamment à cet objectif stratégique.

Le Premier Ministre a souligné, lors du Forum national sur la carte sanitaire, l'intérêt de la réforme sociale qui vise à consolider l'amélioration de l'accès des citoyens aux soins dans une perspective d'équité et d'égalité en faisant référence aux Orientations Royales lors du lancement de l'Initiative Nationale de Développement Humain, notamment la promotion d'une meilleure accessibilité de la population aux services et équipements sociaux.

Le 1er décembre 2008, **Madame la Ministre le Santé** à présidé la journée nationale à l'occasion de la campagne mondiale de lutte contre le sida, soulignant dans son discours à cette occasion la volonté de tous les partenaires dans la lutte contre le sida, à leur tête le Ministère de la Santé, de poursuivre la mobilisation de tous les moyens et de toutes les énergies pour porter plus loin encore le combat contre le sida. La lutte contre les IST/sida s'inscrit parmi les axes du plan 2007-2011 du ministère de la Santé. Cette journée a été caractérisée par la présence de plusieurs artistes et acteurs marocains qui ont manifesté à cette occasion leur engagement à contribuer à la matière de lutte contre le sida par la signature d'un « Pacte des artistes contre le sida ». Cet engagement s'est concrétisé au cours de l'année 2009, par la production de plusieurs œuvres artistiques et films en rapport avec la lutte contre le sida.

Nous, artistes marocains appartenant à toutes les disciplines artistiques reconnues au Maroc réunis en ce 1er décembre 2008 à Rabat pour participer aux cérémonies marquant la Journée mondiale contre le sida,

Adhérons pleinement aux principes et objectifs du Plan Stratégique National de Lutte Contre le sida 2007-2011 qui visent à assurer un accès universel à des services de prévention, de soins et d'appui de qualité en matière de VIH/SIDA ;

Solidaires, nous nous engageons à œuvrer ensemble, dans le respect de la dignité des personnes vivant avec le VIH/SIDA, pour atteindre les objectifs qui découlent de ce PSN.

Extrait du Pacte contre le sida signé par les artistes marocains le 1^{er} Décembre 2008.

La société civile, grâce à son activisme et la collaboration très étroite avec le programme national de lutte contre le sida, a vu son rôle valorisé par son accès par élection à la présidence du Comité de coordination du Maroc pour la lutte contre le sida et la tuberculose (CCM). Les capacités d'intervention des ONG ont été nettement renforcées au cours de la période 2008-2009, grâce à une

mobilisation accrue de volontaires et de ressources humaines, au renforcement des capacités de gestion. Le champ d'action des ONG s'est par ailleurs élargi, leurs interventions s'inscrivent dans tous les axes du Plan stratégique national. La mise en œuvre des interventions sur le terrain notamment auprès des jeunes, les populations les plus exposées ou vulnérables au VIH, a connu une extension géographique et ce, par la création de nouvelles sections et nouvelles antennes.

Après celle organisée par l'ALCS en 2008, une **marche de sensibilisation à la lutte contre le Sida** conduite par plusieurs ONG à l'occasion de la journée mondiale 2009, sous le thème "L'accès de tous à la prévention, au traitement, aux soins et aux services de soutien est un droit humain impératif".

Le Maroc a enregistré un **élargissement des départements ministériels ayant intégré dans leur secteur la lutte contre le VIH/sida** comme un axe d'intervention. C'est ainsi que les départements impliqués avant 2008 tels que le Ministère de l'Éducation Nationale, le Ministère de la jeunesse et de sports, la Délégation Générale de l'administration pénitentiaire, le Ministère des Habous et Affaires Islamiques, et l'Entraide Nationale ont consolidé les acquis de leur action et ont réalisé plusieurs avancées en matière de sensibilisation et de prévention de cette infection. Ces ministères se sont ouvertement prononcés, dans leur interventions et discours, pour la lutte contre le sida. Les plans d'actions qui définissent les stratégies, objectifs et besoin de chacun de ces secteurs pour la période 2007/2011, ont été élaborés et sont en cours de mise en œuvre.

L'année 2009 a été marquée par **l'implication du secteur de l'emploi** à travers un atelier national portant sur l'intégration de la lutte contre le VIH/sida en milieu de travail avec la participation de différents acteurs représentant les entreprises, syndicats et associations. Cet atelier a confirmé l'engagement du Ministère de l'Emploi et de la formation professionnelle pour la mise en place effective d'une politique d'intégration de la lutte contre le sida en milieu de travail en coordination avec ses partenaires. Il a débouché sur un plan stratégique basé sur trois axes principaux orientés vers la prévention, la prise en charge et le soutien aux PVVIH et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation en milieu de travail.

D'un autre côté, le **Ministère de l'Agriculture**, récemment mobilisé, s'est impliqué dans le cadre d'un projet de formation des vulgarisatrices agricoles sur les IST/sida. Ces dernières se sont vues intégrer dans leurs actions de conseils et vulgarisation auprès des populations rurales, particulièrement les femmes, la sensibilisation quant au risque du VIH/sida.

L'implication de la Rabita des Oulémas, pour l'intégration de la composante IST/VIH/sida et la santé reproductive dans le champ religieux est très significative dans le sens où les actions entreprises renforcent l'implication des leaders religieux « imams » et prédicatrices « Morchidates » dans la prévention et la lutte contre la stigmatisation et discrimination. Ceci, d'autant plus que cette catégorie de leaders religieux touchent environ 6 millions de personnes à travers

le Maroc lors de la prêche du vendredi (Khotbas) et d'autres à l'occasion des leçons et prédiction au sein des mosquées. L'objectif est de lutter et œuvrer pour éliminer les comportements négatifs en lien avec l'épidémie.

Le comité de coordination du Maroc pour la lutte contre le sida et la tuberculose (CCM), mis en place en 2002, s'est vu restructuré au cours de la période 2008-2009, afin d'assurer de manière efficace et transparente son rôle de suivi du programme d'appui du Fonds mondial et de la stratégie nationale. Différentes consultations nationales et internationales visant à renforcer le leadership institutionnel et apporter les modifications structurelles, définir les modalités et outils nécessaires pour son organisation et fonctionnement, ont été conduites dans un cadre participatif. La réforme a abouti à un règlement intérieur et une nouvelle composition du CCM incluant une participation équilibrée des partenaires relevant du secteur gouvernemental, de la société civile (y compris les personnes vivant avec le VIH) et des partenaires internationaux. Un système d'élection a été organisé pour sélectionner les ONG membres et pour la présidence du CCM. Un comité de veille stratégique (Oversight) a été mis en place pour assurer 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.

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 en 2007 ont participé à la déclinaison du PSN en plans stratégiques régionaux de lutte contre le sida 2007/2011 (PSR). Ainsi neuf plans stratégiques régionaux sont élaborés et constituent ainsi la référence pour les acteurs régionaux et locaux dans les actions menées pour lutter contre le sida. Ces plans, basés sur l'analyse de la situation de l'épidémie au niveau local, définissent les populations prioritaires, les objectifs et cibles chiffrés de chaque région en matière de couverture par les activités de prévention de prise en charge et d'appui.

IV. 2 PREVENTION

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Etablir des objectifs de prévention qui s'attaquent aux facteurs qui favorisent la propagation de l'épidémie, et réduire l'incidence du VIH parmi les groupes dans les taux d'infection sont élevés.*
- *Mettre en œuvre des programmes de prévention et de soins sur les lieux de travail et pour les migrants et les travailleurs mobiles.*
- *Mettre en œuvre des mesures universelles de précaution dans les établissements sanitaires pour prévenir la transmission de VIH.*
- *Veiller à ce qu'il existe dans tous les pays un large éventail de programmes de prévention qui tiennent compte des valeurs culturelles et soient proposés dans des langues locales, qui encouragent les comportements sexuels responsables, qui réduisent les risques liés à la consommation de drogues et élargissent l'accès aux préservatifs, à un matériel d'injection stérile, à la fourniture de produits sanguins non contaminés, au traitement des infections sexuellement transmissibles, et aux services de conseil et de test volontaire et confidentiels.*
- *Veiller à ce que les jeunes âgés de 15 à 24 ans reçoivent des informations, une éducation, des services et des compétences psychosociales qui leur permettent de réduire leur vulnérabilité.*
- *Veiller à ce que les femmes infectées par le VIH et leur nourrisson reçoivent un traitement destiné à réduire la transmission mère- enfant et que les femme infectées par le virus bénéficient de services de conseil et de test volontaires et confidentiels, y compris d'antirétroviraux, et si nécessaire, de substituts du lait maternel.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

En matière de communication sociale, une nouvelle stratégie a été élaborée, se basant sur les leçons apprises durant la campagne précédente lancée en 2004 et qui s'est étalée sur 4 ans, ainsi que sur l'évaluation par sondage menée en 2007. Dans ce cadre, un nouveau spot TV et radio a été produit sous le pilotage d'un comité impliquant le Ministère de la santé et les associations et prenant en considération les recommandations établies suite à l'évaluation des spots produits auparavant.

Les journées mondiales de lutte contre le sida 2008 et 2009 ont été l'occasion pour la diffusion des spots sur les deux chaînes télévisées et radios nationales accompagnée d'un nouvel affichage sous le slogan « Prenons le leadership contre le sida ».

Des campagnes estivales sous le slogan « Non au sida, Oui à la prévention », couvrant les principales plages, Moussems, Souks et festivals ont été mises en œuvre au cours des années 2008 et 2009, pilotées par le Ministère de la Santé, en collaboration avec les associations et les comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida. Des dépliants, T-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. Dans ce sens le comité régional intersectoriel de lutte contre le sida de Sous Massa Drâa, la région la plus touchée par le VIH, a programmé tout au

long de l'année cette campagne de communication ainsi que lors du festival de Timitar.

Vue la place remarquable qu'occupe la chanson populaire auprès de toutes les couches sociales de la population marocaine, **une opérette musicale (Malhama) intitulée « Le sida n'est pas une fatalité »** a été produite par la ligue Marocaine de Lutte contre les Maladies sexuellement Transmissibles (LMLMST) en partenariat avec le Ministère de la santé. Cette opérette qui a été initiée par les chanteurs populaires a été conçue par un dramaturge de renom (Ahmed Taëb Lâalaj) et a impliqué plusieurs artistes et stars de la chanson marocaine, compositeurs, chanteurs et chanteuses populaires ainsi que des groupes de jeunes rappers. Cette opérette comprends 10 chansons en langues arabe et berbère (Amazigh) qui couvrent les messages les plus importants en terme de mode de transmission, des moyens de prévention, de l'importance du dépistage précoce du VIH ainsi que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Lancée à Rabat le 15 janvier 2009 devant un public de plus de 1500 personnes, la représentation de cette opérette a été suivie d'une tournée pendant la période estivale dans plusieurs régions du pays. Un millier d'exemplaires du DVD de cette opérette a été diffusé.

Le film « Terminus des anges » réalisé en 2009, par trois cinéastes de renom, traite du rapport de la société face au sida et vise à lutter contre les intolérances et les incompréhensions qui entourent cette maladie. Ce film a été présenté en grande première au Festival du cinéma de Tanger. La **pièce théâtrale** «celui qui craint survit » (Li khaf nja) a été produite par la LMLMST avec un grand dramaturge et la participation d'acteurs reconnus. Sa présentation sur le théâtre est prévue pour l'année 2010.

En matière d'intégration de la lutte contre le sida dans le champ religieux, le Maroc est considéré comme un modèle pour la région MENA. 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» dans la prévention des IST/VIH/SIDA. Une étude sur les connaissances et attitudes des prédicateurs a été réalisée et un guide national adapté à leurs besoins en formation produit. Des ateliers d'insertion des messages de prévention et de lutte contre les comportements négatifs dans les Khotbas des vendredis (pour les prêcheurs) et les leçons de prédication au sein des mosquées et dans d'autres lieux d'éducation ont été organisés pour les prédicateurs et les prédicatrices. Cette action est très importante car le prêche du vendredi touche chaque vendredi 6 millions de personnes à travers le Maroc. Cette association a également initié avec le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques une action de sensibilisation des jeunes étudiants des écoles coraniques traditionnelles «Ataâlim Al Atiq» en matière de prévention.

En matière de prévention auprès des jeunes et des femmes, les activités de sensibilisation et d'éducation des jeunes (garçons et filles) ont connu une

extension au niveau de plusieurs régions du pays. Ces interventions 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 adaptées selon les profils et milieux concernés, notamment l'éducation par les pairs en milieu scolaire et extra scolaire, l'intégration de modules de lutte contre les IST/VIH/sida dans les programmes de formation des écoles et centres d'éducation et d'initiation professionnelle, l'implication des jeunes dans l'élaboration des messages spécifiques à la thématique de la santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le sida sous diverses formes artistiques (chansons, poésies, sketches, pièces théâtrales), la création de clubs de sensibilisation et de prévention contre le sida dans les maisons de jeunes, l'utilisation de l'outil informatique CD ROM interactifs. Les actions de sensibilisation ont concerné également grands rassemblements (fête de la musique, la semaine du cheval, les festivals) et les places publiques. Une approche d'implication des associations de jeunes des quartiers en offrant aux bénéficiaires les moyens techniques nécessaires pour la mise en place des activités de lutte et de sensibilisation contre le sida et assimilant les techniques préventives participatives a également été mise en œuvre.

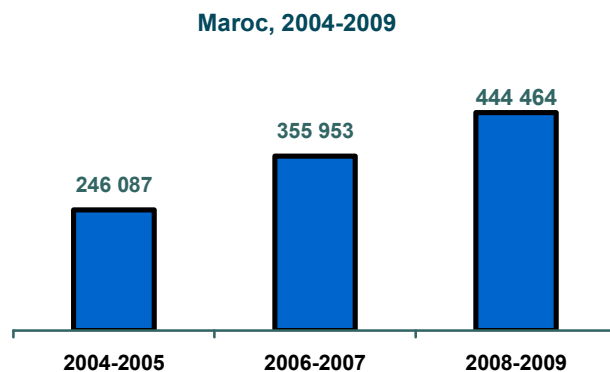
Un vaste programme d'intégration de l'éducation en matière de sida dans les cours d'alphabétisation des femmes a été mis en place par une ONG (AMSED) en collaboration avec la Direction de la lutte contre l'analphabétisme et les associations de développement local. Une étude sur les connaissances attitudes et pratiques en matière de VIH/sida, des femmes analphabètes a été réalisée et un module de formation orientée vers la prévention du IST/sida au profit de ces femmes a été élaboré.

D'autre part, OPALS/Maroc a lancé une initiative portant le nom de **Coalition Civile Nationale pour la Santé Reproductive**. Cette coalition réunit de nombreuses ONG féminines et de personnalités de tous bords, médecins, journalistes, chercheurs, sociologues, etc. L'objectif de ce partenariat est de permettre l'intégration de la sensibilisation aux IST/sida des femmes bénéficiant des services de ces associations. L'approche de sensibilisation en matière de sida a également intégré les jeunes femmes et travailleurs du secteur informel bénéficiant de microcrédits.

Un volet de lutte contre le sida a été intégré à la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes depuis l'année 2008, et des programmes de formation dans ce domaine ont été initiés pour les prestataires de santé (Prévention du VIH en cas de violence sexuelle) ainsi que les éducatrices des différents espaces féminins (secteurs gouvernementaux et ONG).

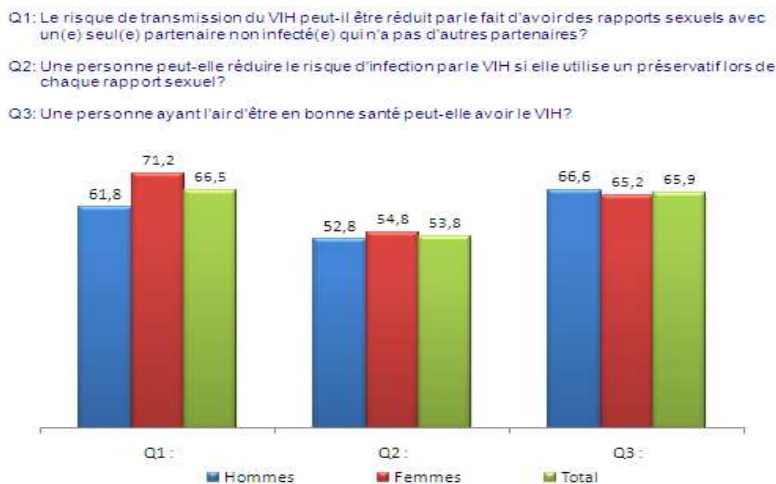
L'ensemble des activités de sensibilisation mises en œuvres ont permis de toucher près de 450.000 jeunes et femmes au cours des deux années 2008-2009, contre à peu près 350.000 pour la période 2006-2007 (graphique 11).

Graphique 11 : Nombre de jeunes et femmes de 15 à 24 sensibilisés en matière de IST/VIH/sida.



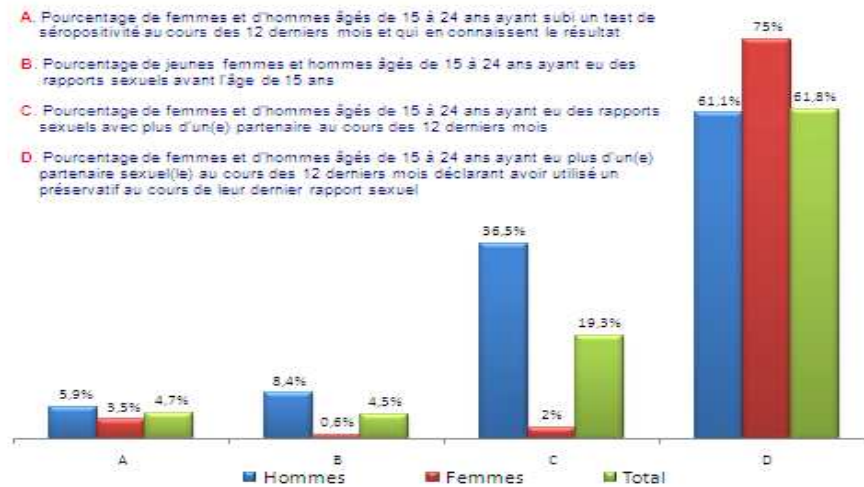
Les graphiques 12 et 13, reprennent les principaux résultats de l'étude nationale sur les connaissances attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le sida (2), conduite par le ministère de la Santé en 2007 et dont les résultats ont déjà été présentés dans le rapport précédent. La prochaine étude est prévue en fin 2010.

Graphique 12 : Indicateurs relatifs aux connaissances des jeunes de 15-24 ans. Maroc, 2007



² 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

Graphique 13: Indicateurs relatifs à l'accès aux services et aux comportements des jeunes de 15-24 ans. Maroc, 2007



Les programmes d'intervention de proximité auprès des groupes les plus exposés au risque 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) et les ouvrières ont été étendus à plusieurs provinces et sites au Maroc. L'ALCS constitue l'intervenant principal dans ces domaines et assure une large proportion concernant la couverture de ces populations. Les autres ONG y contribuent sont OPALS, AMSED, l'ASCS et ALIS.

Cette période a connu une mobilisation importante de ressources humaines et financières, permettant ainsi de couvrir de nouvelles régions en matière de prévention, et à mieux satisfaire le besoin 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 des lieux de rencontre de ces populations vulnérables. La prévention est effectuée à travers les éducateurs pairs et les intervenants de terrain formés avec une gamme de services composés 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 infections sexuellement transmissibles. Des outils pédagogiques adaptés à la sensibilisation et l'éducation en matière de sida sont utilisés. Une nouveauté en matière de proximité est la prévention par Internet via un site de dialogue et rencontres.

Une stratégie de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables a été finalisée sous la coordination du Programme national de Lutte contre la Toxicomanie avec l'appui de l'ONUSIDA et le Fonds Mondial. Elle est articulée autour de 4 axes à savoir la réduction de la demande, la réduction des risques liés aux drogues injectables, le traitement et la prise en charge des usagers de drogues ainsi que le suivi et l'évaluation. Un premier travail a été fait à savoir l'élaboration d'une cartographie et une formation des éducateurs de proximité pour démarrer la stratégie mobile d'intervention sur le terrain. Ce

programme a été lancé à Tanger puis Tétouan. Deux associations locales ont été créées pour accompagner la mise en œuvre du programme, apporter le soutien à la réhabilitation des UDI et leur intégration sociale. Le programme vise entre autres la distribution des seringues et des préservatifs et la collecte des seringues utilisées.

L'année 2009 a été marquée par l'autorisation par le ministère de la Santé de **l'introduction du traitement de substitution à la méthadone au Maroc**. Ce traitement sera mis en place à titre pilote dans certains sites en 2010 avant son extension aux zones à risque. Cette même année a vu la mise en place d'un **réseau de réduction de risque (RdR)** englobant plusieurs ONG des régions du Nord, de l'Oriental, Casablanca et Rabat-Salé.

Une « évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection au VIH en relation avec l'usage des drogues injectables » a été réalisée en 2008 auprès de 500 personnes dans 4 nouveaux sites. Elle a montré les problèmes quant à l'utilisation du matériel et à la non protection lors des rapports sexuels.

Le programme de prévention en milieu carcéral mis en place depuis plusieurs années par la Délégation Générale de l'Administration pénitentiaire a été renforcé par la sensibilisation des responsables de l'Administration Pénitentiaire (cadres et personnels médicaux ou paramédicaux), 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

Un programme de prévention auprès des routiers a été initié au cours de cette période par l'ALCS. Une étude comportementale a été menée et un guide « prévention du VIH/sida et des IST auprès des transporteurs routiers » élaboré en partenariat avec l'Institut Pasteur, le groupe Total et le Fonds Mondial. Des séances de sensibilisation au niveau des instituts de formation des routiers et au niveau des sociétés employant les routiers ont été organisées ainsi que 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 conduites 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 et « Médecins sans frontières » ou des particuliers: médecins africains. Ces actions qui ont permis d'identifier des points focaux parmi les migrants, collecter des renseignements sur leur statut et leur faire bénéficier de façon quotidienne de consultation IST et de conseil et test VIH au niveau des sections de l'ALCS et OPALS. L'objectif est la réduction de la vulnérabilité des migrants aux IST/sida à travers des activités de formation, de sensibilisation et de dépistage. Cette population est d'accès difficile par son statut illégal sur le territoire, sa méfiance et inquiétude.

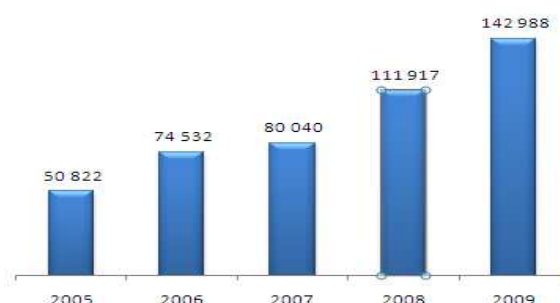
Le tableau 2, récapitule le nombre de personnes ayant bénéficié des programmes de prévention selon les catégories des populations plus exposées

au risque d'infection. Les activités mises en œuvre auprès de ces différentes populations exposées ou vulnérables ont permis de toucher un total de 254.905 personnes au cours de deux années 2008 et 2009. Le graphique 14, met en évidence l'augmentation de la couverture de ces populations entre 2005 et 2009.

Tableau 2: Evolution du nombre de personnes parmi les populations exposées au risque ayant bénéficié de programmes de prévention

	2005	2006	2007	2008	2009
Professionnelles du sexe	22154	37138	39201	52772	60555
HSH	11967	10463	12927	23749	23374
Ouvrières (ers)	16468	12559	11440	13006	9574
UDI				3314	2808
Migrants				9791	18660
Routiers				9285	28017
Autres	233	14372	16472		
Total :	50822	74532	80040	111917	142988

Graphique 14: Evolution du nombre de personnes parmi les populations exposées ayant bénéficié de programmes de prévention

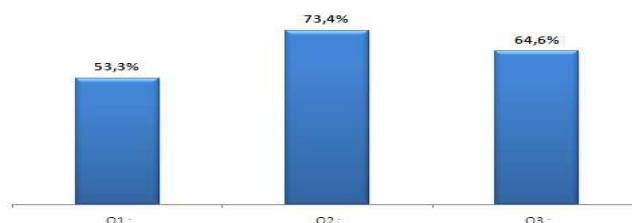


Les données de l'étude nationale de surveillance des comportements des professionnelles du sexe réalisée en 2007, montrent une progression appréciable du taux d'utilisation par les professionnelles du sexe du préservatif avec le dernier client, qui est passé de 37% en 2003 à 53% en 2007 (Graphiques 15, 16 et 17). La prochaine étude est prévue en 2010.

Graphique 15: Indicateurs relatifs aux connaissances des professionnelles du sexe.

Maroc, 2007

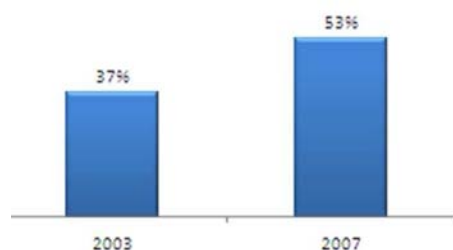
- Q1: Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) seul(e) partenaire non infecté(e) qui n'a pas d'autres partenaires?
- Q2: Une personne peut-elle réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel?
- Q3: Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut-elle avoir le VIH?



Graphique 16: Indicateurs relatifs à l'accès aux services et aux comportements des professionnelles du sexe. Maroc, 2007



Graphique 17: Pourcentage des professionnelles du sexe qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec le dernier client. Maroc, 2003-2007



La prise en charge 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. La période considérée a connu la conduite d'une étude de prévalence des IST chez les femmes qui a permis de réviser l'algorithme de prise en charge des pertes vaginales et douleur du bas ventre. Un guide de formation a été préparé et un programme de recyclage du personnel de la santé mis en œuvre à travers les 16 régions.

La disponibilité des préservatifs pour la prévention du VIH a aussi été étendue (Graphique 18). Les acquisitions de préservatifs par le ministère de la Santé ont considérablement augmenté afin d'assurer un approvisionnement suffisant pour les services de santé et les programmes auprès des populations les plus exposées au risque d'infection. De même, et afin de renforcer l'accès à ce produit, le PNLS a lancé une consultation pour la préparation d'une stratégie de marketing social du préservatif. Par ailleurs, une recherche pilote a été réalisée à Agadir dans la région de SMD dans les sections de trois ONG et cinq centres de santé choisis selon le nombre des IST et le profil des populations clés qui les fréquentent. Les objectifs assignés à cette recherche est d'établir des standards de distribution, et de tester les bons de commande ainsi que les rapports d'utilisation des préservatifs. C'est ainsi que des mesures seront prises

pour améliorer de manière significative la commande des préservatifs, leur acheminement au niveau des provinces ainsi que leur distribution aux populations cibles selon les besoins réels.

Graphique 18: Préservatifs acquis par le ministère de la Santé distribués aux partenaires pour la prévention des IST et VIH. Maroc, 2004-2009



En matière de conseil et test VIH, les efforts ont continué afin d'améliorer et de diversifier l'accès au dépistage dans le respect du droit des personnes. 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 par l'ALCS.

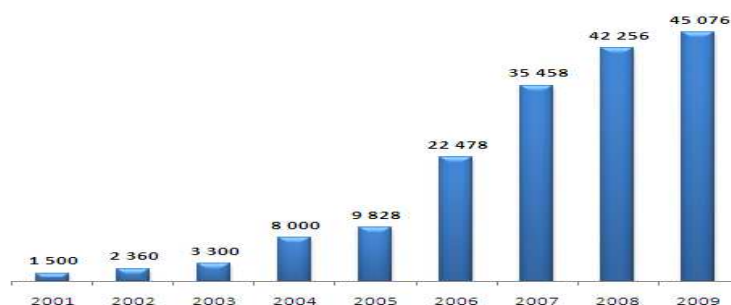
Ainsi, au cours de cette période les deuxième et troisième éditions **de la Journée nationale de dépistage du VIH** ont été organisées à l'initiative de l'Association de lutte contre le sida (ALCS). Lancées sous le thème "Faire le test aujourd'hui, c'est mieux vivre demain", ces campagnes ont visé à promouvoir l'accès au dépistage du VIH sur tout le territoire national et aussi à sensibiliser le grand public aux moyens de prévenir le sida et les IST. La réussite de cette campagne est tributaire au personnel qui a été mobilisé dans ce cadre à savoir 80 médecins bénévoles et 450 volontaires.

Par ailleurs, le ministère de la santé a initié **l'intégration du dépistage volontaire dans certains centres de santé** dans les régions prioritaires ainsi que le renforcement du dépistage à visée diagnostique. Afin d'assurer la qualité de cette prestation, une consultation a été conduite pour démarrer le processus de certification des centres de dépistage gérés par les ONG ainsi que ceux qui sont mis en place par le Ministère de la santé.

Grâce à ces efforts, le nombre de personnes testées par les ONG en collaboration avec le Ministère de la Santé, a connu un essor encore plus important au cours de cette période, en comparaison à celui relevé les années précédentes (Graphique 19). Ainsi, 87.332 personnes ont été testées au cours des années 2008 et 2009 contre 57.836 en 2006 et 2007.

Graphique 19: Nombre de personnes conseillées et testées pour le VIH.

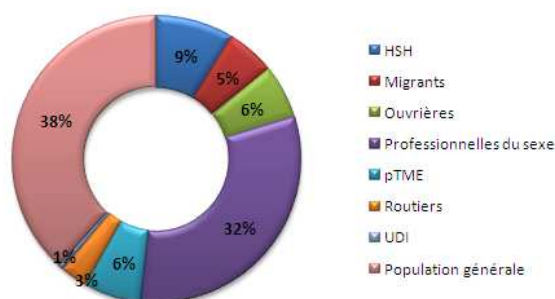
Maroc, 2001-2009



L'analyse des données montre que 54% des tests sont réalisés par les unités mobiles de dépistage, alors que la répartition des tests selon le sexe est équilibrée (52% pour les hommes et 48% les femmes). 30% des personnes testées ont moins de 20 ans. Le graphique 20, montre que 38% des tests se font sur des populations non ciblées contre 32% pour les professionnelles du sexe et 9% pour les HSH. Il est à préciser que les tests réalisés auprès des populations non ciblées bénéficient pour une proportion importante à des personnes appartenant aux groupes les plus exposés ou vulnérables.

Graphique 20: Répartition des tests selon les populations.

Années 2008-2009



IV.3 SOINS, TRAITEMENT ET APPUI

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Elaborer des stratégies pour renforcer les systèmes de santé et s'attaquer aux facteurs qui entravent l'accès aux médicaments, tels que l'accessibilité financière, le prix et les capacités des systèmes. Il faut de toute urgence faire tous les efforts nécessaires pour fournir des traitements contre le VIH/SIDA qui répondent aux normes les plus élevées possible, y compris concernant la prévention, le traitement des infections opportunistes et la thérapie antirétrovirale.*
- *Mettre en œuvre des stratégies de soins globales pour renforcer les systèmes de santé aux niveaux familial et communautaire afin de fournir un traitement aux personnes vivant avec le VIH/SIDA- y compris les enfants, soutenir les personnes, les foyers, les familles et les communautés affectés par le VIH/SIDA, améliorer les capacités et les conditions de travail des travailleurs de santé, renforcer les dispositifs d'approvisionnement, les plans de financement et les mécanismes d'aiguillage pour fournir un accès aux médicaments, aux diagnostics et aux soins médicaux, palliatifs et psychosociaux.*
- *Elaborer des stratégies nationales pour fournir un soutien psychosocial aux personnes, aux familles et aux communautés affectées par le VIH/SIDA.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

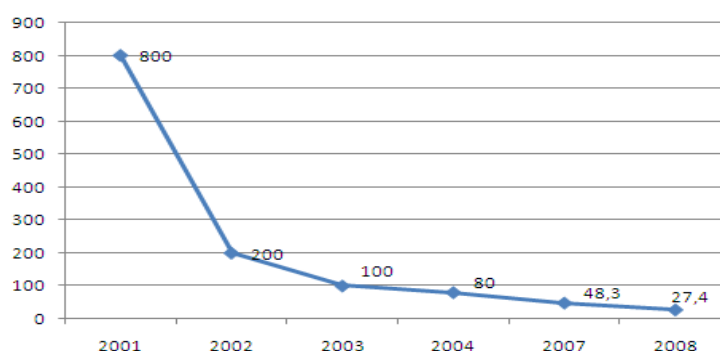
Le PSN 2007-2011 inscrit comme objectif stratégique l'accès universel à la prévention, au traitement aux soins et à l'appui. Sa mise en œuvre montre que l'accès est assuré en ce qui concerne les antirétroviraux (ARV) à toutes les personnes vivant avec le VIH dépistée en besoin de traitement. La démarche est de veiller à la continuité de la prise en charge des patients sous traitement et de s'assurer de même que tous les nouveaux cas remplissant les critères biologiques d'éligibilité, bénéficient des ARV. Ceci renforce les efforts consentis dans la prise en charge thérapeutique dans les pôles d'excellences et les centres référents au niveau des régions assurant la proximité et la qualité optimale des prestations.

Les progrès enregistrés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et la pérennisation de l'accès aux ARV au Maroc. Ces résultats ont été obtenus grâce à l'implication et la collaboration des différents partenaires concernés relevant du ministère de la santé, des CHU et des ONG ainsi qu'à la mise en œuvre concomitante des différentes interventions couvrant les différents axes de stratégie nationale de prise en charge.

La pérennisation du financement des ARV et des médicaments pour le traitement des infections opportunistes continue à constituer un souci primordial pour le ministère de la Santé et ses partenaires du PSN de lutte contre le Sida. Une stratégie de réduction des prix des ARV a été élaborée et une mise au point a été faite avec l'Office Marocain de la propriété Industrielle et Commerciale (OMPIC) concernant les brevets et les lois existantes en termes de propriété intellectuelle au Maroc. Des rencontres ont été organisées avec différentes firmes pharmaceutiques nationales productrices ou intéressées par la production de génériques des ARV.

La mise en œuvre de ces actions a porté ses fruits comme en témoignent les **réductions importantes consenties sur les prix des ARV** et qui seront répercutées sur la commande dès l'année 2008. (Graphique 21). Les prix des ARV ont subi une baisse substantielles permettant des économies au budget de l'Etat et d'orienter ces ressources vers d'autres besoins notamment la mise à niveau des centres de prise en charge.

Graphique 21: Evolution du coût mensuel de traitement ARV par patient (dollars US) - Maroc, 2001-2008



Le financement des besoins en ARV est assuré en grande partie par le budget de l'Etat en complémentarité avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, tuberculose et la paludisme dans le cadre de la proposition qui couvre la période 2007 à 2011. 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).

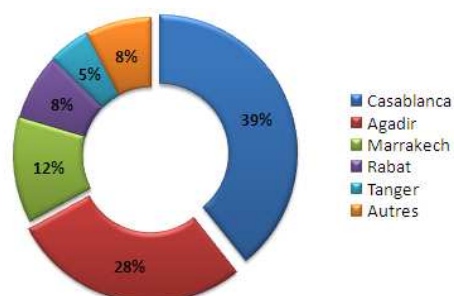
La mise à niveau a concerné plusieurs centres référents régionaux, en particulier celui d'Agadir qui a été déplacé dans un nouveau service entièrement rénové afin de pouvoir répondre aux besoins de prise en charge de la file active qui a augmenté de manière très importante au cours des dernières années. D'autres centres ont été aussi entièrement rénovés comme le service de prise en charge des PVVIH au niveau du pôle d'excellence du CHU Ibn Rochd à Casablanca et le centre de prise en charge des enfants au niveau du pôle d'excellence de Rabat.

La période 2008-2009 a été marquée par un appui continu du PNLS et des pôles d'excellence pour **renforcer la décentralisation de la prise en charge** des personnes vivant avec le VIH au niveau des centres référents régionaux. L'appui aux centres référents régionaux s'est fait dans le cadre d'ateliers, réunions de coordination et visites des sites, pour actualiser les connaissances en matière de protocole de traitement, discuter des difficultés rencontrées et mettre en place des actions concrètes pour l'amélioration de la prise en charge.

Cet effort de décentralisation a permis d'augmenter de manière le pourcentage des personnes vivant avec le VIH pris en charge au niveau des centres référents

régionaux (en dehors de Casablanca et Rabat) qui est actuellement de 53% (Graphique 22) alors qu'il était de 46% en 2007.

Graphique 22: Répartition du nombre de PVVIH pris en charge au niveau des CHU (Casablanca et Rabat) et des Centres référents. 2009



Pour améliorer la gestion des stocks d'ARV, l'application « Sidastock » a été développée et installée au niveau des pôles d'excellence et des centres référents avec un réseau on-line pour la saisie et l'analyse des données. L'objectif est de disposer en temps réel des informations concernant les files actives de personnes vivant avec le VIH, le nombre de patients traités, les schémas thérapeutiques utilisés et les stocks disponibles. Les données fournies par Sidastock, sont utilisées pour la planification des besoins en achats des ARV, des médicaments pour les infections opportunistes, des réactifs pour le suivi biologique des malades sous traitement CD4 et charge virale. Actuellement, Sidastock est opérationnel au niveau du Pôle d'excellence de Casablanca et des efforts sont consentis pour assurer son utilisation effective au niveau des autres centres de prise en charge.

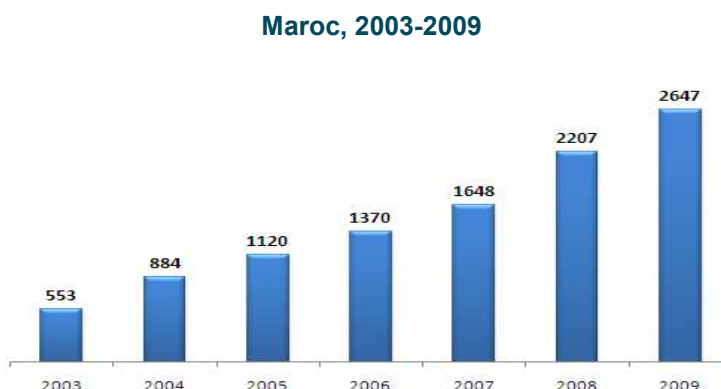
La stratégie de diagnostic et prise en charge de l'infection par VIH/sida a été revue et actualisée, avec la participation des institutions et des prestataires des niveaux national et local. Les nouvelles directives établies concernant la simplification des schémas thérapeutiques pour la prescription des ARV de première et seconde ligne (chez les adultes et les enfants), la pTME, le dépistage et le suivi biologique. Celles-ci concernent également l'organisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, qui a décentralisé la prescription initiale des ARV et le suivi des traitements au niveau des centres référents régionaux.

La prise en charge des enfants a été renforcée au niveau des pôles d'excellence des CHU de Casablanca et Rabat et étendue aux services de pédiatrie des centres référents régionaux d'Agadir et de Marrakech. Une attention particulière est accordée à la création des meilleures conditions pour la prise en charge thérapeutique et sociale des enfants avec les objectifs de développer le cadre technique et l'organisation des soins.

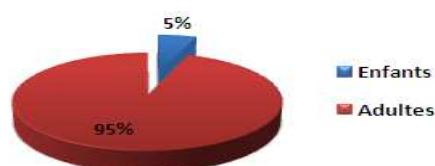
La conjugaison de ces efforts a permis de **maintenir la généralisation de l'accès aux ARV à l'ensemble des PVVIH diagnostiquées** et nécessitant ce traitement, assurée depuis l'année 2003.

En décembre 2009, 2647 personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement ARV, soit 1000 personnes de plus par rapport à l'année 2007 (Graphique 23). 95% des personnes prises en charges sont des adultes avec un équilibre entre les femmes et les hommes (Graphiques 24 et 25).

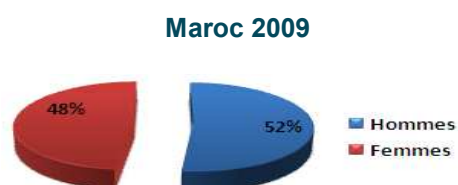
Graphique 23: Evolution du nombre de PVVIH pris en charge.



Graphique 24: Répartition des Personnes sous ARV, Adultes- enfants. Maroc 2009



Graphique 25: Répartition des Personnes sous ARV selon le sexe.



Ainsi le **pourcentage des personnes vivant avec le VIH à un stade avancé pris en charge par les ARV a atteint 50%** en 2009, alors qu'il était de 38% en 2006 et 24% en 2003 soit un gain respectivement de 12% et de 26%.

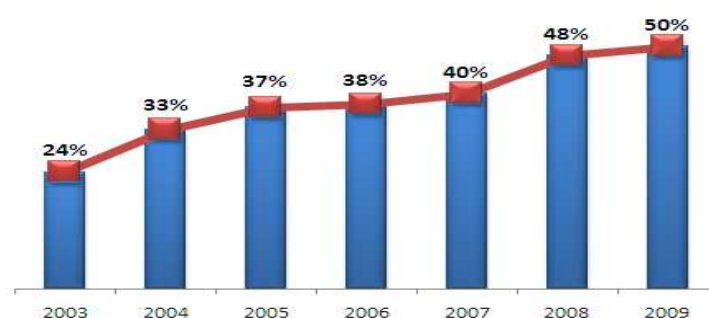
Il est à préciser que le dénominateur, nombre de personnes ayant besoin d'ARV a changé depuis l'utilisation de SPECTRUM pour les estimations. A cet effet, cet indicateur a été recalculé pour les années précédentes (2003 à 2008), ce qui

explique les différences avec les chiffres de couverture publiés dans le rapport UNGASS 2008 et qui ont été revus à la baisse.

Tableau 3: Estimation de la couverture par les ARV selon la modélisation Spectrum. 2009

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre	553	884	1120	1370	1648	2207	2647
Besoins total en ARV (CD4<200)	2300	2700	3000	3600	4100	4600	5300
Couverture en ARV (CD4<200)	24%	33%	37%	38%	40%	48%	50%

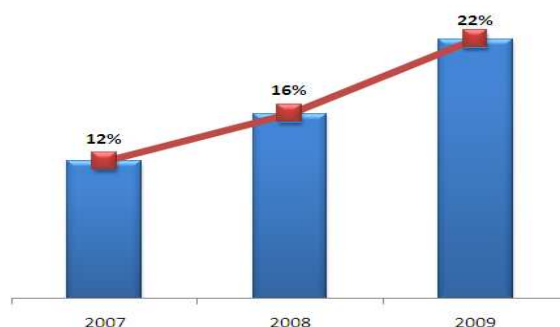
Graphique 26: Estimation de la couverture des personnes vivant avec le VIH qui nécessitent un traitement ARV. Maroc, 2003-2009



Le démarrage de programme « pTME impliquant les services de la santé maternelle et infantile », à titre pilote dans les centres de santé de trois régions : Souss Massa Drâa, Marrakech Tensift Al Haouz et Grand Casablanca, a permis de définir la pertinence et les modalités de son extension aux autres régions prioritaires. L'état des lieux des activités mises en œuvre a été faite, une proposition de l'approche méthodologique pour la mise en place ainsi que l'identification des partenaires clés à impliquer. Le protocole d'intervention précise tous les aspects de la mise en place du programme, préparation des outils de suivi, l'appui nécessaire pour l'implantation du programme. Les équipements nécessaires pour la prestation du dépistage rapide ont été soutenus. En plus, l'acquisition du lait artificiel, des biberons ainsi que les stérilisateur pour les nouveaux nés des mères séropositives et leur distribution a été effectuée aux pôles d'excellences et centres référents. Ce programme est en phase d'évaluation en vue de son extension au cours de l'année 2010.

La couverture des femmes enceintes séropositives par la pTME, quoique relativement faible, a connu une **augmentation notable passant de 12% en 2007 à 22% en 2009 soit pratiquement le double**. Dans le Chapitre V, meilleures pratiques, le paragraphe l'intégration du programme de pTME dans les Services de Santé Reproductive, met en évidence les défis qui se posent pour la mise en œuvre dans un contexte de faible prévalence du VIH.

Graphique 27 : Estimation de la couverture par la pTME des femmes enceintes séropositives.
Maroc, 2007-2009



En matière d'appui psychosocial des personnes vivant avec le VIH, une consultation a été conduite pour la préparation d'un dispositif national. Une évaluation des actions entreprises en matière d'appui psychosocial a été réalisée et les axes du programme national identifiés. Celui-ci porte sur le type de soutien, les référentiels de compétences des personnes impliquées, le contenu et les sujets abordés, l'éthique et la motivation. Le programme d'accompagnement psychologique et social a été présenté officiellement en février 2009, à tous les partenaires en présence de la Ministre de la santé. Ce programme aspire à améliorer la qualité de vie des PVVIH, contribuer à faciliter leur intégration dans la vie sociale et active en préservant leur droit et leur dignité et assoir une culture du respect de la différence qui caractérise les populations clés les plus exposées à l'infection VIH. Tous ces éléments sont des conditions essentielles pour assurer la prise en charge globale des PVVIH, axe stratégique du Programme National de Lutte contre le sida au Maroc.

Sa mise en œuvre a débuté avec l'accréditation des associations et médiateurs thérapeutiques, la formation des différents profils notamment les assistantes sociales et les médiateurs sociaux, l'activation du système de référence/ contre référence et la régulation des médiateurs.

Le projet contribuant à l'amélioration de l'observance des thérapies antirétrovirales par les personnes suivies, initié par l'ALCS depuis plusieurs années, a été étendu et permet de couvrir actuellement, les pôles d'excellence de Rabat et de Casablanca, et les centres référents de Marrakech, Agadir et Tanger. Chaque patient participe à des séances d'enseignement thérapeutiques individuelles ou collectives réalisées par des éducateurs spécialisés et formés à l'aide à observance aux thérapies antirétrovirales. La participation donne aux patients une meilleure connaissance de la maladie, ses modes de transmission, sa surveillance et lui permet d'apprendre à faire face aux situations spécifiques de leur vie courante. Les éducateurs informent et sensibilisent également les patients à la prévention secondaire, prévention positive et sexualité. Le nombre de personnes ayant bénéficié du programme d'aide à l'observance est de 1767.

Des groupes d'auto support des personnes vivant avec le VIH ont été mis en place par l'association du Jour. Le succès de ces groupes d'auto support a impliqué l'organisation d'autres rencontres à des moments différents afin de prendre en compte toutes les PVVIH désireuses d'y assister, telles que les sorties mensuelles. Au cours de cette période, cette association a pu se structurer et bénéficier du recrutement de personnel à plein temps. Une maison d'hébergement pour les PVVIH des autres régions qui viennent pour le suivi de leur traitement, a également été mise en place à Casablanca par l'association du Jour.

IV.4. VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Promulguer des lois, des réglementations et d'autres mesures destinées à faire cesser la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes vulnérables, et veiller à ce qu'ils jouissent de tous leurs droits- en particulier, l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, à l'appui, au traitement, à l'information, à la protection juridique, leurs droits à l'intimité et à la confidentialité , et élaborer des stratégies visant à combattre la stigmatisation et l'exclusion sociale.*
- *Mettre en œuvre des stratégies qui permettent aux femmes de jouir pleinement de leurs droits fondamentaux, et pour leur permettre de se protéger contre l'infection à VIH.*
- *Mettre en œuvre des mesures permettant aux femmes et aux filles de se protéger contre le risque d'infection par le biais de la mise en place de services de santé, notamment sexuelle et reproductive, ainsi que d'une éducation préventive qui prône l'égalité entre les sexes.*
- *Mettre en œuvre des stratégies qui renforcent le pouvoir d'action des femmes, protègent leurs droits fondamentaux et réduisent leur vulnérabilité au VIH/sida en éliminent toutes les formes de discrimination et de violence à l'encontre des femmes et des filles, y compris les pratiques traditionnelles néfastes, les abus, le viol, la violence sexuelle, les voies de fait et la traite des femmes et des filles.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

En termes de droits humains, le Maroc s'engage, dans le préambule de sa constitution, à respecter les instruments d'aspect général et spécifique comme les déclarations, pactes et conventions signés par le Royaume. Les lois en vigueur plaident pour une équité entre toutes les citoyennes et tous les citoyens en matière d'accès à l'école, à la santé, à l'emploi, au logement et à tous services. L'amélioration de la législation, des actions et des politiques au Maroc va dans le sens du renforcement des capacités en vue d'un changement de comportements vis-à-vis du VIH. Le développement de nouvelles modalités d'intervention adaptée à toutes les populations est effectivement lancé. En même temps, les avancées visent à renforcer la décentralisation pour que les groupes communautaires soient beaucoup plus associés aux programmes officiels par des actions favorisant les changements de comportements en faveur des droits humains.

Le comité consultatif des droits de l'homme (CCDH) a finalisé un plan d'action dénommé « Plate forme citoyenne pour la promotion de la culture des droits humains ». Cette plateforme, élaborée dans un cadre participatif, a été approuvé par le Gouvernement. Le CCDH a déterminé trois niveaux d'intervention pour mettre en œuvre cette plateforme, à savoir l'éducation, la formation et la sensibilisation.

De manière explicite, il n'y a pas de loi ni de réglementation spécifiques relatives aux droits ou à l'élimination de la discrimination ou la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Les ONG nationales réalisant des actions de proximité auprès des populations et catégories les plus vulnérables et l'association du jour des personnes vivant avec le VIH, estiment qu'il faut renforcer les lois existantes par des textes d'application qui intègrent de manière implicites l'élimination de toutes les formes de discriminations et de stigmatisations que peuvent subir différentes catégories de la population y compris les PVVIH.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination a été intégrée de manière horizontale dans le cadre de la campagne nationale de communication sociale et des activités de sensibilisation mises en œuvre à tous les niveaux (spots, affiches, campagnes estivales, productions artistiques etc.). La participation active des personnes vivant avec le VIH est privilégiée à toutes les étapes de mise en œuvre des activités, notamment à travers l'éducation par les pairs et la médiation, mais aussi lors de réalisation des études et de l'évaluation des actions. L'opérette musicale intitulée « Le sida n'est pas une fatalité » produite par la LMLMST en partenariat avec le Ministère de la santé couvre les messages les plus importants dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Les assises nationales de l'ALCS sous le thème « Mobilisation contre la stigmatisation et la discrimination », ont constitué une occasion pour les acteurs travaillant dans le domaine de lutte contre le VIH/sida de synthétiser leurs points de vue quant à ces phénomènes qui ne font que contribuer à la propagation du VIH. Un appel solennel a été adressé par les participants aux différents décideurs politiques pour renforcer la communication avec les associations, les départements gouvernementaux ainsi qu'avec les différents supports médiatiques pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Les participants ont aussi plaidé pour la création d'un collectif associatif et de droits humains en vue de mettre un terme à ce genre de pratiques, tout en rappelant que les personnes vivant avec le VIH doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Le ministère de la santé a démarré la mise en œuvre de sessions de **formation sur l'approche de programmation basée sur les droits humains** appliquée au domaine du VIH/sida. Un programme destiné aux décideurs, gestionnaires et cadres du Ministère de la Santé, des secteurs et ONG, vise à intégrer cette approche dans la planification et la programmation des actions de lutte contre le sida aux niveaux central et local. Ce programme implique des spécialistes en droits humains.

Les départements ministériels disposant de stratégies sectorielles de lutte contre le VIH/sida pour la période 2007-2011 ont opérationnalisé les activités plaidant pour le respect des droits fondamentaux et surtout pour les personnes vivant avec le VIH. Dans ce sens, l'organisation de journées et ateliers de

sensibilisation sur le VIH/sida pour faire bénéficier d'autres avocats, magistrats et responsables et cadres de l'administration pénitentiaire a été poursuivie pour que ces actions renforcent l'application des lois et réglementations générales au profit des personnes vivant avec le VIH.

L'implication des Leaders religieux des deux sexes « Imams » (prêcheurs) et « Morchidates » (prédicatrices), à travers l'insertion de message de lutte contre les comportements négatifs et plus particulièrement en ce qui concerne le VIH/sida ainsi que des messages de solidarité dans leurs « Khotbas » (prêches) ou leçons religieuses discernées dans les mosquées, contribue à la création d'une dynamique d'acceptation sociale des personnes vivant avec le VIH au sein de la société marocaine et constitue un exemple pour toute la population.

La protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des populations exposées au VIH, figure parmi les domaines d'action privilégiés par les ONG thématiques qui mènent un plaidoyer continu dans ce sens.

L'association du jour créée en 2006 constituée des personnes vivant avec le VIH a été reconnue par les autorités nationales. Elle a depuis intégré le comité de coordination du Maroc (CCM) comme membre à part entière et participe activement aux différents sous comité ou groupes de travail notamment le comité de veille stratégique (Oversight).

Sous le thème «**la toxicomanie est une maladie à guérir et non un délit à punir** », **une rencontre de plaidoyer** a été organisée en février 2009 par l'association de soutien au CMP Hasnouna avec l'appui du Ministère de la santé et l'ONUSIDA et le Fonds Mondial avec la participation des magistrats de la région Tanger Tétouan. L'objectif de cette rencontre était d'appuyer la mise en place du programme de réduction des risques pour les usagers de drogues injectables.

La Stratégie de lutte contre la Violence à l'égard des femmes lancée par Son Altesse Royale la princesse Lalla Meryem et pilotée par le Ministère de Développement Social, de la Famille et de la Solidarité constitue un atout supplémentaire dans la lutte contre le sida. Des campagnes nationales sont organisées régulièrement à l'occasion de la journée nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes. Elle a été renforcée par l'initiative publique de mise en place d'un numéro vert impliquant le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé, la Sûreté Nationale, la Gendarmerie Royale et l'Entraide nationale qui a comme objectif de fournir des services de consultation et d'orientation dans le domaine juridique et en matière de protection, de conseil et d'orientation au profit des filles et des femmes victimes de violences. Le projet de loi sur la violence conjugale, aujourd'hui dans les mains du secrétariat général du gouvernement sera soumis incessamment au parlement pour le vote. Elle contribuera à réprimer les actes de violence au sein du couple et réaffirmer le droit de la femme pour son autonomie.

Le code de la famille adopté en 2004 et celui de la nationalité amendé en 2006 ont permis un changement au niveau législatif plaçant la famille sous la responsabilité conjointe des deux époux et non plus sous l'unique responsabilité du mari que ce soit à l'égard des enfants ou ce qui concerne les décisions à prendre au niveau de la cellule familiale et accordant la transmission de la nationalité de la mère marocaine à son enfant dans le cas de mariage mixte comme c'est le cas pour les pères marocains se trouvant dans des circonstances similaires. Le code de la famille a permis d'éviter les mariages très précoces pour les filles par l'élévation de l'âge légal au mariage de 15 à 18 ans. Ce code a établi des restrictions quant à la polygamie, ainsi que la demande de divorce de la part des femmes en cas de « Chikak », ceci donne l'occasion aux femmes d'éviter le viol conjugal. Le nouveau code de la famille instaure, en outre, un contrat spécifique en parallèle à l'acte de mariage pour assurer le partage juste et équitable du patrimoine du couple accumulé le long de la durée du mariage entre les deux concernés en cas de divorce.

IV.5. PROTECTION DES PERSONNES VULNERABLES

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Mettre en œuvre des programmes qui fixent des objectifs et s'attaquent aux facteurs rendent les personnes vulnérables à l'infection, notamment le sous développement, l'insécurité économique, la pauvreté, l'absence d'émancipation des femmes, l'absence d'éducation, l'exclusion sociale, l'analphabétisme, la discrimination, le manque d'information, l'absence de dispositifs de prévention du VIH, et l'exploitation sexuelle des femmes, des filles et des garçons.*
- *Elaborer des programmes qui tiennent compte de l'importance de la famille, de la culture et de la religion pour réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes en garantissant aux enfants un accès à une éducation primaire et secondaire, et aux adolescents un accès à des cours sur le VIH/sida, en diffusant largement l'information et en prodiguant une éducation sur la santé sexuelle et des conseils, renforçant les programmes de santé sexuelle et reproductive, et en faisant participer les familles et les jeunes aux programmes de prévention et de soins.*
- *Elaborer des programmes, dans le cadre d'une approche participative, pour protéger la santé des groupes de personnes dont les taux d'infection sont élevés ou qui courent un grand risque d'infection.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

Le Maroc est engagé depuis plusieurs années dans de **vastes chantiers de réformes et de programmes de développement humain**. **SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI** a accordé une priorité aux programmes de lutte contre la pauvreté à travers l'intensification des actions visant à réduire ce phénomène en milieu rural, à réduire l'exclusion dans les quartiers urbains défavorisés et à lutter contre la précarité pour les populations les plus démunies. Ce chantier dénommé en 2005 par le Souverain « **l'Initiative Nationale de Développement Humain** » (INDH) implique dans sa mise en œuvre l'Etat, les

collectivités locales, les ONG, le secteur privé et la population bénéficiaire elle-même. Les chiffres concernant le niveau de vie des ménages montrent que le taux de pauvreté a baissé entre 2004 et 2007 de 14 à 9% et qu'au niveau des sites bénéficiant des actions de l'INDH que la baisse est plus significative. Les personnes les plus vulnérables au niveau de la société sont les principaux bénéficiaires à travers l'accès aux activités génératrices de revenu et au micro crédit ainsi que l'équipement des quartiers et communes par les infrastructures et équipements de base. Le Souverain a accordé dans cette Initiative la priorité à la promotion des droits des femmes et des personnes les plus vulnérables notamment les enfants. Les actions entreprises visent aussi à réduire les inégalités sociales. Les programmes d'alphabétisation mis en œuvre au Maroc constituent une forme de protection des populations vulnérables et particulièrement les jeunes filles et les femmes.

Le Maroc a enregistré des **avancés notables en matière du statut de la femme** notamment à travers le nouveau Code de la famille, en vigueur depuis mars 2004 et le code de la nationalité amendé en 2006, tous les deux ont induit un bouleversement fondamental des rapports juridiques entre les différents membres de la famille et favorisant le respect des droits des femmes à différents niveaux de la vie familiale, sociale et politique. Le Ministère de Développement Social, de la Famille et de la Solidarité avait lancé en 2006 une stratégie nationale pour l'équité et l'égalité entre les sexes par l'intégration de l'approche genre dans les programmes et politiques de développement. SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI a annoncé la levée des réserves à l'égard de la CEDAW à l'occasion du 60ème anniversaire de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, le 10 décembre 2008. Aujourd'hui ce département chargé du développement social a impliqué les autres départements ministériels pour mettre en place un agenda gouvernemental pour l'équité et l'égalité entre les sexes pour la période 2010-2012 visant à réduire les écarts entre les sexes dans neuf domaines prioritaires en parfaite liaison avec le niveau de vulnérabilité des populations.

Le Parlement a voté en faveur de l'avancement de la création d'un **Fonds pour soutenir les femmes divorcées et leurs familles**. Le Fonds donnera de l'argent aux femmes divorcées et aux mères dont les pensions alimentaires n'ont pas été réglées par leurs maris. Il se chargera par la suite de récupérer le montant dû pour compenser ses dépenses. Ce Fonds aidera beaucoup de femmes et d'enfants vulnérables à changer leur quotidien car la non-application de la pension alimentaire « *Nafaka* », a des répercussions négatives qui se manifestent notamment dans la déperdition scolaire, la délinquance et l'éclatement familial.

Le Premier Ministre a réitéré, lors du Forum national sur la carte sanitaire, l'engagement du gouvernement en ce qui concerne la **généralisation du Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis** (RAMED) lancé en novembre 2008. Il a souligné la mise en place d'actions visant la

consolidation du système de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) notamment l'élargissement du panier de soins qui bénéficie aux assurés du secteur privé par l'introduction des soins ambulatoires. Le premier Ministre a précisé que le rôle de l'Etat dans le domaine de la santé se manifeste à différents niveaux et plus particulièrement dans la mise en place de la carte sanitaire et des plans régionaux pour garantir l'offre des soins nécessaires et dans l'éducation sanitaire, la prévention contre les dangers menaçant la santé, la promotion et l'adoption de modes de vie sain, la surveillance sanitaire, l'offre des soins préventifs et curatifs.

Le programme d'activités génératrices de revenus (AGR) mis en place par l'Agence de Développement Social (ADS), l'ALCS, et AMSED pour réduire l'impact socio-économique sur les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ou vulnérables à l'infection, a été évalué en 2009. Les résultats probants de la première phase de ce programme ont incité à développer une nouvelle configuration à savoir le programme AMALI. Une convention de partenariat définissant les conditions de mise en place d'un Fonds d'Appui au Programme AMALI sera signée entre l'ALCS et l'ADS en 2010. Les objectifs de ce programme s'articulent autour du développement d'activités génératrices de revenus pour les personnes vulnérables, infectées et affectées par le VIH/SIDA et bénéficiant des programmes de l'ALCS ainsi que le renforcement des capacités techniques et institutionnelles des sections et des associations locales impliquées dans le programme.

Le **centre de prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives** du CHU Ibn Rochd à Casablanca a été inauguré par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, le 2 septembre 2009. Ce centre a été réalisé par la Fondation Mohammed V pour la solidarité et le partenaire chargé de l'accompagnement des patients et de leur sensibilisation est l'Association Nassim. Un second centre sera construit à Oujda. Ces centres contribueront également à la promotion de la prévention de la toxicomanie à travers l'information, la formation ou la sensibilisation avec une attention particulière aux adolescents et jeunes.

Des actions spécifiques sont menées pour la **vulgarisation des messages de prévention** et ce notamment en raison du degré d'alphabétisme dans certains segments de la population féminine et du contexte socioculturel qui limite les effets des actions de prévention. L'intégration de la prévention du VIH dans les services de santé reproductive, la prise en charge des IST ainsi que mise en œuvre de la pTME sont à même de réduire les inégalités de genre en terme d'accès aux services, de prévention et de soins. Quand les situations d'exposition au risque sont élevées (particulièrement dans le cas des travailleuses du sexe) des activités d'accompagnement à la prévention, d'accès aux soins ; de soutien psychosocial ou de réinsertion sont menées par les ONG pour permettre une amélioration du contexte global de vie. Ces activités sont élaborées de manière à intégrer la prise en compte des besoins spécifiques des femmes.

En ce qui concerne la protection des enfants, le nouveau Code de procédure pénale et le nouveau Code pénal, entrés en vigueur, apportent plusieurs améliorations au traitement des enfants devant la loi, à leur protection contre des délits, tels que le travail forcé, et les mauvais traitements. La stratégie du gouvernement vise à lutter contre le phénomène des enfants de la rue en se basant sur les axes juridiques social et éducatif. Le programme national de lutte contre le travail des enfants vise à améliorer les conditions de travail des enfants comme première étape avant de plaider pour son élimination. Ce programme cible davantage les filles rurales qui sont cantonnées dans l'activité d'aide familiale au détriment de sa scolarité ce qui influencera négativement son statut dans le futur. Il abolit le travail des enfants dans les activités les plus dangereuses et offre aux enfants et leurs familles concernés des alternatives viables. Le plan d'action national pour l'enfance (2005-2015) a pour but d'assurer la réintégration de ces enfants au sein de la société. Ce plan inclut un volet dédié à la lutte contre les IST/sida. D'autre part, la loi stipulant l'interdiction d'employer les petites domestiques de moins de 15 ans contribuera à encourager la scolarisation des filles et à élever le statut des jeunes filles. Le plan d'urgence mis en œuvre par le Ministère de l'Education Nationale est une forme concrète qui a comme objectif la réalisation de la généralisation d'accès à l'école et la rétention des enfants en âge scolaire dans le système éducatif et plus particulièrement les jeunes filles issues du milieu rural.

Les jeunes sont concernés par des **programmes étatiques d'insertion dans le marché de travail** à l'issue de diplômes de l'enseignement général ou de la formation professionnelle. Nous citons les trois programmes développés par le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, à savoir Tâahil (qualification), Idmaj (Intégration) et Moukawalti (Entreprise). Ces trois programmes visent à faciliter l'insertion des jeunes diplômés à travers le stage, le premier l'emploi ou la création de leur propre affaire. Des mesures d'accompagnement sont offertes pour aider les jeunes à réussir leur choix.

Les réformes législatives entreprises font avancer la **lutte contre tous les abus, ciblent une moralisation de la vie publique** et œuvrent pour une justice impartiale. Elles représentent de grandes avancées et favorisent les changements dans le sens des engagements internationaux du Maroc. Les stratégies menées au Maroc plaident pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la pénalisation du harcèlement sexuel sur le lieu de travail ainsi que toute forme de discrimination à l'égard des femmes.

IV.6. RESSOURCES

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Accroître les crédits budgétaires nationaux alloués à la lutte contre le VIH/sida et s'assurer que les crédits alloués par tous les ministères concernés soient suffisants.*
- *Appuyer le fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour qu'il finance une riposte rapide et élargie axée en priorité sur les pays les plus touchés.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

La préparation du plan stratégique national de lutte contre le sida (PSN) 2007/2011 a évalué les besoins financiers globaux à 50.4 millions US \$ au regard des actions programmées pour la réalisation des objectifs de cette stratégie nationale.

A cet effet, **l'Etat s'est engagé à maintenir un budget régulier** pour le programme national de lutte contre le sida et qui constitue une source principale de financement pour appuyer le PSN.

Un peu plus que la moitié de ce montant à savoir 26,4 millions US \$ a été mobilisée dès l'année 2007 auprès du **Fonds Mondial de lutte contre le sida**, la tuberculose et le paludisme après la soumission de la proposition du CCM au sixième appel. Ainsi le Fonds mondial, constitue la principale source externe de financement du PSN au Maroc.

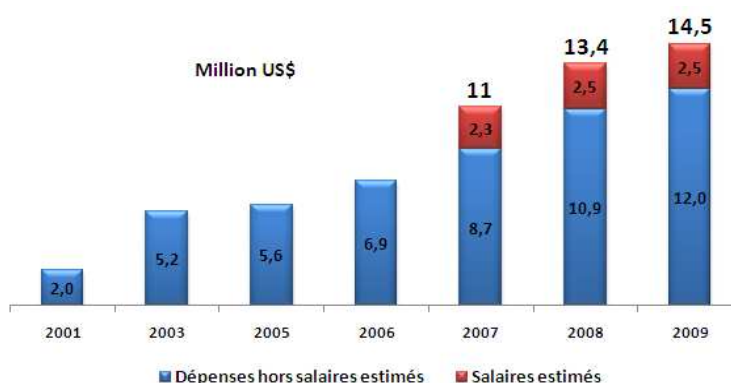
Le système des Nations Unies au Maroc contribue à la mise en œuvre du PSN selon un plan d'appui coordonné par ONUSIDA et établi conjointement par les différentes agences le composant et avec une répartition des tâches selon les attributions des unes et des autres. Leur contribution se focalise sur l'assistance technique et au renforcement des capacités.

Des partenaires de la coopération bilatérale contribuent également de manière substantielle à la mise en œuvre du PSN, il s'agit notamment, la coopération technique Belge et le Programme de coopération Française (ESTHER). Une harmonisation de l'appui des différents partenaires au développement, Fonds Mondial, agences des Nations Unies et de coopérations bilatérale, est assurée.

L'étude sur l'évaluation des Ressources et dépenses (NASA), menée pour la première fois au Maroc a permis de disposer d'informations fiables, complètes sur les ressources financières investies et leur répartition selon les domaines d'intervention du PSN. Bénéficiant d'un appui de l'ONUSIDA, celle-ci a porté sur les deux années 2007 et 2008. Les données sur les budgets 2009 ont été estimées sur la base de la programmation des programmes et de plan établis.

Il est à préciser qu'une estimation des salaires du personnel impliqué dans les activités de lutte contre le sida et autres contributions (Frais d'hospitalisation et des bilans de laboratoire) a été intégrée aux dépenses pour les années 2007 à 2009. La majorité de ces dépenses est prise en charge par le ministère de la Santé.

Graphique 28 : Evolution des dépenses en matière de lutte contre le sida. (Millions US\$). Maroc 2001-2009



L'inventaire des fonds alloués par l'ensemble des partenaires du programme de lutte contre le sida indique que le budget pour l'année 2009 était de 14,5 millions de \$US dont 12 millions \$US hors salaires et autres contributions.

Une augmentation régulière du financement des activités liées au sida est également notée (Graphique 28). Ainsi, si l'on considère les dépenses liées à la lutte contre le sida hors salaires et autres contributions, celles-ci sont passées de 6,9 millions de \$US en 2006 à 10,9 en 2008 pour atteindre les 12 millions US\$ en 2009.

Si l'on considère la période 2007-2009, le budget engagé est de 38,9 millions de \$US dont 31,6 millions \$US hors salaires et autres contributions (Le budget prévu pour cette période par le PSN était 28 millions de \$US).

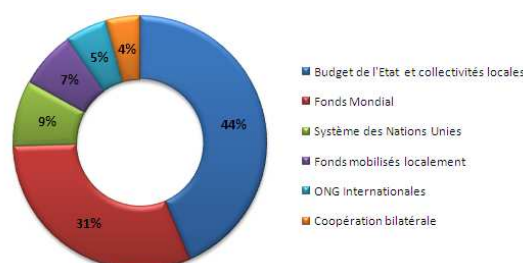
Le tableau 4, récapitule pour les années 2007 et 2008 sur lesquels a porté l'étude NASA, la répartition des dépenses par domaine et selon les sources de financement.

Tableau 4: Répartition des dépenses relatives à la lutte contre le sida par sources et domaines d'action. Maroc, 2007-2008

SOURCE	Prévention	Soins et traitement	Gestion et Administration de programmes	Ressources humaines	Protection sociale et services sociaux	Environnement Favorable	Total général
Budget de l'Etat et collectivités locales	2895725	6674815	599300		594473		10764313
Coopération bilatérale	322541	531008	201532		1418	6581	1063080
Fonds mobilisés localement	726945	163024	358509	30140	432182	94292	1805092
Fonds Mondial	3802503	2067337	1205026	6828	1615	549722	7633031
ONG Internationales	943353	31809	137782	13151	177457	15441	1318993
Système des Nations Unies	631958		1148839	60215	40095	218284	2099391
Total général	9323025	9467993	3639710	110334	1247240	884320	24683900

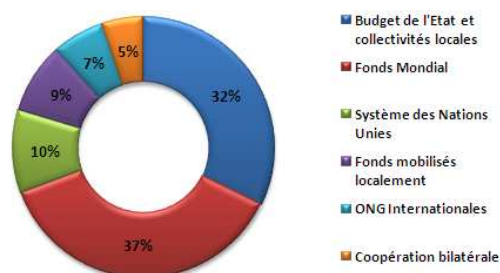
Au cours de la période 2007-2008, la répartition des dépenses selon les sources de financement (graphique 29), montre que 44% sont prises en charge par le budget de l'Etat, 31% par le Fonds mondial, 9% par le système des Nations Unies et 4% pour la coopération bilatérale.

Graphique 29: Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida. Selon les sources de financement. Maroc, 2007-2008



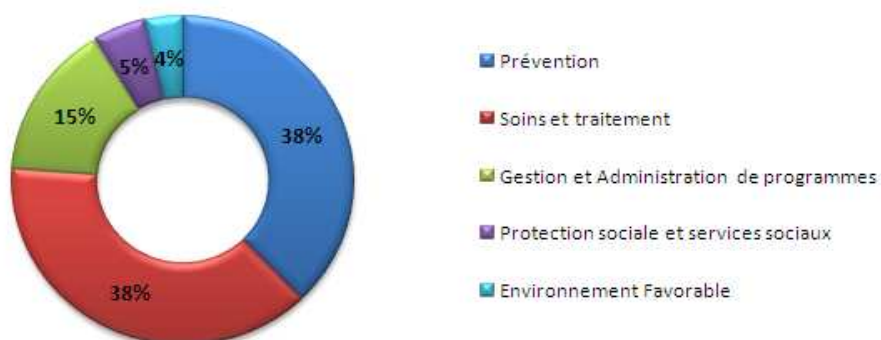
Si l'on considère uniquement les dépenses hors salaires et autres contributions, la part du budget de l'Etat devient de 32% contre 37% pour le Fonds mondial, 10% par le système des Nations Unies et 5% pour la coopération bilatérale (Graphique 30)

Graphique 30: Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida, hors salaires et autres contributions. Selon les sources de financement. Maroc, 2007-2008



D'autre part le graphique 31, montre une égalité entre les dépenses pour la prévention et pour la prise en charge qui ont consommé chacune 38% du budget total. La gestion et administration des programme qui inclut le suivi et évaluation a englobé 15% des dépenses.

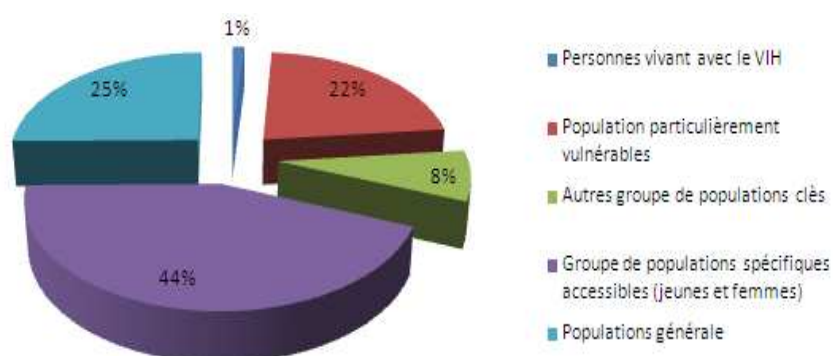
Graphique 31 : Répartition des dépenses consacrées à la lutte contre le sida.Selon les domaines. Maroc, 2007-2008



Si l'on considère séparément les activités de prévention, les dépenses qui leurs été consacrées (Graphique 32) ont été réparties pour 30% au profit des populations clés ou particulièrement vulnérables, 44% pour les autres populations spécifiques notamment les jeunes et femmes vulnérables, alors que 25% 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 32: Répartition des dépenses consacrées à la prévention.

Selon les populations bénéficiaires. Maroc, 2007-2008



V. MEILLEURES PRATIQUES

Intégration du Programme de pTME dans les Services de Santé Reproductive : les défis à mise en œuvre dans un contexte de faible prévalence.

Le plan stratégique national de lutte contre le sida 2007- 2011 a prévu de renforcer le programme de prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (pTME). Une approche d'intervention impliquant les services de santé maternelle et infantile a démarré à titre pilote au niveau de trois régions : Grand Casablanca, Marrakech Tensift Al Haouz et Souss Massa Drâa, afin d'évaluer la pertinence de l'intégration du conseil et test VIH dans la consultation prénatale, avant son extension aux autres régions prioritaires. Ce programme est appuyé par l'UNICEF et le Fonds mondial.

Le processus a commencé par la constitution d'un comité national de pilotage et l'élaboration d'un protocole d'intervention qui définit les objectifs, la méthodologie, les modalités de mise en œuvre, de gestion et de suivi et d'évaluation du programme. La deuxième étape a consisté en l'équipement des centres et la formation des prestataires de santé impliqués, en matière de pTME et de conseil pré et post- test et réalisation du test rapide VIH. La troisième étape a concerné le recrutement de 2 consultants nationaux, pour le suivi du programme, qui a démarré en septembre 2008. Des visites de supervision et des réunions trimestrielles ont été régulièrement effectuées au niveau des 3 régions.

Après une année de mise en œuvre du programme, 5709 femmes ont consulté, 3767 (soit 65%) ont été conseillées et 3239 (soit 86%) ont accepté de faire le test. Au total 57% des femmes ont accepté de se faire tester, parmi celles qui ont consulté. Six femmes enceintes ont été diagnostiquées VIH positives, au niveau de la région de Souss-Massa-Draâ, soit un taux de prévalence de 0,1% qui corrobore avec les résultats de la surveillance sentinelle. Parmi les 6 femmes VIH positives, 4 (soit 66%) ont bénéficié de la pTME.

Ce programme pilote a mis en évidence les difficultés de la stratégie pTME dans un contexte de faible prévalence dans la population générale et la nécessité de doser entre l'impératif de dépister les femmes enceintes séropositives et celui d'assurer le coût efficacité de cette intervention.

Une étude socio-anthropologique sur l'acceptabilité du test par les bénéficiaires et les prestataires de santé est en cours de réalisation.

L'évaluation de cette expérience en 2010, permettra de définir les modalités d'extension du programme aux autres régions prioritaires du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007- 2011.

Des efforts continus pour la réduction des prix du traitement ARV, pour un accès universel au Maroc

Le plan stratégique national de lutte contre le sida 2007- 2011 a pour objectif d'assurer l'accès universel à des services de prévention et de traitement et d'appui. Aussi, le ministère de la Santé a-t-il fait de la réduction du coût des traitements et la mobilisation des ressources une stratégie essentielle pour garantir l'accès aux ARV pour les PVVIH.

Le ministère de la Santé en collaboration avec l'ALCS ont pu introduire la trithérapie au Maroc en 1998, avec l'appui du Fonds de Solidarité Thérapeutique International. Les PVVIH étaient mises sous traitement selon des critères d'éligibilité.

La stratégie de réduction des prix des ARV a démarré en 2001 par l'inclusion du Maroc dans l'initiative « Access ». En 2002, le Gouvernement a aboli les taxes des droits de douane et TVA sur les ARV. En 2003, le pays a pu généraliser l'accès aux ARV grâce à l'appui du Fonds mondial et en 2004 les génériques ont été introduits. Ces efforts ont permis une réduction de 94% en comparaison avec les prix de 1998. En 2005, le Maroc est devenu signataire du consortium Bill Clinton permettant d'accéder à des prix préférentiels. En 2007, un appui technique de l'OMS a permis d'élaborer une stratégie de réduction des prix mise en place depuis.

Le coût du traitement ARV est passé de 1300 US\$/mois/patient en 1998, à 600 US\$ MAD/mois/patient en 2001. En 2002, ce coût est passé à 200 US\$/mois/patient et le nombre de patients sous traitement était de 248. En 2003, le coût du traitement ARV a baissé pour atteindre 100 US\$/mois/patient et le nombre de patients a doublé. En 2004, le coût a atteint 80 US\$/mois/patient et le nombre de patients sous ARV a quadruplé. Actuellement, 2 500 PVVIH sont sous trithérapie ARV et les efforts ne cessent d'être déployés afin de bénéficier des prix les plus bas.

Dans le cadre d'une stratégie de plaidoyer à haut niveau, de négociations continues, de recherche de toutes les opportunités internationales et nationales et de coordination efficace entre les planificateurs et les prescripteurs, les prix des ARV ont pu être réduits de manière significative au Maroc. Ces efforts ont permis de prendre avec la même enveloppe budgétaire d'il y a 10 ans, 10 fois plus malades.

Cependant, le Maroc est conscient qu'il faut déployer davantage d'efforts dans un contexte où les traitements pour les malades résistants, de plus en plus nombreux, restent très onéreux.

Estimation du nombre de personnes vivant le VIH au Maroc et application aux programmes de prise en charge

L'estimation constitue un exercice important du processus de planification nationale pour la lutte contre le sida, particulièrement pour définir la couverture et les besoins en matière de prise en charge par les ARV. Le Maroc produit des estimations depuis l'année 2003. Le dernier exercice a été mené en 2009 par un groupe de travail national avec l'appui de l'ONUSIDA.

La méthodologie d'estimation utilisant les logiciels EPP et SPECTRUM d'estimation/projection a été appliquée au contexte du Maroc. Les informations de base intégrées dans l'EPP ont été les données démographiques, les tailles des populations exposées estimées avec les acteurs de terrain, la prévalence par groupe produite par le système de surveillance sentinelle au niveau de 30 sites ainsi que d'autres informations comme les notifications des cas de sida et les données des études. Ce travail a permis de déterminer la courbe de tendance du VIH projetée jusqu'en 2012 au niveau national, par milieu urbain ou rural et par populations exposées notamment, les professionnelles du sexe, les Consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des relations avec d'autres hommes. Après paramétrage et adaptation, le logiciel SPECTRUM a été utilisé pour obtenir les estimations et projections concernant le nombre de PVVIH adultes et enfants, le nombre de nouvelles infections VIH, les décès annuels, la prévalence du VIH, les besoins en ARV enfants et adultes, le nombre de femmes enceintes nécessitant la pTME, le nombre d'orphelins du sida.

Les estimations et projections obtenues sont conformes à celles des exercices précédents. Il a été estimé que 25 000 personnes vivent avec le VIH au Maroc en 2009 (21000 à 29000), dont 3600 nouvellement infectées (2600 à 4800). Le nombre de personnes qui ont besoins d'ARV en 2009, selon le modèle CD4 <200 est estimé à 5700 soit une couverture actuelle de près de 50%, alors que selon le modèle CD4 <350, il augmente à 16000 réduisant la couverture à 17%.

Les estimations pour l'année 2009 ont permis d'actualiser les données sur la situation de l'épidémie VIH et ses projections jusqu'en 2012. Ces résultats ont confirmé la tendance à la focalisation de l'épidémie dans plusieurs régions du pays ainsi que certaines caractéristiques régionales. Le groupe de travail a recommandé d'améliorer la méthodologie d'estimation des tailles des populations les plus exposées aux risques d'infection à VIH.

Financement du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007/2011, une analyse continue des gaps pour l'estimation et la mobilisation des ressources.

L'analyse de la situation et la riposte au sida au Maroc a permis de faire ressortir les obstacles et opportunités de la réponse et d'élaborer le plan stratégique national (PSN) 2007-2011. Une fois les interventions planifiées, un exercice d'estimation des besoins et d'analyse des gaps en financement a été mené pour la mobilisation des fonds nécessaires.

L'analyse détaillée des besoins programmatiques et des coûts unitaires des interventions (costing) a permis de définir le budget nécessaire. Les fonds disponibles à partir de sources nationales ou internationales selon les interventions prévues ont été estimés. L'estimation a prévu une augmentation progressive du financement du ministère de la Santé, essentiellement pour l'achat des médicaments, réactifs et préservatifs, et pris en considération les contributions prévues des ministères, du secteur privé et des fonds collectés (Sidaction). L'estimation des sources externes, principalement les agences des Nations Unies et de la coopération française (Esther), et belge, s'est basée sur les projets en cours et les contributions antérieures. L'analyse des gaps entre les besoins et les ressources disponibles a été à la base de la préparation d'une proposition pour le Fonds mondial. Une mise à jour des besoins est faite au fur et à mesure de la mise en œuvre du PSN sur la base des dépenses effectuées et des imprévus.

L'estimation des besoins était de \$48 millions alors que les ressources disponibles couvraient \$22 millions. Les gaps qui s'élevaient à plus de \$26 millions soit 50% des besoins, ont été mobilisés dans le Round 6 du Fonds mondial avant le démarrage de la mise en œuvre du PSN. L'exercice a permis une harmonisation et optimisation des ressources. Par exemple, l'achat des ARV est assuré par les budgets de l'Etat et du Fonds mondial alors que les fonds Esther sont axés sur le renforcement des capacités du personnel. L'ONUSIDA a appuyé la réalisation d'une étude et la préparation d'une stratégie de réduction des risques auprès des UDI dont la mise en œuvre est appuyée par le Fonds mondial. Cette logique est appliquée pour les différentes interventions.

L'estimation des besoins en financement a été une étape primordiale de la planification des interventions. Le costing et l'analyse des gaps ont permis de définir les besoins et ressources disponibles, de mobiliser à temps les fonds nécessaires et d'éviter les doubles emplois et déperditions. L'évaluation des ressources et des dépenses relatives au sida (NASA) permettra de disposer d'informations stratégiques pour mieux orienter les investissements et demandes de fonds notamment pour le round 10 du Fonds mondial.

L'évaluation des Ressources et Dépenses relatives au sida au Maroc, pour orienter les investissements du Plan stratégique national.

L'étude sur l'évaluation des Ressources et dépenses s'inscrit dans la cadre de la revue à mi-parcours du Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2007-2011. Conduite par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'ONUSIDA, elle vise à mettre à la disposition des décideurs des informations fiables, complètes sur les ressources financières investies et leur répartition selon les domaines d'intervention et populations les plus exposées.

La méthodologie NASA (National Aids Spending Assessment) est appliquée pour mener cette étude au Maroc. Après constitution et formation de l'équipe chargée de l'étude, un atelier national a été organisé pour définir le processus de mise en œuvre qui se déroule entre novembre 2009 et janvier 2010. Le recueil des données est réalisé selon des fiches de collecte validées avec les partenaires comprenant des informations sur les sources de financements, les projets, les populations bénéficiaires, la nature des dépenses et les ressources humaines mobilisées. Pratiquement, il est demandé aux partenaires d'exploiter leurs registres comptables ou leurs rapports annuels pour fournir les informations. L'équipe apporte le soutien technique dans la collecte des données et réalise des visites des partenaires pour établir de scénarios d'estimation des contributions en nature, des salaires, locaux, dons etc. Le traitement des données consiste à structurer les informations selon la classification NASA et leur saisie dans une base de données pour une exploitation automatique. L'analyse des données est réalisée selon l'approche préconisée par la méthode NASA. La dernière étape concerne la validation des résultats avec les partenaires avant la production du rapport.

L'étude NASA menée pour la première fois au Maroc, constitue une étape primordiale de la revue à mi-parcours du PSN. L'étude vise à initier l'utilisation d'un système normalisé et standardisé de suivi et d'évaluation des dépenses nationales et à renforcer les capacités des partenaires pour la mise en place d'un suivi des flux financiers, intégré dans le cadre du système national de suivi et d'évaluation. Elle permettra de disposer d'informations stratégiques sur les financements et leur répartition selon les populations bénéficiaires qui seront croisés avec les données sur la situation notamment les résultats de l'étude sur les modes de transmission du VIH.

Les difficultés rencontrées sont liées à disponibilité des partenaires ainsi qu'à l'estimation de la part des dépenses liées aux salaires et aux locaux en rapport avec l'activité VIH/sida au niveau des hôpitaux.

La riposte au VIH/sida au sein des groupes les plus vulnérables, le programme auprès de la population carcérale au Maroc.

La séroprévalence du VIH parmi les détenus au Maroc est estimée à presque 1%, ce qui indique que les prisonniers sont une population vulnérable et prioritaire dans la riposte au VIH/Sida. Les activités milieu carcéral visent à réduire les risques de transmission du VIH auprès de cette population. Elles s'inscrivent dans le cadre du plan sectoriel de lutte contre le sida 2007/2011 de l'administration pénitentiaire, mis en œuvre avec l'appui du Fonds mondial.

Pour répondre aux besoins de la population carcérale en terme de prévention, les activités mises en place ont ciblé les prisonniers et les principaux intervenants du milieu carcéral (médecins, surveillants, directeurs, chef de détentions, magistrats). Toutes les prisons ont bénéficié de campagnes de sensibilisation menées par un pool d'experts et médecins qui ont visé les détenus de façon directe et à travers d'autres approches éducatives comme le théâtre. Des rencontres régulières sont organisées avec le personnel administratif pour les sensibiliser en termes de prévention du VIH, notamment dans des situations génératrices de risque (usage de drogues, surpeuplement, violence, etc.). Tous les médecins travaillant dans les prisons ont bénéficié de formations. Convaincue par cette approche de sensibilisation de proximité, l'administration pénitentiaire a organisé des sessions de formation des éducateurs pairs actuellement opérationnels dans plusieurs prisons marocaines. Des supports éducatifs spécifiques ont été élaborés et certaines prisons ont produit des pièces théâtrales sur la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion. En outre, l'administration pénitentiaire a mis en œuvre des centres d'écoute dans les grandes prisons (Casablanca, Kénitra, Fès). Ces centres sont animés par des associations de la lutte contre les IST/SIDA.

Cette activité a permis de sensibiliser 30 000 détenus entre 2005 et 2009. Un noyau de formateurs et d'éducateurs pairs a été mis en place et des centres d'écoutes sont opérationnels au niveau des principales structures carcérales (Casablanca, Kénitra, Fès). Les principales contraintes à une action efficace concernent la participation d'autres intervenants pour la distribution de préservatifs, échange de seringues, le dépistage ainsi que la stigmatisation et les problèmes de surpeuplement des prisons.

A partir des contraintes identifiées, les défis à relever pour accroître l'impact des interventions de lutte contre les IST/Sida en milieu carcéral sont le renforcement des activités de sensibilisation et de formation; la consolidation et dynamisation du noyau des formateurs et éducateurs pairs; l'implication d'autres acteurs (ONG) et le renforcement de l'approche droits humains.

Développement du réseau associatif en appui aux dispositifs de Réduction des Risques liés à l'usage des Drogues Injectables

Soutenu par une volonté politique, le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'ONUSIDA, l'UNODC et le Fonds Mondial, ainsi que les organismes de l'Union Européenne, a mis en place en 2007, un Programme national de Réduction des Risques parmi les Usagers de Drogues Injectables (UDI). Cette stratégie, axée sur la prévention et la réduction des risques, favorise l'émergence des associations d'auto- support et l'approche communautaire et de mise en réseaux des ONG.

Le Ministère de la Santé a opté pour des modalités de travail privilégiant les partenariats, la concertation et l'évaluation des besoins, ainsi que l'animation de temps et d'espaces de réflexion entre les acteurs locaux. La région de Tanger/Tétouan a été choisie pour abriter un programme pilote à plusieurs composantes complémentaires. Une unité fixe à bas seuil d'exigence est mise en place dans un centre ambulatoire de consultations pour usagers de drogues et une unité mobile. Le programme à bas seuil d'exigence, et le programme d'intervention de proximité sont assurés par l'unité mobile, permettent une gamme d'actions incluant l'accueil, le conseil et orientation médicosociale, la distribution et échange de seringues et matériel d'injection, la sensibilisation et prévention, les formations et activités récréatives, les activités d'auto-support etc. Un programme pilote de substitution à la méthadone en soins ambulatoires est en phase d'implantation. Des activités de formation sur les méthodes de réduction des risques pour les professionnels et gestionnaires de la santé ainsi que les acteurs au sein des associations thématiques (ASCOMPHT, ALCS-Tétouan). Des activités de plaidoyers sont organisées au profit des partenaires impliqués dans la problématique.

L'association de soutien au CMP Hasnouna de Tanger a cumulé une importante expérience de travail avec les usagers de drogues et de lutte contre la stigmatisation et de promotion des droits. Un réseau d'associations de réduction des risques RdR-Maroc a vu le jour pour promouvoir le développement des interventions de proximité. Le programme de maintenance à la méthadone a reçu l'autorisation de mise sur le marché au Maroc et est en phase de démarrage avec une centaine de bénéficiaires la première année ; l'extension de ce programme aura lieu après évaluation de la phase pilote.

Parmi les facteurs de succès, une combinaison d'actions complémentaires qui traduit l'approche globale dans la politique de réduction des risques au Maroc, l'adhésion des usagers et le renforcement du réseau associatif au service du développement des comportements des usagers et du changement des mentalités au sein de la société. Une adaptation continue des méthodes d'intervention et le renforcement du volet de lutte contre la dépendance s'avèrent nécessaires. Les actions devront renforcer la participation des usagers, à la vie sociale et communautaire.

Mise en place de la politique de substitution aux opiacés au Maroc.

Le programme de Maintenance à la Méthadone au Maroc s'inscrit dans le cadre du dispositif global de réduction des risques, mis en œuvre depuis 2007. Un consensus entre professionnels de santé et intervenants en matière de toxicomanes a été à l'origine de l'implantation d'un projet pilote de substitution dans une région où la consommation d'héroïne par voie injectable est en augmentation.

Un processus de concertation nationale a prévalu à l'implantation du Programme de Maintenance à la Méthadone, appuyé par l'ONUSIDA, l'UNODC, le Fonds mondial, des pays de l'Union Européenne, notamment la France et la Hollande, et des experts internationaux. Les objectifs de ce programme sont i/ d'améliorer les conditions de vie des usagers de drogues (physique, mental et social), ii/ de prévenir les contaminations VIH, hépatites et autres, iii/ de réduire la morbidité/mortalité et les risques de surdoses, et iv/ de réduire la prévalence de l'injection et la consommation de drogues en tendant vers l'abstinence, v/ d'assurer aux femmes usagères un accès au traitement. Un centre de soins ambulatoires, le centre médico-psychologique (CMP) Hasnouna de Tanger, a été désigné pour la phase pilote. Un plan formation des intervenants est mis en œuvre et une procédure pour l'autorisation de mise sur le marché marocain a été enclenchée. L'option a porté sur un programme à haut seuil de sécurité. La réussite de l'évaluation du programme pilote sera un préalable indispensable à toute extension ultérieure du traitement.

Des formations théoriques et pratiques ont été réalisées au profit des professionnels de santé, futurs prescripteurs, des membres de l'équipe du centre et des acteurs des ONG thématiques locales. Des ateliers de plaidoyers ont concerné les gestionnaires et décideurs des départements impliqués. La méthadone, sous forme sirop, est fabriquée par un laboratoire pharmaceutique marocain, et l'autorisation de mise sur le marché est acquise. Ce programme lancé en début 2010 prévoit une centaine d'usagers la première année et une augmentation des files actives les années suivantes.

Le programme de substitution au Maroc est l'une des composantes de la stratégie globale du Maroc de réduction des risques liés aux drogues injectables, il privilégie une approche fondée sur la promotion, et la protection des droits humains des consommateurs de drogues. Le programme est actuellement en phase d'implantation, et de l'évaluation de cette phase pilote découleront les décisions d'élargissement à d'autres sites prioritaires et l'implication d'autres profils de professionnels pour la mise en place des services de substitution. Il importera aussi de se préoccuper du sort de ceux qui demeureront « non admis » dans les premières années et de leur proposer des alternatives.

Système de Suivi et d'Évaluation du Plan Stratégique National de lutte contre le sida, conception et mise en œuvre.

L'un des résultats du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007-2011 (PSN) concerne la mise en place d'un système national unique de suivi et d'évaluation (S&E) et ce, en application des trois principes promus par l'ONUSIDA. L'implantation de ce système vise essentiellement le renforcement des capacités des partenaires en matière de S&E et l'utilisation de l'information stratégique pour le pilotage du PSN.

Le Programme National de Lutte contre les IST/sida (PNLS) a engagé un processus de refonte du système d'information dans le but de mettre en place un système de S&E intégré avec des indicateurs standardisés et des outils de collecte de données normalisés et ce, en étroite collaboration avec les partenaires du PSN. Le processus a été structuré en trois étapes comprenant la révision du système d'information, la conception du système de S&E et son implantation.

Un atelier national de révision du système d'information a été organisé et a permis de définir une liste minimale d'indicateurs de S&E du PSN. Un comité restreint a été chargé de finaliser cette liste, de détailler la définition des indicateurs, de concevoir les outils de collecte de données et de produire un guide de S&E.

Des formations sur le nouveau système ont été organisées au niveau national et au niveau des régions prioritaires et le guide national de S&E a été diffusé. Des bases de données nationale et régionales sont en cours de mise en place au niveau des observatoires régionaux de santé.

L'ensemble du processus est conduit par un groupe de travail sous la responsabilité du PNLS, et appuyé par l'ONUSIDA, et le Fonds mondial.

Le système de S&E du PSN est basé sur une liste de 45 indicateurs et 32 fiches de collecte des données structurées selon les domaines du PSN. Des partenaires ont commencé à adapter leurs outils d'information à ce nouveau système qui est également en phase d'intégration avec le programme d'appui du Fonds mondial. Le défi majeur à sa mise en œuvre concerne la disponibilité de ressources humaines pour piloter et d'alimenter régulièrement le système avec les données émanant du terrain.

Le système de S&E unique est un acquis au Maroc. Cependant, des efforts sont a déployés pour appuyer les acteurs sur le terrain pour opérationnaliser et pérenniser ce système particulièrement en matière de ressources humaine.

La revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le sida, pour renforcer la riposte nationale vers l'accès universel.

Le plan stratégique national de lutte contre le sida (PSN) 2007/2011 vise à assurer un accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui. Des cibles chiffrées ont été définies pour la couverture par les prestations de services. La revue à mi-parcours permet d'examiner les données récentes sur la situation, les progrès et obstacles dans la mise en œuvre et d'orienter les efforts pour les prochaines années.

Le processus de la revue, défini avec les différents partenaires des secteurs gouvernementaux, ONG et internationaux, comprend plusieurs étapes qui seront menées en fin 2009 et début 2010.

Le recueil et la synthèse des données sur la situation et les réalisations du PSN sont complétés par la conduite de deux études portant sur l'estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (NASA) et sur des modes de transmission (MOT). Des revues externes porteront sur l'intégration du Genre et les Droits humains dans le PSN. L'analyse de l'ensemble de ces données sur la situation et la riposte notamment les dynamiques récentes de l'épidémie et les facteurs de vulnérabilité est menée par une équipe de consultants externes. Des entretiens et focus groups avec les différents partenaires, intervenants et bénéficiaires complètent cette analyse. Un atelier national permettra de valider les constats et d'établir des recommandations pour la mise en œuvre du PSN.

La dernière étape consiste en un réexamen des priorités et des cibles en termes de couverture des populations les plus exposées. Un plan de mise en œuvre budgétisé sera ensuite préparé pour les dernières années du PSN. L'ensemble du processus est conduit par un groupe de travail sous la responsabilité du PNLS, et appuyé par l'ONUSIDA, ASAP et le Fonds mondial.

L'exercice de revue constitue un moment important du cycle de planification stratégique national. Il permet de consolider le leadership national, l'appropriation du PSN par les partenaires ainsi que de revoir les priorités pour mieux cibler les interventions, investissements et appui technique en direction des populations qui en ont le plus besoin.

Une analyse des gaps en matière d'appui à la stratégie nationale sera réalisée suite à cet exercice et aboutira à la définition des axes et du contenu d'une nouvelle proposition dans le cadre du Round 10 du Fonds mondial.

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

VI.1. PROGRES DANS LES MESURES CORRECTIVES AUX OBSTACLES IDENTIFIES DANS LE RAPPORT 2008

Points faibles et obstacles identifiés dans le rapport 2008	Progrès dans les mesures correctives
Implication des partenaires	
Implication de certains secteurs clés dans la lutte contre le VIH/sida (Emploi, Développement Social, Tourisme, Transport, Agriculture)	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation d'un atelier national « Intégration de la lutte contre le VIH/sida en milieu de travail ». • Elaboration en cours du plan stratégique sectoriel du ministère de l'Emploi. • Implication du secteur de l'Agriculture à travers un projet de formation des vulgarisatrices agricoles sur les IST/sida. • Implication du Ministère de développement social à travers l'intégration de la lutte contre le sida dans la stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes. • Implication de la Rabita des Oulémas, par l'intégration de la composante IST/VIH/sida et la SR dans le champ religieux.
Insuffisance de l'implication du secteur privé médical et non médical pour se rapprocher du milieu du travail et surtout des entreprises	<ul style="list-style-type: none"> • Création de l'Association Sida-Entreprises Maroc • Participation le BMCE, TOTAL et Fondation Accord aux activités de lutte contre le sida
Non intégration de la problématique du VIH/sida dans les activités comme axe transversal par la majorité des ONG non thématique	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'intégration de l'éducation en matière des IST/sida dans les cours d'alphabétisation des femmes mis en place par AMSED et associations de développement communautaire • Partenariat avec la coalition des associations féminines
Participation limitée des autorités locales et des communes. Intégration insuffisante de la lutte contre le sida dans les programmes de développement local	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des communes en tant que partenaire dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégique régionaux de lutte contre le sida
Prévention	
Programmes de prévention limités à quelques villes	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture de nouvelles régions en matière de prévention pour les professionnelles de sexe, HSH, ouvrières et routiers. • Programme des usagers de drogues lancé à Tanger. Extension à Tétouan et Nador. • Nouveaux centre de dépistage du VIH dans d'autres villes. • Intensification de la campagne mobile de dépistage au cours de la période.

<p>Absence de programmes structurés de prévention du VIH et de protection auprès des enfants en situation précaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activités mises en place par les associations ciblant les enfants en situation précaire. • Initiation d'une consultation pour la préparation de programme de prévention auprès des enfants en situation précaire.
<p>Insuffisance des précautions universelles pour éviter les accidents d'exposition au sang dans les établissements de santé, vu le manque de disponibilité de matériel à usage unique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de formation des équipes hospitalières pour les mesures universelles de précaution • acquisition et distribution de matériel à usage unique en priorité pour les maternités hospitalières, les pôles d'excellence et les centres référents • Mise en place de Kits de prophylaxie en cas d'accident d'exposition au sang dans les centres référents régionaux
<p>Soins, appui et traitement</p>	
<p>Absence de centre de prise en charge à Safi, Béni Mellal et Lâayoune</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Période 2008-2009 consacrée au renforcement des centres existants, extension prévue en 2010
<p>Iniquités des plateaux techniques des hôpitaux régionaux entravent la décentralisation du diagnostic de la PEC des PVVIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Installation du centre d'Agadir dans un nouveau service entièrement rénové • Rénovation du service de prise en charge du pôle d'excellence du CHU Ibn Rochd à Casablanca • Rénovation du centre de prise en charge des enfants au niveau du pôle d'excellence de Rabat • Décentralisation de la numération des CD4 à Agadir et Marrakech
<p>Faible couverture par les pTME (insuffisance du dépistage du VIH chez les femmes enceintes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Démarrage de programme pilote de pTME impliquant les services de la santé maternelle et infantile dans les centres de santé de trois régions • Programme en phase d'évaluation dans la perspective de son extension au cours de l'année 2010
<p>Absence de dispositif national en matière d'appui psychosocial des PVVIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'un programme national d'appui psychosocial • Accréditation des associations et médiateurs thérapeutiques • Formation des assistantes sociales et les médiateurs sociaux • Programme d'observance aux ARV conduit par l'ALCS • Groupes d'auto support mis en place par l'association du jour
<p>Droits humains et protection des populations vulnérables</p>	
<p>Inexistence de comité d'éthique se penchant sur les droits des PVVIH et sur l'environnement juridique de LCS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programme sur les droits humains des PVVIH, le comité d'éthique est prévu pour 2010
<p>Niveau limité des programmes de protection destinés aux enfants très vulnérables (enfants des rues, victimes de réseaux de délinquance, d'exploitation, sexuelle)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation en cours, mise en place du programme est attendue pour 2010

Décentralisation des activités de lutte contre le sida	
CRILS fonctionnels dans quelques régions prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de plans stratégiques régionaux dans les neuf régions prioritaires • Nécessité de renforcement des comités régionaux (CRILS)
Faiblesse du budget pour la mise en œuvre des plans régionaux	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs régions ont bénéficié de dotations d'appui du Fonds mondial pour la réalisation des activités inscrites dans leurs plans stratégiques
Absence d'institutionnalisation du CRILS et des règles régissant leur organisation et leur fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Prévu en 2010 au même titre que le CCM

VI.2. OBSTACLES A 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.

En matière d'implication des partenaires

- L'implication des secteurs-clés dans la lutte contre le sida doit être renforcée afin d'améliorer la couverture des populations vulnérables. Il s'agit notamment des secteurs du tourisme et du transport.
- Le secteur privé médical ou non médical, n'est pas encore suffisamment mobilisé. Le rapprochement du milieu du travail et surtout des entreprises nécessite une implication accrue de ces secteurs.
- Implication des médias pour contribuer au plaidoyer, notamment la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH
- Implication davantage des acteurs locaux collectivités locales et services extérieurs dans la mise en œuvre des PSR
- Plus de renforcement de l'intégration de l'éducation sexuelle et les IST/sida dans les programmes d'enseignement scolaire et à tous les niveaux

En matière de prévention

- Niveau élevé de l'analphabétisme au sein de la population, notamment la population féminine et surtout les femmes rurales, rend difficile les actions de prévention
- L'approche d'éducation par les pairs reste limitée au vu de l'instabilité des personnes formées et du niveau de durabilité de l'intervention
- Difficultés d'approche des personnes ayant le plus haut risque, notamment les PS, HSH et les migrants par leur statut, leur méfiance et inquiétude
- Nécessité d'institutionnalisation d'un statut légal des intervenants de terrain pour les activités des ONGs

- Nécessité d'évaluer la qualité des messages transmis lors des actions de prévention pour une assurance qualité
- Insuffisance de l'extension géographique des antennes des associations dans certains sites des régions prioritaires
- Manque d'harmonisation sur le terrain des activités réalisées par les ONG. Nécessité de renforcement du réseautage
- Renforcement de la gouvernance pour certains ONG au niveau de la capacité de gestion
- Mise en œuvre de programmes structurés de prévention du VIH et de protection auprès des enfants en situation précaire.
- Renforcement des précautions universelles pour éviter les AES dans les établissements de santé.

En matière de soins, appui et traitement

- Certaines provinces sont dépourvues de centre de PEC alors qu'un nombre appréciable de malades y est notifié.
- Renforcement des centres référents pour assurer une prise en charge adéquate des PVVIH
- Extension des programmes de Prévention de Transmission de la Mère à l'Enfant (pTME)
- Renforcement de l'appui psychosocial des PVVIH et des personnes vulnérables dans les prisons, notamment à travers la restructuration des centres d'écoute non fonctionnels

En matière de droits et de protection des personnes 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.
- 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.

En matière de décentralisation des activités de LCS

- Faiblesse du fonctionnement de certains CRILS
- Absence de mécanisme d'allocation de budgets aux régions pour la mise en œuvre des plans stratégiques régionaux.

VI.3. MESURES CORRECTIVES CONCRETES PREVUES POUR REALISER LES OBJECTIFS DE L'UNGASS

Ces points faibles et obstacles, identifiés seront analysés dans le cadre du processus de revue à mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le sida qui coïncide avec la préparation du rapport de l'UNGASS. Un plan opérationnel couvrant les deux dernières années du Plan stratégique national (2010 et 2011) sera défini pour la mise en œuvre des actions identifiées.

Ainsi la revue à mi-parcours permettra de définir les actions et moyens pour renforcer la mise en œuvre des quatre objectifs du PSN:

- Renforcer les activités de prévention de qualité répondant aux besoins des populations les plus exposées au risque d'infection.
- Accroître et diversifier les opportunités de conseil et de dépistage du VIH, dans le respect du droit des personnes.
- Assurer des soins de qualité et une prise en charge psychosociale pour les PVVIH, incluant l'accès aux ARV.
- Rendre effectif le leadership national pour une gestion et une coordination efficaces de la réponse multisectorielle au sida.

Les actions s'inscrivent dans la continuité des efforts précédents et s'articulent autour des interventions suivantes:

Extension des programmes de prévention auprès de populations les plus exposées au risque d'infection

- Extension des programmes de prévention de proximité pour les PS, HSH, UDI, détenus, migrants, femmes vulnérables
- Evaluation des programmes de prévention en cours et documentation des meilleures pratiques
- Mise en place un système d'assurance qualité des interventions de proximité auprès des populations exposées
- Intégration de la prévention du VIH dans les services de Santé sexuelle et reproductive
- Amélioration de l'accès et la disponibilité des préservatifs (programme de marketing social)
- Amélioration de l'accès aux services de conseil et dépistage volontaire du VIH
- Renforcement de la disponibilité de l'information stratégique pour améliorer les programmes de prévention,
- Systématisation de la coordination et du réseautage des ONG thématiques et de développement pour une réponse globale et intégrée.

Renforcement de la prévention auprès des jeunes

- Intégration de la prévention du VIH dans les stratégies nationales et les programmes auprès des jeunes
- Evaluation des approches d'éducation et de prévention et documentation des meilleures pratiques

- ☛ Mise en place d'un système d'assurance qualité des activités de prévention auprès des jeunes
- ☛ Extension à des nouveaux sites les programmes d'éducation et de prévention en milieu scolaire et extrascolaires
- ☛ Campagnes de sensibilisation adaptée.

Renforcement de la prise en charge et l'appui aux personnes vivant avec le VIH

- ☛ Implantation et renforcement du dépistage initié par le prestataire
- ☛ Révision des guides et référentiels de prise en charge
- ☛ Implantation de nouveaux centres référents régionaux de prise en charge des PVVIH
- ☛ Elaboration d'une stratégie nationale de pTME sur la base de l'évaluation du programme pilote

Protection et appui aux personnes vivant avec le VIH et renforcement de leur implication dans la lutte contre le SIDA.

- ☛ Implantation du programme national d'accompagnement psychosocial au niveau des différentes régions
- ☛ Renforcement des groupes d'auto support et de l'implantation des maisons d'accueil
- ☛ Mise en œuvre de l'approche de programmation basée sur les droits humains
- ☛ Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de lutte contre la stigmatisation et discrimination de PVVIH
- ☛ Mise en place d'un comité d'éthique pour se pencher sur les droits des PVVIH

Renforcement du leadership national et de la mise en œuvre des trois principes

- ☛ Renforcement et extension du partenariat dans la lutte contre le sida.
- ☛ Renforcement de l'intégration de la lutte contre le sida dans les programmes de développement et de réduction de la pauvreté.
- ☛ Appui aux plans stratégiques régionaux pour renforcer la décentralisation des activités de lutte contre le sida: mécanismes d'allocation de budgets aux régions prioritaires.
- ☛ Renforcement des capacités des partenaires en matière de gestion des activités de lutte contre le sida aux niveaux central et local
- ☛ Renforcement et institutionnalisation du CCM et des comités intersectoriels régionaux de lutte contre le sida
- ☛ Pérennisation des ressources financières nationale pour un appui aux domaines prioritaires et préparation d'une proposition pour le 10ème round du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

VII.1. SOUTIEN REÇU DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

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 2007-2009

Activités	
Evaluation rapide de la situation des enfants vulnérables, infectés ou affectés par le VIH	UNICEF ONUSIDA
Evaluation de la situation de la vulnérabilité au VIH/SIDA des populations migrantes	ONUSIDA
Appui à l'étude d'évaluation de la situation sur la vulnérabilité au VIH en milieu carcéral.	ONUSIDA UNODC
Appui à la mise à jour des estimations des PVVIH	ONUSIDA
Atelier de lancement de la surveillance sentinelle du VIH pour les années 2007 et 2008	OMS
Etude sur le lien entre VIH et violence à l'égard des femmes	UNIFEM ONUSIDA
Assistance technique pour la mise en place d'un programme d'accréditation des centres de conseil et de test VIH	OMS
Assistance technique sur la gestion des préservatifs et l'estimation des besoins	UNFPA
Appui à la mise en place d'une intervention PTME impliquant les services de soins de santé de base dans 2 régions Marrakech et Agadir	UNICEF ONUSIDA
Appui à la préparation du protocole d'intervention pilote pTME et à l'implantation du programme	UNICEF ONUSIDA
Assistance technique pour la préparation d'un plan d'actions 2008-2011 sur la réduction des risques dans la national et pour une étude dans l'Oriental (Nador, Hoceima)	ONUSIDA
Renforcement des capacités des acteurs en matière d'intervention auprès des populations migrantes	UNFPA, UNHCR OIM
Implantation à titre pilote du guide de renforcement du pouvoir de négociation des femmes en matière de prévention du VIH/SIDA	ONUSIDA UNESCO FAO
Initiation et appui à la revue des programmes de prévention des IST/sida auprès des professionnels de sexe.	UNFPA, ONUSIDA
Appui à la préparation du plan sectoriel de lutte contre le sida en milieu de travail	BIT ONUSIDA
Assistance technique pour la réduction des prix des ARV	OMS
Appui à la mise en œuvre d'un dispositif national d'appui psychosocial et au renforcement des capacités des partenaires	ONUSIDA

Préparation et mise en œuvre d'un programme de formation sur les droits humains et VIH	UNESCO ONUSIDA
Appui à la programmation, la conception et la publication des plans stratégiques régionaux	ONUSIDA UNFPA
Appui à la programmation et la mise en œuvre des différents domaines du PSN et du programme d'appui du Fonds mondial	ONUSIDA
Appui à la préparation et l'implantation du système national de suivi et évaluation aux niveaux national et régional	ONUSIDA

Tableau 6 : Appui du Fonds mondial à la riposte nationale au sida, période 2007-2009

Activités
Campagne nationale de communication sociale
Renforcement de l'implication des Imams et Mochidates dans la lutte contre le sida
Prévention à travers le théâtre
Lutte contre le sida dans le milieu scolaire et universitaire
Sensibilisation et prévention auprès des jeunes
Implication des associations de quartiers dans la lutte contre le sida
Réduction de vulnérabilité des femmes vis-à-vis des IST/sida
Prévention de proximité auprès des professionnelles de sexe
Prévention de proximité auprès des HSH et des Hommes impliqués dans les rapports de prostitution
Prévention auprès des migrants et réduction de leur vulnérabilité
Prévention auprès des routiers
Prévention en milieu de travail
Renforcement de la prévention et la prise en charge IST/sida en milieu carcéral
Réduction des risques auprès des usagers de drogues injectables
Marketing social du préservatif
Précaution universelle dans les établissements de soins
Diagnostic et traitement des IST
Traitement antirétroviral et suivi biologique
Programme pTME
Mise en place d'un dispositif national d'appui psychosocial
Renforcement de l'implantation du programme d'aide à l'observance
Renforcement de l'implication des PVVIH dans la planification et la mise en œuvre des actions de lutte

contre le sida
Mobilisation des associations de développement et intégration de la prévention du VIH/sida
Mobilisation sociale et communautaire pour la lutte contre le sida
Système d'information, de suivi évaluation et de recherche opérationnelle
Etudes bio-comportementales

Tableau 7 : Appui du système des agences de coopération bilatérale, période 2007-2009

Activités	Agences
Programme de communication sociale (supports d'information) pour les festivals et colloques	Coopération allemande GTZ
Réalisation de l'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes analphabètes	Coopération allemande GTZ
Partenariat entre le CHU Ibn Rochd, le CHU Ibn Sina et l'Hôpital Mohammed V d'Agadir avec les hôpitaux français	Coopération française ESTHER
Prise en charge des PVVIH et renforcement des capacités des prestataires	Coopération française ESTHER
Mise en place de projets pTME aux CHU Rabat et de Casablanca	Coopération française ESTHER
Appui au plan régional de lutte contre le sida du Grand Casablanca	Coopération belge CTB
Appui au pôle d'Excellence du CHU Ibn Rochd de Casablanca, acquisition de médicaments pour les infections opportunistes	Coopération belge CTB
Appui à la mise en place des observatoires d'épidémiologie à Casablanca et Agadir	Coopération belge CTB

VII.2. ACTIONS A ENTREPRENDRE PAR LES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

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 l'UNGASS et contribuer ainsi à l'élargissement de la riposte nationale.

Le Programme actuel d'**appui du Fonds mondial** pour la période 2007/2012 intègre un certain nombre de ces interventions. Une analyse des gaps sera réalisée suite à la revue à mi-parcours afin d'identifier les interventions dans le cadre de la **nouvelle proposition qui sera soumise par le CCM pour le 10ème round** du fonds mondial. Cette proposition comprendra également des actions visant le renforcement du système de santé et des systèmes communautaires pour appuyer la lutte contre le sida.

Le **plan d'appui des Nations Unies à la riposte nationale au sida 2007/2011**, sous la coordination de l'ONUSIDA, intègre l'assistance aux domaines clés de la riposte nationale. Un **cadre des résultats (Outcome framework)** a été défini pour la période 2010-2011, afin de mieux cibler l'appui dans les domaines clés pour lesquels le SNU dispose d'une valeur ajoutée. Les trois domaines retenus sont (1) La prévention auprès des populations les plus exposées ou vulnérables ; (2) La prévention auprès des jeunes ; (3) La protection sociale des personnes vivant avec le VIH.

Une coordination étroite sera assurée avec les **partenaires bilatéraux** dont l'appui s'inscrit dans le cadre de l'extension des activités de prévention et du renforcement des capacités en matière de prise en charge du VIH/sida.

A cet effet, il est attendu de la part des partenaires au développement, une assistance technique de qualité dans les domaines clés de la réponse nationale, l'appui au renforcement des capacités aux niveaux national et local et à l'introduction de programmes et activités susceptibles de constituer des «meilleures pratiques ».

VIII. SUIVI ET EVALUATION

Dans le cadre du Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2007-2011 (PSN), le Maroc a lancé la mise en place d'un système national unique de suivi et d'évaluation et ce, en application du troisième principe des « Three Ones » promu par l'ONUSIDA. L'implantation de ce système visait le renforcement des capacités des partenaires en matière de suivi et d'évaluation et l'utilisation de l'information stratégique pour le pilotage des programmes et projets menés par les ONG, les Départements Ministériels, le Ministère de la Santé et autres acteurs.

La conception de système de suivi et d'évaluation, exercice participatif, auquel ont pris part les partenaires de la riposte nationale au VIH/sida, a permis de définir une liste standard et unifiée d'indicateurs de suivi et d'évaluation du PSN, des outils de collecte de données standardisés pour le suivi des activités, un dispositif organisationnel pour le fonctionnement du système et des bases de données aux niveaux central et régional. Les indicateurs ont été définis conformément aux objectifs poursuivis pour la mise en œuvre du PSN. Le calcul de ces indicateurs se base sur les données collectées dans le cadre du suivi des activités des partenaires ou des enquêtes (Surveillance épidémiologique, enquête CAP, enquêtes DHS, étude spéciale etc.).

Le guide national de suivi et d'évaluation du PSN a été élaboré validé, édité et diffusé auprès de tous les partenaires de la riposte nationale. 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.

La stratégie de mise en œuvre du système national de S&E a été axée autour de deux points : le premier visait le renforcement des capacités et la formation des partenaires sur le nouveau système au niveau national et des régions prioritaires et le second consistait à apporter l'appui technique pour la mise en place des bases de données et l'élaboration des outils de collecte des données informatisés.

Des sessions de formation sur le système national de S&E ont été organisées au niveau des régions prioritaires. Ces formations portaient sur les indicateurs de S&E du PSN, les fiches de collecte des données, le dispositif organisationnel, une introduction aux outils de collecte des données CRIS et MS-Excel. Le logiciel MS-Excel a été mis en place pour appuyer la collècte des données et le dernier exercice lors du processus de préparation du rapport UNGASS a montré une forte adhésion des principaux partenaires de la riposte nationale aux standards du système national de S&E en respectant les définitions et le niveau de détail demandé. 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 coinfection TB/VIH en 2008. Deux études RDS sont prévues en 2010 l'une portant sur le HSH et l'autre sur les UDI. Ces études permettent de mettre à jour certains indicateurs de résultats relatifs aux populations clés et de produire de l'information stratégique pour l'orientation et la prise de décision.

La revue à mi-parcours du PSN a été initiée en fin 2009 pour examiner les données récentes sur la situation, les progrès et obstacles dans la mise en œuvre et d'orienter les efforts pour les prochaines années. Le processus de la revue, défini avec les différents partenaires des secteurs gouvernementaux, ONG et internationaux, comprend plusieurs étapes qui seront menées en fin 2009 et début 2010. L'exercice aboutira à un réexamen des priorités et des cibles en termes de couverture des populations les plus exposées. Un plan de mise en œuvre budgétisé sera ensuite préparé pour les dernières années du PSN. L'ensemble du processus est conduit par un groupe de travail sous la responsabilité du PNLS, et appuyé par l'ONUSIDA, ASAP et le Fonds mondial.

LISTE DES REFERENCES ET SOURCES DE DONNEES

- Rapports de la surveillance sentinelle. Programme National de lutte contre les sida, ministère de la Santé, 2001-2009
- 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
- Rapport de la consultation nationale sur l'accès universel. Ministère de la Santé avec l'appui de l'ONUSIDA, juin 2006
- 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, 2008
- Rapports de l'Unité de gestion du Fonds mondial. Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies, ministère de la Santé 2007, 2008, 2009
- Rapports sur des estimations VIH au Maroc. Ministère de la Santé, 2009
- 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
- Rapports d'activités des partenaires (ONG et secteurs)
- Rapports des centres de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, 2008, 2009
- Rapport sur les flux financiers en matière de population et de sida au Maroc, Ministère de la santé 2007.
- Rapport préliminaire 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, 2007, 2008
- Guide d'élaboration du rapport UNGASS 2010, ONUSIDA, 2009

BASES DE DONNEES

- Base de données épidémiologiques (Cas VIH/sida, surveillance sentinelle, notification des cas d'IST), Ministère de la santé, DELM/PNLS, 2009
- Base de données RTS, exercice NASA Maroc 2007, 2008
- Base de données NADIS, SIDASTOCK, 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 PREPARATION 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 19 partenaires dont 5 ONG thématiques, 3 ONG non thématiques, 5 secteurs gouvernementaux, 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 9 mars 2010, 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

1) Quelles institutions/entités ont été chargées de remplir les formulaires d'indicateurs ?

a) CNLS ou équivalent	Oui	Non
b) PNLS	Oui	Non
c) Autres (Prière de préciser)	Oui	Non

2) A partir des données des Ministères :

Education	Oui	Non
Santé	Oui	Non
Emploi	Oui	Non
Affaires étrangères	Oui	Non
Jeunesse et Sport	Oui	Non
Justice	Oui	Non
Habous et Affaires islamiques	Oui	Non
Organisations de la société civile	Oui	Non
Personnes vivant avec le VIH	Oui	Non
Secteur privé	Oui	Non
Institutions des Nations Unies	Oui	Non
Organismes bilatéraux	Oui	Non
ONG internationales	Oui	Non
Autres		

3) Le rapport a-t-il fait l'objet d'un débat dans un grand forum ? Oui ~~Non~~

4) Les résultats de l'enquête sont-ils conservés de manière centralisée? Oui ~~Non~~

5) Le public peut-il consulter ces données ? Oui ~~Non~~

6) Qui a été chargé de la soumission du rapport et de répondre aux questions éventuelles concernant le Rapport de situation national ?

Nom / titre : **Dr. Omar El Menzhi**, Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, ministère de la Santé

Date : 24 Mars 2010

Signature :

Prière de fournir les coordonnées complètes :

Adresse : 71, Avenue Ibn Sina, Agdal, Rabat

Courriel : omarelmenzhi@yahoo.fr

Téléphone : (212) 5 37 67 12 71

ANNEXE 2 : Grille nationale de financement – 2010

Note d'envoi

Prière de remplir et de soumettre la Grille nationale de financement

Pays : ROYAUME DU MAROC

Personnes à contacter auprès du Conseil national de lutte contre le sida (ou de l'organe équivalent) :

Nom : Titre : **Dr. Omar El Menzhi**, Directeur de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, ministère de la Santé

Coordonnées du Conseil national de lutte contre le sida (ou de l'organe équivalent) :

Adresse : 71, Avenue Ibn Sina, Agdal, Rabat

Courriel : omarelmenzhi@yahoo.fr

Téléphone : (212) 5 37 67 12 71

Cycle d'établissement des rapports : Année civile

Pour un cycle correspondant à un exercice financier, veuillez indiquer le mois/année du début et le mois/année de la fin : 01/2007 à 31/12/2008

Monnaie locale : DIRHAMS MAROCAIN (MD)

Taux de change 1US\$ = 2007(8,25 MD) ; 2008(7,80 MD)

Méthodologie :

(Parmi les méthodologies suivantes – évaluation des dépenses nationales consacrées à la lutte contre le sida, dépenses nationales de santé ou enquêtes sur les flux de ressources

– veuillez indiquer celle qui vous a permis de trouver les données que vous avez saisies dans la grille nationale de financement. En outre, veuillez préciser comment ou auprès de quelle entité il est possible d'accéder au rapport complet contenant les données que la méthodologie retenue a servi à extraire).

La méthodologie utilisée est NASA (National Aids spending Assessment). La base de données RST réside auprès du PNLIS

Dépenses non répertoriées :

(Veuillez indiquer si des dépenses pour des activités dans l'une quelconque des catégories ou sous-catégories de dépenses relatives au sida ne figurent pas dans la grille nationale de financement et expliquer pourquoi).

Aide budgétaire : L'aide budgétaire provenant d'une source internationale (par exemple d'un donateur bilatéral) figure-t-elle dans les sous-catégories centrale/nationale et/ou locale à la rubrique Sources publiques de financement ?

Oui

Grille nationale de financement en US\$

Catégorie de dépenses liées au sida par source de financement

Année civile : oui ; Exercice budgétaire : 2007/2008

Monnaie : Dirhams Marocain (MD) ; Taux de change 1US\$ = 2007(8,25 MD) ; 2008(7,80 MD)

ASC1	ASC2	FS.01 Fonds publics	FS.02 Fonds privés	FS.03 Fonds internationaux	Total général	
ASC.01 Prévention	ASC.01.01 Communication pour le changement social et comportemental	15872	275330	1593064	1884266	
	ASC.01.02 Mobilisation communautaire		1115	594292	595407	
	ASC.01.03 Conseil et test volontaires (CTV)	371614	302947	605885	1280446	
	ASC.01.04 Programmes de réduction des risques destinés aux groupes de population rendus vulnérables mais demeurant accessibles	2001474	25932	374360	2401766	
	ASC.01.05 Prévention – jeunes gens scolarisés		1816	489492	491308	
	ASC.01.06 Prévention – jeunes gens non scolarisés			100000	100000	
	ASC.01.07 Prévention de la transmission du VIH parmi les personnes vivant avec le VIH (PVV)			7195	7195	
	ASC.01.08 Programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients	5249	69892	300175	375316	
	ASC.01.09 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)			687301	687301	
	ASC.01.10 Programmes de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI)			482892	482892	
	ASC.01.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail			160149	160149	
	ASC.01.13 Mise à disposition de préservatifs masculins dans les secteurs public et commercial	290558		205594	496152	
	ASC.01.17 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)			117894	117894	
	ASC.01.19 Sécurité transfusionnelle	204010			204010	
	ASC.01.21 Précautions universelles			5354	5354	
	ASC.01.98 Activités de prévention, non ventilées par type d'activité	6948	49913	12	56873	
	Total ASC.01 Prévention		2895725	726945	5723659	9346329
	ASC.02 Soins et traitement	ASC.02.01 Soins ambulatoires	2324322	143909	2123837	4592068
		ASC.02.03 Transport des patients et secours d'urgence	128	19111	8766	28005
ASC.02.98 Services de soins et traitement, non ventilés par type d'activité		4350365	4	497551	4847920	
Total ASC.02 Soins et traitement		6674815	163024	2630154	9467993	
ASC.04 Gestion et administration de programmes	ASC.04.01 Planification, coordination et gestion de programmes	498853	260245	1717420	2476518	
	ASC.04.02 Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds	90	2975	6142	9207	
	ASC.04.03 Suivi et évaluation	13981	56569	777660	848210	
	ASC.04.04 Recherche opérationnelle		26	44503	44529	
	ASC.04.05 Surveillance sérologique (sérosurveillance)	82722		19739	102461	
	ASC.04.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments			2000	2000	
	ASC.04.08 Technologies de l'information	3654	8937	6335	18926	
	ASC.04.10 Amélioration et construction d'infrastructures		18479	74451	92930	
	ASC.04.98 Gestion et administration de programmes, données non ventilées par type d'activité			44929	44929	
	Total ASC.04 Gestion et administration de programmes		599300	347231	2693179	3639710
ASC.05 Ressources humaines	ASC.05.01 Incitations financières liées aux ressources humaines		30116		30116	
	ASC.05.02 Activités de formation destinées à accroître les personnels intervenant dans le cadre de la lutte contre le sida		24	13151	13175	
	ASC.05.03 Formation			67043	67043	
Total ASC.05 Ressources humaines			30140	80194	110334	
ASC.06 Protection sociale et services sociaux	ASC.06.01 Protection sociale sous forme d'avantages financiers		3204		3204	
	ASC.06.02 Protection sociale sous forme d'avantages en nature	21296	230335	180490	432121	
	ASC.06.04 Création de revenus dans le cadre spécifique de la lutte contre le VIH	573177	198643		771820	
	ASC.06.98 Services de protection sociale et services sociaux, non ventilés par type d'activité			40095	40095	
Total ASC.06 Protection sociale et services sociaux		594473	432182	220585	1247240	
ASC.07 Environnement favorable	ASC.07.01 Sensibilisation			144109	144109	
	ASC.07.03 Renforcement institutionnel spécifique à la riposte au sida		84777	426188	510965	
	ASC.07.04 Programmes spécifiques de lutte contre le sida se concentrant sur les femmes			174413	174413	
	ASC.07.99 Activités destinées à contribuer à un environnement favorable, non classifiées ailleurs (n.c.a)		9515	45318	54833	
Total ASC.07 Environnement favorable			94292	790028	884320	
ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	ASC.08.01 Recherche biomédicale		11278		11278	
	Total ASC.08 Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)		11278		11278	
Total général		10764313	1805092	12137799	24707204	

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRES A ET B

DE L'INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES 2010

PAYS : MAROC

Dr. Omar El Menzhi,

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

Directeur de l'Epidémiologie et de lutte contre les Maladies
Adresse postale : 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 : 24 Mars 2010

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 UNGASS 2010 qui a été tenu le 9 Mars 2010.

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 Fatima Asouab	Chef de Service Santé Mentale	X	X	X	X	X
Dr Nabil Bourquia	Chef de Service Protection Santé Mère DP	X	X	X	X	X
Mr Rachid Amri	Chargé de Projet UGFM	X	X	X	X	X
Mr Hicham Soubata	Chargé de Projet UGFM	X	X	X	X	X
Dr Khadija Lahjouji	Directeur Adjoint CNTS	X	X	X	X	X
Dr Mouna Maamar	Professeur Assistant Médecine A Ibn Sina	X	X	X	X	X
Dr Amina Latifi	Médecin- Service des MST-Sida ; DELM	X	X	X	X	X
Dr Soumia Triki	Médecin- Service des MST-Sida; DELM	X	X	X	X	X
Dr Aziza Bennani	Chef de Service des MST-Sida; DELM	X	X	X	X	X
Dr Fatiha Guezzar	Responsable ORS SMD	X	X	X	X	X
Mme Boutaina El Omari	UGFM- DELM	X	X	X	X	X
Dr Hassan Lamdini	Médecin ; Sce- Maladies Infectieuses- Casablanca	X	X	X	X	X
Dr Nouredine Sakhri	Service des MST-Sida	X	X	X	X	X
Pr Omar Sedrati	F.A.R	X	X	X	X	X
Dr Rabéa Lahlaouti	Médecin	X	X	X	X	X
Dr Amina Idrissi Azami	Responsable ORS- GC	X	X	X	X	X
Mme Fatim-Zahra Fatmi	Cadre ORS RSZZ	X	X	X	X	X

Partie B :

Noms & Prénoms	Fonction/organisme	Répondants pour la partie B			
		B.I	B.II	B.III	B.IV
Mme Carine Chevalmer	Chargée de Projet Genre- VIH- Sida PNUD	X	X	X	X
Dr Khalid Benhassan	Chargé de programme UNFPA	X	X	X	X
Pr Asmaa Chaoui	Médecin- OPALS	X	X	X	X
Mme Sanaâ Cherqaoui	Chef de Service DPRF	X	X	X	X
Mr Abdessalam Fazouane	Consultant ONUSIDA	X	X	X	X
Dr Kamal Alami	ONUSIDA	X	X	X	X
Mr Houssine El Rhilani	ONUSIDA	X	X	X	X
Mr Ahmed Chahir	OMS	X	X	X	X
Mme Najat Sarhani	Directrice Exécutive AMSED	X	X	X	X
Dr Ahmed Laâbid	Chargé de programmes Santé- UNICEF	X	X	X	X
Mme Khadija Assari	Chargé de Communication UNIFEM	X	X	X	X
Dr Boutaina Alami Drissi Machichi	Médecin- OPALS	X	X	X	X
Mme Béatrice Somez	Sociologue- UNESCO	X	X	X	X
Dr Hayate El Hachimi	Médecin	X	X	X	X
Mme Saâdia Aglif	GTZ	X	X	X	X
Mr Akram Tarfaoui Zidi	UNHCR	X	X	X	X
Mme Nada Samir	Free- Lance	X	X	X	X
Mme Zhor Lakriach	AMSED	X	X	X	X
Mme Fouzia Bennani	ALCS	X	X	X	X
Mme Amina El Arabi	Association du Jour	X	X	X	X
Mme Nada Benajiba	AMSED	X	X	X	X
Mme Houda Hossni	OIM	X	X	X	X
Mr Aziz Kadiri	Enseignant	X	X	X	X

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES

PARTIE A

[Administrée par les responsables publics]

I. Plan stratégique

1. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie /un cadre d'action multisectoriel(le) pour lutter contre le sida ?

Oui X Période couverte : 2007 – 2011 Sans objet (s/o) Non

1.1 Depuis combien de temps le pays dispose-t-il d'une stratégie /d'un cadre d'action multisectoriel(le)?

Nombre d'années : Huit ans (depuis l'année 2002)

1.2 Quels sont les secteurs inclus dans la stratégie /le cadre d'action multisectoriel(le) dont les activités comportent un budget affecté à la lutte contre le VIH ?

Secteurs inclus	Stratégie/cadre d'action	Budget affecté
Santé	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Education	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Emploi	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Transports	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Armée/Police	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Femmes	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Jeunes	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Justice (administration pénitentiaire)	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Affaires islamiques	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Communication	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Entraide nationale	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non
Agriculture	<u>Oui</u> Non	<u>Oui</u> Non

SI aucun budget n'a été affecté, comment les crédits sont-ils alloués ?

Des crédits sont alloués à ces secteurs dans le cadre des programmes et projet d'appui notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida dont ils sont sous bénéficiaires, le système des Nations Unies et la coopération bilatérale.

1.3 La stratégie /le cadre d'action multisectoriel(le) tient-elle (il) compte des populations cibles, des milieux et des questions transversales ci-dessous ?

Populations cibles	
a. Femmes et filles	a. <u>Oui</u> Non
b. Jeunes femmes/jeunes hommes	b. <u>Oui</u> Non
c. Sous-populations vulnérables ³	c. <u>Oui</u> Non
d. Orphelins et autres enfants vulnérables	d. <u>Oui</u> Non
Milieux	
e. Lieu de travail	e. <u>Oui</u> Non
f. Ecoles	f. <u>Oui</u> Non
g. Prisons	g. <u>Oui</u> Non
Questions transversales	
h. VIH/sida et pauvreté	h. <u>Oui</u> Non
i. Protections des droits de la personne	i. <u>Oui</u> Non
j. Participation des PVVS	j. <u>Oui</u> Non
k. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	k. <u>Oui</u> Non
l. Autonomisation des femmes et/ou égalité des sexes	l. <u>Oui</u> Non

1.4 Les populations cibles ont-elles été recensées par un processus d'évaluation ou d'analyse des besoins ?

Oui Non

SI OUI, quand cette évaluation/analyse des besoins a-t-elle été menée ?

Années 2001 et 2006

³ Les sous-populations qui ont été recensées au niveau local comme étant confrontées à un risque élevé de transmission du VIH (consommateurs de drogue injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe et leurs clients, migrants transfrontaliers, travailleurs migrants, personnes déplacées à l'intérieur du pays, réfugiés, personnes incarcérées, etc.).

1.5 Quelles sont les populations cibles recensées dans le pays aux fins des programmes de lutte contre le VIH ?

- Groupes vulnérables à la transmission du VIH : jeunes, des deux genres, scolarisés ou non, femmes en situation de vulnérabilité, enfants en situation précaire, professionnels du sexe, féminins et masculins, usagers de drogues injectables, migrants, en particulier ceux en situation irrégulière, populations en situation de mobilité fréquente, personnel des services en uniforme, prisonniers.
- Groupe vulnérable à l'impact du VIH/SIDA : personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH

1.6 La stratégie multisectorielle inclut-elle un plan opérationnel ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

1.7 La stratégie multisectorielle ou le plan opérationnel incluent-ils :

a. Des objectifs programmatiques officiels ?	<u>Oui</u>	Non
b. Des objectifs ou des jalons précis ?	<u>Oui</u>	Non
c. Le détail des couts pour chaque domaine programmatique ?	<u>Oui</u>	Non
d. Des indications sur les sources de financement à l'appui de la mise en œuvre des programmes ?	<u>Oui</u>	Non
e. Un cadre de suivi et d'évaluation ?	<u>Oui</u>	Non

1.8 Votre pays s'est-il assuré de « l'implication et participation pleines et entières » de la société civile* à l'élaboration de la stratégie multisectorielle ?

<u>Participation active</u>	Participation modérée	Pas de participation
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------

SI la participation a été active, expliquer brièvement comment cela a été organisé :

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. Ces acteurs ont 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 et ont signé un pacte d'engagement en décembre 2006. Ils ont également participé à l'élaboration des plans stratégiques régionaux et aux différentes études réalisées par le Programme National de Lutte contre le Sida.

1.9 La stratégie multisectorielle a-t-elle été avalisée par la plupart des partenaires externes du développement (bilatéraux, multilatéraux) ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

1.10 Les partenaires du développement externe ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes relatifs au VIH avec la stratégie multisectorielle nationale ?

<u>Oui, tous les partenaires</u>	Oui, certains partenaires	Non
----------------------------------	--------------------------------------	----------------

SI CERTAINS ou NON, expliquer brièvement pour quels aspects il n'y a pas eu alignement/ harmonisation et pourquoi :

2. Votre pays a-t-il intégré la lutte contre le VIH dans ses plans généraux de développement notamment : (a) Plans nationaux de développement, (b) Bilans communs de pays, Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, (c) Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, (d) Approche sectorielle ?

<u>Oui</u>	Non	S/O
------------	----------------	----------------

2.1 *SI OUI*, dans quel(s) plan(s) de développement l'appui aux politiques de lutte contre le VIH est-il intégré ?

a. Plan national de développement	<u>Oui</u>	Non	S/O
b. Bilan commun de pays, Plan-cadre des Nations	<u>Oui</u>	Non	S/O
c. Cadre stratégique de lutte contre la	<u>Oui</u>	Non	S/O
d. Approche sectorielle	<u>Oui</u>	Non	S/O
e. Autres :	Oui	Non	S/O

2.2 *SI OUI*, quels domaines liés au VIH sont-ils inclus dans un ou plusieurs de ces plans de développement ?

Domaines liés au VIH inclus dans le(s) plan(s) de développement		
Prévention du VIH	<u>Oui</u>	Non
Traitement des infections opportunistes	<u>Oui</u>	Non
Traitement antirétroviral	<u>Oui</u>	Non
Soins et soutien (y compris la sécurité sociale ou d'autres régimes d'assurance)	<u>Oui</u>	Non
Atténuation de l'impact du VIH	<u>Oui</u>	Non
Réduction des inégalités entre les sexes en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	<u>Oui</u>	Non

Réduction des inégalités de <i>revenu</i> en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	<u>Oui</u>	Non
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	<u>Oui</u>	Non
Autonomisation économique des femmes (notamment, accès au crédit, à la terre et à la formation professionnelle)	<u>Oui</u>	Non
Autres :	<u>Oui</u>	Non

3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH sur son développement socioéconomique à des fins de planification ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>	S/O
------------	------------	-----

3.1 *SI OUI*, dans quelle mesure cette évaluation a-t-elle influencé les décisions concernant les allocations de ressources ?

Faible

Grande

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

4. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie lui permettant d'aborder les questions relatives au VIH au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme (à savoir, forces armées, police, forces de maintien de la paix, personnel carcéral, etc.) ?

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

4.1 *SI OUI*, lesquels parmi les programmes ci-dessous ont-ils été mis en œuvre au-delà de la phase pilote et atteint une partie importante des personnels en uniforme ?

Communication sur les changements de comportement	<u>Oui</u>	Non
Fourniture de préservatifs	<u>Oui</u>	Non
Conseil et test VIH	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
Services pour les infections sexuellement transmissibles	<u>Oui</u>	Non
Traitement antirétroviral	<u>Oui</u>	Non
Soins et soutien	<u>Oui</u>	Non
Autres :	<u>Oui</u>	Non

5. Votre pays a-t-il des lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent une protection pour les populations les plus à risque et les autres sous-populations vulnérables ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>
------------	------------

5.1 SI OUI, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autres :	Oui	Non

SI OUI, décrire les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Dire brièvement dans quelle mesure ces lois sont actuellement appliquées

6. Y a-t-il dans votre pays des lois, règlements ou politiques qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables ?

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

6.1 SI OUI, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
b. Jeunes	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
c. Consommateurs de drogues injectables	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
e. Professionnel(le)s du sexe	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
f. Détenus	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
g. Migrants/populations mobiles	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
h. Autres :	<u>Oui</u>	<u>Non</u>

SI OUI, donner un bref aperçu du contenu de ces lois, règlements ou politiques :

- **Illégalité de la prostitution et de la consommation de drogues qui sont des délits**
Dire brièvement de quelles manières ils font obstacle :

- **Entrave aux activités de prévention sur le terrain**

7. Votre pays a-t-il donné suite à ses engagements eu égard à l'accès universel souscrits lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/sida qui s'est tenue en juin 2006 ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

7.1 La stratégie nationale et le budget national de la lutte contre le VIH/sida ont-ils été révisés en conséquence ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

7.2 Les estimations relatives à la taille des principaux groupes cibles de population ont-elles été actualisées ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

7.3 Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs des adultes et des enfants justiciables de la thérapie antirétrovirale ?

<u>Estimations des besoins actuels et futurs</u>	Estimations des besoins actuels uniquement	Non
--	---	----------------

7.4 La couverture programmatique de la lutte contre le VIH et le sida fait-elle l'objet d'un suivi ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

(a) SI OUI, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sexe (hommes, femmes) ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

(b) SI OUI, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sous-groupes de population ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

SI OUI, pour quels groupes de population ?

- Groupes vulnérables à la transmission du VIH : jeunes, des deux genres, scolarisés ou non, femmes en situation de vulnérabilité, enfants en situation précaire, professionnels du sexe, féminins et masculins, usagers de drogues injectables, migrants, en particulier ceux en situation irrégulière, populations en situation de mobilité fréquente, personnel des services en uniforme, prisonniers.
- Groupe vulnérable à l'impact du VIH/SIDA : personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH

Expliquer brièvement la manière dont cette information est utilisée : Suivi et évaluation des différents programmes selon le plan de suivi et évaluation du Plan Stratégique National de Lutte contre le sida, revues à mi parcours etc.

II. APPUI POLITIQUE

Les hauts fonctionnaires du gouvernement parlent-ils publiquement et positivement des efforts de lutte contre le VIH devant les plus grandes instances nationales au moins deux fois par année ?

Président/Chef du gouvernement	Oui	Non
Autre hauts fonctionnaires	<u>Oui</u>	Non
Autres responsables des régions et/ou districts	<u>Oui</u>	Non

Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination multisectorielle de la lutte contre le sida (Comité national de lutte contre le sida ou organe équivalent) reconnu par la loi ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

2.1 SI OUI, quand cet organisme a-t-il été créé ?

Année 2003

SI OUI, qui le préside ?

Nom :Mr Grigha Mohammed, Titre :directeur Exécutif de l'Association Marocaine de Planification Familiale

2.3 SI OUI, l'organe national de coordination multisectorielle de la lutte contre le sida

Dispose-t-il d'un mandat ?	<u>Oui</u>	Non
peut-il compter sur la participation et la direction actives du gouvernement ?	<u>Oui</u>	Non
a-t-il une composition prédéfinie ?	<u>Oui</u>	Non
SI OUI, de combien de membres ? vingt cinq (25)		
inclut-il des représentants de la société civile ?	<u>Oui</u>	Non
SI OUI huit(08)	<u>Oui</u>	Non
inclut-il des personnes vivant avec le VIH ?		
SI OUI, combien ? 1 : la présidente de l'association du jour		
inclut-il le secteur privé ?	<u>Oui</u>	Non
a-t-il un plan d'action ?	<u>Oui</u>	Non
dispose-t-il d'un secrétariat opérationnel ?	<u>Oui</u>	Non

se réunit-il au moins une fois tous les trois mois ?	<u>Oui</u>	Non
examine-t-il périodiquement les décisions stratégiques qui ont été prises ?	<u>Oui</u>	Non
promeut-il activement la mise en œuvre des décisions stratégiques ?	<u>Oui</u>	Non
donne-t-il à la société civile l'occasion d'influer sur la prise de décisions ?	<u>Oui</u>	Non

Votre pays dispose-t-il d'un mécanisme qui encourage une interaction entre le gouvernement, la société civile et le secteur privé pour mettre en œuvre les stratégies et les programmes de lutte contre le VIH ?

<u>Oui</u>	Non	S/O
------------	----------------	-----

SI OUI, décrire brièvement les principales réalisations :

Plusieurs mécanismes sont mis en place pour favoriser et assurer cette interaction. Il s'agit notamment : Des comités nationaux de coordination de la prise en charge des PVVIH, du dépistage VIH, du suivi et évaluation et l'instance de coordination national qui sont formés de membres du Ministère de la santé, de la société civile, de personnes ressources, et d'autres départements ministériels.

Les forums et ateliers organisés autour des différentes thématiques et événements nationaux.

Les revues des programmes Principales difficultés :

L'implication du secteur privé médical et non médical reste insuffisante

Quel pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH a été consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée ?

Pourcentage : 47 %

Quel type d'appui le Comité national de lutte contre le sida (ou l'organe équivalent) procure-t-il aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre des activités relatives au VIH ?

Information sur les besoins prioritaires	<u>Oui</u>	Non
Orientations techniques	<u>Oui</u>	Non
Achat/distribution des médicaments et autres fournitures	<u>Oui</u>	Non
Coordination avec les autres partenaires de la mise en œuvre	<u>Oui</u>	Non
Renforcement des capacités	<u>Oui</u>	Non
Autres : Mise à disposition de locaux et produits détachement de personnel (médecins et infirmiers)	<u>Oui</u>	Non

Votre pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le sida ?

Oui	<u>Non</u>
-----	------------

6.1 *SI OUI*, les politiques et les lois ont-elles été modifiées afin de correspondre aux politiques nationales de lutte contre le sida ?

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

Nommer et décrire toute contradiction qui subsiste entre les politiques/lois et les politiques nationales de lutte contre le sida : Délits en rapport avec la prostitution et la consommation de drogues et mise en œuvre de programmes de prévention sur le terrain

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de *planification* stratégique des programmes de lutte contre le VIH en 2009 ?

2009	Très médiocre	Excellent

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ? Restructuration du CCM et renforcement du partenariat avec les ONG. Effort important pour la décentralisation de la planification et programmation

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ? Nécessité d'un renforcement de la coordination régionale

III. PRÉVENTION

1. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population ?

<u>Oui</u>	Non	S/O
------------	-----	-----

1.1 **SI OUI, quels sont les messages les plus diffusés ?** Abstinence, fidélité, utilisation de préservatifs et de matériel à usage unique, se faire dépister pour le VIH, lutte contre la stigmatisation, automatisation et renforcement de l'estime de soi chez les femmes et les jeunes filles

'X' Cocher les messages faisant l'objet d'une promotion explicite

a. Pratiquer l'abstinence sexuelle	X
b. Reporter à plus tard la première expérience sexuelle	
c. Être fidèle	X
d. Limiter le nombre de partenaires sexuels	X
e. Utiliser régulièrement des préservatifs	X
f. Adopter des pratiques sexuelles à moindre risque	
g. Éviter le commerce du sexe	
h. S'abstenir de consommer des drogues injectables	X
i. Utiliser des aiguilles et des seringues propres	X
j. Combattre la violence faite aux femmes	X
k. Mieux accepter les personnes vivant avec le VIH et inviter leur participation	X
l. Encourager une plus grande participation des hommes aux programmes de santé reproductive	X
m. Encourager les hommes à se faire circoncire sous supervision médicale	
n. Connaitre son état sérologique VIH	X
o. Prévenir la transmission mère-enfant du VIH	X

1.2 Au cours de l'année écoulée, votre pays a-t-il mis en œuvre une activité ou un programme de promotion d'informations précises sur le VIH par l'intermédiaire des médias ?

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes ?

<u>Oui</u>	Non	S/O
------------	-----	-----

2.1 L'enseignement relatif au VIH fait-il partie du programme d'études dans :

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

2.2 Le programme d'études prévoit-il le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes hommes et les jeunes femmes ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>
------------	------------

2.3 Votre pays dispose-t-il d'une stratégie pour communiquer aux jeunes non scolarisés des enseignements relatifs au VIH ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>
------------	------------

3. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des sous-populations vulnérables et les plus à risque ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>
------------	------------

3.1 SI OUI, quelles populations sont-elles ciblées et quels éléments de prévention du VIH leur sont-ils dispensés par la politique/stratégie ?

Professionnelles de sexe féminin, Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les UDI, les femmes en situation de vulnérabilités, les jeunes, les ouvriers, les marins, les migrants. Les éléments de prévention : les activités de proximité par des intervenants de terrain qui comprennent les messages de prévention, la distribution de préservatifs, l'orientation vers les locaux des ONG ou du ministère de la santé pour consultation médicale, traitement, dépistage VIH et orientation vers d'autres institutions (droit, lutte contre la violence, centre de prise en charge en cas d'infection VIH etc..) selon le besoin.

'X' Cocher les populations et les éléments inclus dans les politiques/stratégies

	CDI*	HSH**	Professionnel(le)s du sexe	Clients des professionnel(le)s du sexe	Détenus	Migrants
Information ciblée sur la réduction des risques et éducation relative au VIH	X	X	X	X	X	X
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination						
Promotion des préservatifs	X	X	X	X	X	X
Conseil et test VIH	X	X	X	X	X	X
Santé reproductive, y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles	X	X	X	X	X	X

Réduction de la vulnérabilité (création de revenus, par exemple)	S/O	S/O	X	S/O	S/O	S/O
Thérapie de substitution médicamenteuse	X	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O
Echange d'aiguilles et de seringues	X	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts des politiques de prévention du VIH en 2009 ?

2009	Très médiocre	Excellent

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

Renforcement et extension des programmes de prévention auprès des jeunes et des interventions de proximités auprès des différentes populations els plus exposées. Amélioration de la couverture. Mise en place d'un programme de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

Améliorer l'offre du dépistage VIH ; la pTME, mesure des résultats et changement du

4. Votre pays a-t-il recensé les besoins particuliers des programmes de prévention du VIH?

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

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

Estimations des tailles des populations, réalisation d'études socio-comportementales
Prise en compte des déterminants et spécificités épidémiologiques au niveau de chaque région, définition des cibles de couverture par région

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

Composante de la prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont		
Sécurité transfusionnelle	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Précautions universelles en milieu sanitaire	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	D'accord	<u>Pas d'accord</u>	S/O
IEC* sur la réduction des risques	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Promotion des préservatifs	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	D'accord	<u>Pas d'accord</u>	S/O
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O

Services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH sur le lieu de travail	D'accord	<u>Pas d'accord</u>	S/O
Autres :	D'accord	Pas d'accord	S/O

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH en 2009 ?									
2009	Très médiocre								Excellent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 - 10
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</p> <p>Tous les programmes de prévention ont été déclinés au niveau des régions selon des PSR adaptés aux spécificités de chaque région</p> <p>Programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant faisant intervenir les établissements de soins de santé de base</p> <p>Programme de prévention auprès des CDI (Centre à bas seuil d'exigence) et introduction en 2010 du traitement de substitution par la méthadone</p>									

IV. TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion de services complets de traitement, soins et soutien du VIH ? (Les services complets incluent, entre autres, le traitement, le conseil et test VIH, la prise en charge psychosociale, les soins dispensés à domicile et dans la communauté).

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

1.1 SI OUI, les difficultés que rencontrent les femmes sont-elles prises en compte ?

<u>Oui X</u>	Non
--------------	-----

1.2 SI OUI, les difficultés que rencontrent les populations les plus à risque sont-elles prises en compte ?

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

2. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH ?

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

SI OUI, comment ont-ils été déterminés ? Besoins déterminés sur les estimations réalisés chaque année par PNLS et le comité national de prise en charge selon les estimations et projection du nombre de personnes à prendre en charge.

2.1 Dans quelle mesure les services ci-après de traitement, de soins et de soutien du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement, de soins et de soutien du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Traitement antirétroviral	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Soins nutritionnels	D'accord	<u>Pas d'accord</u>	S/O
Traitement pédiatrique du sida	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Traitement des infections sexuellement transmissibles	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Soins à domicile	D'accord	<u>Pas d'accord</u>	S/O
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose	D'accord	<u>Pas d'accord</u>	S/O
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	<u>Pas d'accord</u>	S/O
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)	<u>D'accord</u>	Pas d'accord	S/O
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	<u>S/O</u>
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de	D'accord	Pas d'accord	<u>S/O</u>

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique de mise au point/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH ?

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

4. Votre pays a-t-il accès à des mécanismes régionaux d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution ?

<u>Oui</u>	Non
------------	-----

SI OUI, de quels produits s'agit-il ?

Test rapides, antirétroviraux (centrales internationales d'achat)

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, soins et soutien du VIH en 2009 ?	
2009	Très médiocre Excellent
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</p> <p>Introduction des médicaments ARV de deuxième ligne</p> <p>Introduction de la méthadone</p> <p>Mise en œuvre du programme national d'appui psycho-social</p> <p>Augmentation de la couverture des personnes ayant besoin d'ARV à 50%</p>	

5. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et autres enfants vulnérables ?

<u>Oui</u>	<u>Non</u>	S/O
------------	------------	-----

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables en 2009 ?	
2009	Très médiocre Excellent
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</p> <p>Mise en place d'une association pour les enfants affectés ou infectés (SOLEIL). Réalisation d'une évaluation rapide de la situation. Mise en place d'action d'appui psychosocial par les associations</p> <p>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ? Mise en place d'une stratégie nationale</p>	

V. SUIVI ET ÉVALUATION

1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national unique de suivi et d'évaluation (S/E) ?

<u>Oui</u>	En cours d'élaboration	Non
------------	-----------------------------------	----------------

1.1 *SI OUI*, années couvertes : 2007-2011

1.2 *SI OUI*, a-t-il été avalisé par les partenaires clés du suivi et de l'évaluation ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

1.3 *SI OUI*, le plan de suivi et d'évaluation a-t-il été élaboré en consultation avec les représentants de la

société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

1.4 *SI OUI*, les partenaires les plus importants ont-ils aligné et harmonisé et d'évaluation (y compris leurs indicateurs) avec le plan national ? leurs critères en matière de suivi

Oui, tous les partenaires	<u>Oui, la plupart des partenaires</u>	Oui, mais seulement quelques partenaires	Non
--------------------------------------	--	---	----------------

3. Le plan national de suivi et d'évaluation inclut-il ?

une stratégie de collecte et d'analyse des données <i>SI OUI</i> , couvre-t-il :	<u>Oui</u>	Non
le suivi régulier des programmes	<u>Oui</u>	Non
les études de comportement	<u>Oui</u>	Non
la surveillance du VIH	<u>Oui</u>	Non
l'évaluation/la recherche	<u>Oui</u>	Non
un ensemble normalisé défini d'indicateurs	<u>Oui</u>	Non
des directives sur les instruments de collecte des données	<u>Oui</u>	Non
une stratégie pour évaluer la qualité des données (ex : validité,	<u>Oui</u>	Non
une stratégie d'analyse des données	<u>Oui</u>	Non
une stratégie de diffusion et d'utilisation des données	<u>Oui</u>	Non

3. Le plan de suivi et d'évaluation est-il assorti d'un budget ?

<u>Oui</u>	En cours d'élaboration	Non
------------	-----------------------------------	----------------

3.1 *SI OUI*, quel pourcentage du financement total du programme VIH est-il alloué aux activités de suivi et évaluation ? 7 %

3.2 *SI OUI*, le financement est-il assuré *pleinement* ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

3.3 SI OUI, surveille-t-on les dépenses relatives au suivi et évaluation ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

4. Les priorités en matière de suivi et évaluation sont-elles déterminées par un système national d'évaluation S/E ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

SI OUI, décrire brièvement la fréquence à laquelle l'évaluation S/E est menée et ce qu'elle comporte : Semestriellement

5. Existe-t-il une unité opérationnelle de suivi et d'évaluation ?

Oui	<u>En cours d'élaboration</u>	Non
----------------	-------------------------------	----------------

SI NON, quels sont les principaux obstacles à la création d'une unité fonctionnelle de suivi et d'évaluation ?
Ressources
humaines pour la gestion des bases de données

5.1 SI OUI, l'Unité nationale S/E est-elle rattachée

au Conseil national de lutte contre le sida (ou son équivalent) ?	<u>Oui</u>	Non
au Ministère de la santé ?	<u>Oui</u>	Non
ailleurs ?	<u>Oui</u>	Non

5.2 SI OUI, combien et quel type de cadres sont-ils employés par l'Unité/Département de S/E ?

Nombre d'employés permanents :			
Fonction : Chef de service PNL		Temps partiel	Depuis quand ? 2007
Fonction : cadre PNL		Temps partiel	Depuis quand ? 2007
Fonction : cadre PNL		Temps partiel	Depuis quand ? 2007
Nombre d'employés temporaires :			
Fonction :	<i>[insérer]</i>	Plein temps / Temps partiel ?	Depuis quand ? :
Fonction :	<i>[insérer]</i>	Plein temps / Temps partiel ?	Depuis quand ? :

5.3 SI OUI, existe-t-il des mécanismes permettant de s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en œuvre remettent leurs données/rapports relatifs au S/E à l'Unité de S/E pour inclusion dans le système national S/E ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

SI OUI, décrire brièvement le mécanisme de partage des données :

Dans le cadre de réunion du comité d S&E

Réunions régionales et nationale d'élaborations de rapports d'activités

Atelier de validation des rapports notamment UNGASS

Quelles sont les principales difficultés ?

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

Non	<u>Oui, de manière irrégulière</u>	Oui, périodiquement
----------------	------------------------------------	---------------------

6.1 Comprend-il des représentants de la société civile ?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

SI OUI, dire brièvement qui sont les représentants de la société civile et le rôle qu'ils jouent :

- Valider le guide et les outils de collecte des données pour le S&E;
- Assurer la mise en place et le fonctionnement du dispositif de S&E ;
- Valider le plan de S&E ;
- Orienter, planifier et examiner les protocoles des études d'évaluation ;
- Valider et analyser les rapports de S&E ;
- Superviser les activités programmées du plan de S&E ;
- S'assurer de la fiabilité et la qualité des données recueillies dans le cadre du plan de

Existe-t-il une base de données nationale centralisée des données relatives au VIH?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

7.1 **SI OUI, décrire brièvement la base de données nationale et dire qui la gère**

Base de données épidémiologique concernant les cas notifiés de VIH/sida et IST

Bases de données sur les programmes :

Gérés par le PNLIS, l'unité de gestion du Fonds mondial en collaboration avec le bureau ONUSIDA

7.2 SI OUI, la base de données inclut-elle des informations sur le contenu, les populations cibles et la couverture géographique des services VIH ainsi que sur les organisations d'exécution ?

a. ~~Oui, pour tout ce qui précède~~

b. Oui, mais seulement une partie de ce qui précède

c. ~~Non, rien de ce qui précède~~

7.3 Existe-t-il un système opérationnel d'information* sur la santé ?

A l'échelon national	<u>Oui</u>	Non
au niveau infranational	<u>Oui</u>	Non
SI OUI , à quel(s) niveau(x) ?		

(*qui communique régulièrement des données en provenance des services de santé, qui sont agrégées au niveau du district et envoyées au niveau national ; les données sont en outre analysées et utilisées à différents niveaux)

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

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

9. Dans quelle mesure les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées

9.1 pour l'élaboration/révision de la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

Faible

Grande



Donner un exemple concret :

Les données épidémiologique et sur les réalisations des programmes seront à la base de la revue à mi-parcours du plan stratégique national.

Données de la surveillance sentinelle : une augmentation de la séroprévalence au niveau de certaines régions ou de certaines populations à risque oriente vers l'intensification des activités prévues dans le cadre du PSN et des PSR

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ? Nécessité de mettre en œuvre un système d'assurance qualité des données notamment pour les programmes de prévention

9.2 Pour l'allocation des ressources ?

Faible

Grande



9.3 Pour l'amélioration du programme ?

Faible

Grande



Donner un exemple concret :

Les indicateurs des connaissances et comportements auprès des jeunes ou auprès des professionnelles du sexe en 2007, ont permis de mesurer les résultats des programmes de prévention et d'orienter le contenu de ces programmes : activités, message, intervenant, gestion, suivi et évaluation.

10. Le développement des capacités humaines en S/E est-il prévu aux niveaux national, infranational et de la prestation des services ?

- a. Oui, à tous les niveaux
- b. ~~Oui, mais seulement pour certains niveaux~~
- c. ~~Non~~

10.1 Une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été dispensée au cours de l'année écoulée

Au niveau national ?	<u>Oui</u>	Non
<i>SI OUI</i> , Nombre de personnes formées : <u>90</u>		
Au niveau infranational ?	<u>Oui</u>	Non
<i>SI OUI</i> , Nombre de personnes formées : <u>250</u>		
Au niveau de la prestation des services y compris la société civile ?	<u>Oui</u>	Non
<i>SI OUI</i> , Nombre de personnes formées : <u>70</u>		

10.2 Mise à part la formation, a-t-on mené d'autres activités de renforcement des capacités S/E?

<u>Oui</u>	Non
------------	----------------

SI OUI, décrire ces activités : Supervision du PNLS auprès des partenaires pour les capacités des partenaires en matière de S&E

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de suivi et d'évaluation des programmes de riposte au VIH réalisés en 2009 ?	
2009	Très médiocre Excellent
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</p> <p>Formations des partenaires du PNLS en suivi et évaluation et sur les outils de gestion des données</p> <p>Equipement des partenaires et des observatoires</p> <p>Unifications des fiches de collecte avec le FM</p> <p>Recueil et synthèse des données des programmes (base de données centrale)</p> <p>Utilisation des données pour la revue à mi-parcours du plan stratégique national</p>	

Partie B

[à remplir par les représentants des organisations de la société civile,
des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies]

I. DROITS DE LA PERSONNE

1. Le pays dispose-t-il de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ? (y compris à la fois des dispositions générales non discriminatoires et des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, du logement, de l'emploi, des soins de santé, etc.)

	Non
--	-----

1.1 *SI OUI*, préciser si le VIH est mentionné expressément et de quelle manière ou s'il s'agit d'une disposition non discriminatoire générale :

2. Le pays dispose-t-il de lois ou de règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous-populations vulnérables ?

Oui	
-----	--

2.1 *SI OUI*, pour quelles populations ?

Femmes	Oui	
Jeunes	Oui	
Consommateurs de drogues injectables		Non
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Non
Professionnel(le)s du sexe		Non
Détenus	Oui	
Migrants/populations mobiles	Oui	
Autre :	Oui	

SI OUI, décrire brièvement les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Décrets d'application

Assistance juridique

Formation des magistrats

Formation des parlementaires

Signature de conventions internationales par le Maroc (CEDAW, Varsovie...)

Mise en place d'instances nationales (observatoires, CCDH, Diwan al madalim...) pour assurer l'application et le suivi

3. Y a-t-il dans le pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à des services efficaces de prévention, traitement, soins et soutien du VIH pour les populations les plus à risque et d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui	
-----	--

3.1 SI OUI, pour quelles sous-populations ?

Femmes		Non
Jeunes		Non
Consommateurs de drogues injectables	Oui	
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	
Professionnel(le)s du sexe	Oui	
Détenus		Non
Migrants/populations mobiles		Non
Autre :		

SI OUI, décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou politiques :

Amendes et prison. Prostitution (art 502 du Code Penal). HSH (Art 489 du Code Penal). UDI

Dire brièvement en quoi elles constituent des obstacles :

- accessibilité réduite aux services de prévention et de prise en charge des groupes vulnérables à l'infection VIH

- stigmatisation/discrimination de ces personnes.

4. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?

Oui	
-----	--

SI OUI, décrire brièvement la manière dont il est fait état des droits de l'homme dans cette politique ou stratégie VIH : le cinquième principe directeur du PSN est de garantir l'équité et le respect des droits de la personne et du genre.

5. Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables ?

	Non
--	-----

SI OUI, décrire brièvement ce mécanisme :

- Non, mais un Comité d'éthique doit être mis en place dans le cadre du PSN.
- Etude réalisée sur la discrimination (133 personnes vivant avec le VIH)

6. Le gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ?

Oui	
-----	--

SI OUI, donner quelques exemples : Participation à toutes les étapes de l'élaboration du PSN 2007-2011 (PS, Marins, Routiers, MSM, PVVIH) • Participation dans la mise en œuvre à travers l'approche de proximité

7. Le gouvernement mène-t-il une politique de services gratuits pour :

a. les services de prévention du VIH	Oui	
b. le traitement antirétroviral	Oui	
c. les interventions de soins et de soutien liés au VIH	Oui	

SI OUI, compte tenu des contraintes financières, décrire les mesures prises pour mettre en œuvre ces politiques et inclure des informations sur toute restriction ou obstacle à l'accès pour différentes populations : Intégrer dans les programmes d'appui (FM...) Stratégie de réduction des coûts (M, condom, traitement IST) Stratégie de pérennisation des fonds. Mobilisation des fonds au niveau national

8. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui	
-----	--

8.1 En particulier, le pays dispose-t-il d'une politique garantissant l'accès des femmes à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH en dehors du contexte de la grossesse et de l'accouchement ?

Oui	
-----	--

9. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui	
-----	--

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette politique : engagement politique pour un accès aux services de prévention de traitement et d'appui psycho-social des populations migrantes

9.1 **SI OUI**, existe-t-il différents types d'approches pour assurer un accès égal aux différentes populations les plus à risque et/ou aux autres sous-populations vulnérables ?

Oui	
-----	--

SI OUI, expliquer brièvement les différents types d'approches pour assurer un accès égal à des populations différentes : approche de proximité, éducation par les pairs, renforcement des capacités institutionnelles des ONG, outils spécifiques développés, planification stratégique conjointe

10. Le pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, licenciement) ?

Oui	
-----	--

11. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?

Oui	
-----	--

11.1 **SI OUI**, le comité d'éthique inclut-il des représentants de la société civile y compris les personnes vivant avec le VIH ?

Oui	
-----	--

SI OUI, décrire l'approche et l'utilité de ce comité : Respecter le code éthique dans le cadre des protocoles de recherche

12. Le pays dispose-t-il des mécanismes ci-après de suivi et d'application des droits de la personne ?

- Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH dans le cadre de leur fonction

Oui	
-----	--

- Points focaux au sein du ministère de la santé et d'autres ministères ayant pour fonction de surveiller les infractions aux droits de la personne et la discrimination liées au VIH dans des domaines comme le logement ou l'emploi.

	Non
--	-----

- Indicateurs de performance ou de référence concernant le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH

	Non
--	-----

SI OUI, pour l'une quelconque des questions ci-dessus, donner quelques exemples : - ONG de défense des droits des hommes

13. Au cours des deux dernières années, les membres du système judiciaire (notamment les conseils de prud'hommes/ tribunaux du travail) ont-ils été formés/ sensibilisés aux questions touchant le VIH et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ?

Oui	
-----	--

14. Les services d'appui juridique suivants existent-ils dans le pays ?

- Systèmes d'assistance juridique pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

	Non
--	-----

- Cabinets de conseil juridique du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit aux personnes vivant avec le VIH

	Non
--	-----

- Programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH au sujet de leurs droits

Oui	
-----	--

15. Existe-t-il des programmes visant à réduire la discrimination et la stigmatisation des personnes touchées par le VIH ?

Oui	
-----	--

SI OUI, comment ces programmes sont-ils véhiculés ?

par les médias	Oui	
par l'enseignement scolaire	Oui	
par des personnalités s'exprimant souvent à ce sujet	Oui	
Autre :	Oui	

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux politiques, lois et règlements pour la protection et la promotion des droits de l'homme eu égard au VIH/sida en vigueur en 2009 ?	
2009	9/10
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ? formations, campagnes de communication, lutte contre la stigmatisation, campagne de l'ALCS, sensibilisation Ministère de l'Intérieur (sensibilisation pour le Délit de détention du préservatif, sensibilisation des magistrats)</p> <p>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</p> <p>Travailler sur la stigmatisation et la discrimination. Améliorer accès à la prévention et à l'information pour les populations vulnérables. Plaidoyer pour la mise en place des lois</p>	

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements en vigueur en 2009 ?	
2009	9/10
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</p> <p>PSN, déclinaison en stratégie régionale et sectorielle . Engagement politique à haut niveau. Engagement médiatique. . Restructuration du CCM (implication de ts les ministères, coopération bilatérale, onusienne et société civile). Mis en place de comités de surveillance (oversight)</p>	

II. PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE*

1. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des stratégies/ politiques nationales ?

4/5

<p>Commentaires et exemples :</p> <p>Rôle déterminant dans le Plaidoyer pour l'accès universel au traitement.</p> <p>Participation effective à la restructuration du CCM</p> <p>Présidence du CCM par une ONG</p>
--

2. Dans quelle mesure les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH ou au plan d'action le plus récent (ex : en assistant aux réunions de planification et en révisant les projets) ?

5/5

<p>Commentaires et exemples : Implication et collaboration à l'élaboration de neufs plans stratégiques régionaux.</p>
--

3. Dans quelle mesure les services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sont-ils inclus dans

a. la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

4/5

b. le budget national consacré à la lutte contre le sida ?

4/5

c. les rapports nationaux de lutte contre le sida ?

4/5

Commentaires et exemples : Les différents rapports nationaux sont basés en grande partie sur les réalisations communiquées par les ONG

- 47% du budget national est exécuté par la société civile

4. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle été conviée dans le cadre du suivi et de l'évaluation (S/E) de la riposte au VIH

a. à l'élaboration du plan national S/E ?

4/5

b. à participer au comité/groupe de travail national S/E responsable de la coordination des activités S/E ?

4/5

c. aux efforts S/E au niveau local ?

4/5

Commentaires et exemples :

- participation active des ONG à l'élaboration du plan de S/E

- adoption du système du S/E par les ONG

- contribution des ONG nationales au renforcement des capacités en S/E au niveau local (AMSED, ALCS, OPALS)

- les ONG font partie du comité national du S/E

5. Dans quelle mesure la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/sida reflète-t-elle sa diversité (p. ex., réseaux de personnes vivant avec le VIH, organisations de professionnel(le)s du sexe, organisations confessionnelles) ?

4/5

Commentaires et exemples :

- implication des associations des PVVIH dans la lutte contre le sida (association du jour des PVVIH et l'association soleil des enfants porteurs du VIH)
- Rabitat des Oulemas (confessionnel), secteur universitaire, les associations féminines, etc...

6. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle la possibilité d'avoir accès à :

- a. une aide financière suffisante pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ? **4/5**
- b. un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ? **4/5**

Commentaires et exemples :

- a-extension de la stratégie nationale, élargissement de la couverture géographique et la couverture des groupes vulnérables nécessitent une aide financière supplémentaire
- b- problème d'accès à l'information pour les ONG communautaires (à améliorer), sans oublier que des efforts considérables sont déployés par les ONG nationale dans la décentralisation de l'appui technique.

7. Quel pourcentage des programmes/services VIH ci-après estime-t-on être assuré par la société civile ?

Prévention pour les jeunes		25-50%		
Prévention pour les populations les plus vulnérables				
- Consommateurs de drogues injectables				>75%
- Hommes ayant des rapports sexuels à risque				>75%
- Professionnel(le)s du sexe				>75%
Dépistage et conseil				>75%
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination			51-75%	
Services cliniques (ART/IO)*	<25%			
Soins à domicile	S.O.			
Programmes pour les OEV**	S.O.			

*ART^r Traitement antirétroviral ; IO^r Infection opportunistes **OEV^r Orphelins et autres enfants vulnérables

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à accroître la participation de la société civile en 2009 ?

2009

9/10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

la décentralisation des actions au niveau local, coordination, harmonisation et partenariat entre les différents représentants de la société civile, renforcement des capacités en matière de gestion

III. PRÉVENTION

8. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en programmes de prévention du VIH ?

Oui

SI OUI, comment ces besoins particuliers ont-ils été déterminés ? dans le cadre des programmes auprès des populations les plus exposées (migrants, des UDI, PS, HSH..), en milieu de travail et par la réalisation d'études qualitatives et quantitatives.

1.1 Dans quelle mesure les programmes de prévention du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Elément de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Sécurité transfusionnelle	D'accord		
Précautions universelles en milieu sanitaire	D'accord		
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH		Pas d'accord	
IEC* sur la réduction des risques	D'accord		
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	D'accord		
Promotion des préservatifs	D'accord		
Conseil et test VIH	D'accord		
Réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables		Pas d'accord	
Réduction des risques chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		Pas d'accord	
Réduction des risques chez les professionnels (le)s du sexe	D'accord		
Services de santé reproductive, y compris services de prévention et de traitement des IS	D'accord		
Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes	D'accord		
Programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes non scolarisés	D'accord		
Prévention du VIH sur le lieu de travail		Pas d'accord	
Autres : Réduction des risques chez les migrants <i>[insérer]</i>		Pas d'accord	

* IEC = Information, éducation et communication

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de <i>mise en œuvre</i> des programmes de prévention du VIH en 2009 ?	
2009	9/10
Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?	
- plan sectoriel de l'emploi, renforcement des plans sectoriels de la justice du plan, de la culture , des affaires islamiques, engagement des leaders culturels, Extension PSR, renforcement de la campagne sociale de communication , Elaboration du programme d'appui psychosocial , programme de proximité auprès des UDI	
Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?	
Problème d'accès aux populations ayant un risque accru, problèmes de stigmatisation	

IV. TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il recensé les besoins concrets en services de traitement, de soins et de soutien du VIH ?

Oui

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

En se basant sur plusieurs données : les études, analyse de la réponse, PSN et PSR, file active, patients sous traitement et schéma thérapeutique.

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

services de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH et au sida	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Thérapie antirétrovirale	D'accord		
Soins nutritionnels	D'accord		
Traitement pédiatrique du sida	D'accord		
Traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord		
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	D'accord		
Soins à domicile		Pas d'accord	

Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	D'accord		
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose		Pas d'accord	

Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH	D'accord		
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH			S/O
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	D'accord		
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	D'accord		
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)	D'accord		
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail		Pas d'accord	
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)		Pas d'accord	
Autres programmes : Accès à la prise en charge des migrants	D'accord		

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, soins et soutien du VIH en 2009	
2009	Excellent
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</p> <p>Renforcement et assurance de l'accès aux traitements aux personnes diagnostiquées Amélioration de la décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les régions</p> <p>Préparation et mise en œuvre du programme d'accompagnement psychosocial</p> <p>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ? ressources humaines pour la prise en charge dans les régions. Amélioration du dépistage à visée diagnostique</p>	

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/sida des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

	Non	
--	-----	--

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à répondre aux besoins des orphelins et autres enfants vulnérables en matière de services VIH en 2009 ?										
2009	Très médiocre									Excellent
e	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<p>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</p> <p>La question des orphelins et autres enfants vulnérables au VIH est intégrée dans la politique nationale en matière des enfants vulnérables en général. Le ministère des affaires sociales et d'autres départements ministériels gèrent les services destinés aux orphelins et enfants abandonnés dans le cadre des programmes pour les enfants en situation précaire.</p> <p>Aussi, le secteur de société civil joue un rôle important dans la prise en charge des orphelins et enfants de la rue à titre d'exemple nous citons l'ONG DARNA.</p> <p>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</p> <p>Renforcer le secteur associatif dans ce domaine.</p>										

ANNEXE 4

INDICATEURS UNGASS 2010

1- Dépenses consacrées au sida 2007-2009 en US\$

Année	Dépenses Million US\$
2001	2,0
2003	5,2
2005	5,6
2006	6,9
2007	11,0
2008	13,4
2009	14,5

Répartition des dépenses relatives à la lutte contre le sida au Maroc par sources et domaines d'action 2007, 2008

SOURCE	Prévention	Soins et traitement	Gestion et Administration de programmes	Ressources humaines	Protection sociale et services sociaux	Environnement Favorable	Total général
Budget de l'Etat et collectivités locales	2895725	6674815	599300		594473		10764313
Coopération bilatérale	322541	531008	201532		1418	6581	1063080
Fonds mobilisés localement	726945	163024	358509	30140	432182	94292	1805092
Fonds Mondial	3802503	2067337	1205026	6828	1615	549722	7633031
ONG Internationales	943353	31809	137782	13151	177457	15441	1318993
Système des Nations Unies	631958		1148839	60215	40095	218284	2099391
Total général	9323025	9467993	3639710	110334	1247240	884320	24683900

3- Sécurité transfusionnelle

VALEURS DES INDICATEURS

	2007	2008	2009
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage d'unités de dons de sang testées pour le VIH de manière à assurer la qualité (Pourcentage)	100,00%	100,00%	100,00%
Numérateur : Nombre d'unités de dons de sang testées pour le VIH dans les centres de transfusion/laboratoires de dépistage du VIH qui ont (1) suivi les procédures normalisées attestées et (2) participé à un système externe d'assurance de la qualité	176968	190504	202769
Dénominateur : Nombre total de dons d'unités de sang	176968	190504	202769
Nombre de cas positifs	68	46	47

4-Traitement du VIH : Thérapie antirétrovirale

Les données de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ont été collectées auprès des 10 services de prise en charge au niveau des différentes régions du Maroc. Un travail d'intégration et de synthèse a été effectué pour obtenir ces indicateurs.

VALEURS DES INDICATEURS POUR 2007

	Total adultes & enfants	Hommes	Femmes	<15	15+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale (Pourcentage)	40%	32%	55%	24%	41%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de rapport	1648	867	781	58	1590
Dénominateur : Nombre estimé d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée	4107	2682	1425	244	3863

VALEURS DES INDICATEURS POUR 2008

	Total adultes & enfants	Hommes	Femmes	<15	15+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale (Pourcentage)	48%	38%	66%	42%	48%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de rapport	2207	1152	1055	106	2087
Dénominateur : Nombre estimé d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée	4610	3015	1596	254	4356

VALEURS DES INDICATEURS POUR 2009

	Total adultes & enfants	Hommes	Femmes	<15	15+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale (Pourcentage)	50%	40%	70%	54%	50%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de rapport	2647	1372	1275	145	2502
Dénominateur : Nombre estimé d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée	5266	3449	1817	269	4997

Depuis 2007 nous avons adopté les outils et méthodes d'estimations préconisées par l'ONUSIDA en utilisant le logiciel SPECTRUM. Ainsi les valeurs figurant dans le rapport UNGASS 2008 ont été revues et mis à jour.

5-Prévention de la transmission mère-enfant

VALEURS DES INDICATEURS POUR 2007

2007	Tous
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant (Pourcentage)	12%
Numérateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant	42
Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois	360

2008	Tous
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant (Pourcentage)	16%
Numérateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant	60
Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois	380

2009	Tous
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant (Pourcentage)	22%
Numérateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant	90
Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois	410

Aussi nous avons revu cet indicateur en utilisant comme dénominateur les données fournies par SPECTRUM.

6-Prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH

Méthode de calcul du dénominateur :

Nous nous basons pour déterminer les dénominateurs sur la prévalence du VIH chez les cas TB les deux formes pulmonaire et extra-pulmonaire. Une étude réalisée en 2008 a permis de déterminer la prévalence VIH chez les cas TB extra pulmonaire et par conséquent de réviser à la hausse le dénominateur.

	Incidence des cas TB (A)	Prévalence VIH (B)	Nombre de cas TB/VIH $A*B/100$
TB toutes les formes	28000	1,27	356
TB pulmonaire	15156	0,9	136
TB extra-pulmonaire	12844	2,6	334
		Total	470

VALEURS DES INDICATEURS :

2007

	Total des cas	Hommes	Femmes
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité VIH concomitante ayant reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH (Pourcentage)	19%	27%	12%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de rapport	88	54	33
Dénominateur : Nombre estimé de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	470	201	269

2008

	Total des cas	Hommes	Femmes
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité VIH concomitante ayant reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH (Pourcentage)	17%	22%	12%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de rapport	78	45	33
Dénominateur : Nombre estimé de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	470	201	269

2009

	Total des cas	Hommes	Femmes
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité VIH concomitante ayant reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH (Pourcentage)	22%	31%	15%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants avec une infection à VIH avancée bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé sur le plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de rapport	103	62	41
Dénominateur : Nombre estimé de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	470	201	269

7-Dépistage du VIH parmi la population générale

VALEURS DES INDICATEURS :

Des études sur les comportements sont programmées en 2010. Elles concerneront les jeunes, les professionnelles du sexe, les hommes des relations avec les hommes, les usagers de drogues injectables et d'autres populations exposées au risque d'infection VIH.

Les indicateurs ci-après ont été obtenus dans le cadre d'étude réalisée en 2007.

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 2000

	Total 15-49 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24	25-49
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat (Pourcentage)	4,70%	5,90%	3,50%	3,40%	6,40%	Absente
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat	94	59	35	39	55	Absente
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861	Absente

8-Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Professionnel(le)s du sexe

VALEURS DE L'INDICATEUR POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 787

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage parmi les populations les plus à risque des personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat (Pourcentage)	51,2%	Absente	51,2%	44,0%	53,7%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées parmi les populations les plus à risque ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat	398	Absente	398	89	309
Dénominateur : Nombre de populations les plus à risque incluses dans l'échantillon	777	Absente	777	202	575

8-Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque - Consommateurs de drogues injectables

VALEURS DE L'INDICATEUR POUR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 500

	Total consommateurs de drogues injectables	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage parmi les populations les plus à risque des personnes ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat (Pourcentage)	12,5%	12,8%	10,7%	11,5%	12,7%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées parmi les populations les plus à risque ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat	61	54	7	10	51
Dénominateur : Nombre de populations les plus à risque incluses dans l'échantillon	488	420	68	93	395

9-Populations les plus à risque : Programmes de prévention - Professionnel(le)s du sexe

VALEURS DE L'INDICATEUR : PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

Numérateur

Nombre de personnes les plus à risque ayant répondu "oui" aux deux questions

Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous obtenu des préservatifs ? (par ex., d'un agent d'un service de proximité, d'un centre d'accueil ou d'un dispensaire de santé sexuelle)

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées au cours de l'enquête

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 787

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : "Oui" à toutes les questions (Pourcentage)	48,70%	Absente	48,70%	37,00%	52,80%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant répondu "Oui" à toutes les questions	383	Absente	383	77	306
Dénominateur : Nombre total de personnes interrogées au cours de l'enquête	787	Absente	787	208	579

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
"Oui" à la question 1, Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ? (Pourcentage)	86,10%	Absente	86,10%	82,80%	87,20%
Numérateur : Personnes ayant répondu "oui" à la question 1	579	Absente	579	135	444
Dénominateur : Nombre total de personnes interrogées au cours de l'enquête	672	Absente	672	163	509

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
"Oui" à la question 2, Au cours des 12 derniers mois, avez-vous obtenu des préservatifs ? (par ex., d'un agent d'un service de proximité, d'un centre d'accueil ou d'un dispensaire de santé sexuelle) (Pourcentage)	58,10%	Absente	58,10%	46,70%	62,50%
Numérateur : Personnes ayant répondu "oui" à la question 2	457	Absente	457	95	362
Dénominateur : Nombre total de personnes interrogées au cours de l'enquête	787	Absente	787	208	579

13-Jeunes : Connaissances sur la prévention du VIH

VALEURS DES INDICATEURS :

Numérateur

Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions :

- 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 ?
- Une personne peut-elle réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel ?
- Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut-elle avoir le VIH ?
- Une personne peut-elle contracter le VIH par des piqûres de moustique ? (ou question spécifique au pays)
- Une personne peut-elle contracter le VIH en partageant des aliments avec quelqu'un qui est infecté ? (ou question spécifique au pays)
- **Dénominateur**
Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 2000

	Total 15-24 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24
Réponse correcte à la question 1, 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 ? (Pourcentage)	66,50%	61,80%	71,20%	66,80%	66,10%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant répondu correctement à la question 1	1330	618	712	761	569
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861

	Total 15-24 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24
Réponse correcte à la question 2, une personne peut-elle réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel ? (Pourcentage)	53,80%	52,80%	54,80%	55,10%	52,00%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant répondu correctement à la question 2	1076	528	548	628	448
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861

	Total 15-24 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24
Réponse correcte à la question 3, Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut-elle avoir le VIH ? (Pourcentage)	65,90%	66,60%	65,20%	65,00%	67,10%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant répondu correctement à la question 3	1318	666	652	740	578
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861

	Total 15-24 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24
Réponse correcte à la question 4, Une personne peut-elle contracter le VIH par des piqûres de moustique ? (ou question spécifique au pays) (Pourcentage)	24,70%	30,60%	18,70%	24,00%	25,60%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant répondu correctement à la question 4	493	306	187	273	220
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861

	Total 15-24 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24
Réponse correcte à la question 5, une personne peut-elle contracter le VIH en partageant des aliments avec quelqu'un qui est infecté ? (ou question spécifique au pays) (Pourcentage)	25,30%	28,90%	21,70%	26,80%	23,30%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant répondu correctement à la question 5	506	289	217	305	201
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861

13-Populations les plus à risque : Connaissances au sujet de la prévention du VIH - Professionnel(le)s du sexe

Numérateur

Nombre des personnes interrogées parmi les populations les plus à risque ayant répondu correctement aux cinq questions :

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 ?

Une personne peut-elle réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel ?

Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut-elle avoir le VIH ?

Une personne peut-elle contracter le VIH par des piqûres de moustique ? (ou question spécifique au pays)

Une personne peut-elle contracter le VIH en partageant des aliments avec quelqu'un qui est infecté ? (ou question spécifique au pays)

Dénominateur

Nombre des personnes interrogées parmi les populations les plus à risque ayant répondu, y compris "ne sais pas", aux cinq questions

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 787

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Réponse correcte à la question 1, 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 ? (Pourcentage)	53,30%	Absente	53,30%	46,80%	55,50%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement à la question 1	417	Absente	417	96	321
Dénominateur : Nombre de personnes ayant répondu, y compris "ne sais pas", à la question 1	783	Absente	783	205	578

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Réponse correcte à la question 2, une personne peut-elle réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel ? (Pourcentage)	73,40%	Absente	73,40%	67,80%	75,40%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement à la question 2	575	Absente	575	139	436
Dénominateur : Nombre de personnes ayant répondu, y compris "ne sais pas", à la question 2	783	Absente	783	205	578

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Réponse correcte à la question 3, Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut-elle avoir le VIH ? (Pourcentage)	64,60%	Absente	64,60%	61,00%	65,90%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement à la question 3	506	Absente	506	125	381
Dénominateur : Nombre de personnes ayant répondu, y compris "ne sais pas", à la question 3	783	Absente	783	205	578

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Réponse correcte à la question 4, Une personne peut-elle contracter le VIH par des piqûres de moustique ? (ou question spécifique au pays) (Pourcentage)	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente
Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement à la question 4	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente
Dénominateur : Nombre de personnes ayant répondu, y compris "ne sais pas", à la question 4	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Réponse correcte à la question 5, une personne peut-elle contracter le VIH en partageant des aliments avec quelqu'un qui est infecté ? (ou question spécifique au pays) (Pourcentage)	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente
Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement à la question 5	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente
Dénominateur : Nombre de personnes ayant répondu, y compris "ne sais pas", à la question 5	Absente	Absente	Absente	Absente	Absente

15-Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

VALEURS DES INDICATEURS :

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 2000

	Total 15-24 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (Pourcentage)	4,50%	8,40%	0,60%	5,90%	2,70%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15-24 ans) déclarant l'âge auquel elles ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans	90	84	6	67	23
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861

16-Rapports sexuels à haut risque

VALEURS DES INDICATEURS :

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 2000

	Total 15-24 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24	25-49
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois (Pourcentage)	19,30%	36,50%	2,00%	13,50%	26,80%	Absente
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans déclarant avoir eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel	385	365	20	154	231	Absente
Dénominateur : Total des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans	2000	1000	1000	1139	861	Absente

17-Utilisation du préservatif au cours de rapports sexuels à haut risque

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 2000

	Total 15-49 ans	Hommes	Femmes	15-19	20-24	25-49
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel (Pourcentage)	61,8%	61,1%	75,0%	63,0%	61,0%	Absente
Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois	238	223	15	97	141	Absente
Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans déclarant avoir eu plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel	385	365	20	154	231	Absente

18-Professionnel(le)s du sexe : Utilisation du préservatif

VALEURS DES INDICATEURS :

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 783

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de professionnels du sexe hommes et femmes déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client (Pourcentage)	53,90%	Absente	53,90%	49,25%	55,50%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client dans les 12 derniers mois	422	Absente	422	99	323
Dénominateur : Nombre de personnes interrogées ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels rémunérés au cours des 12 derniers mois	783	Absente	783	201	582

20-Consommateurs de drogues injectables : Utilisation du préservatif

VALEURS DES INDICATEURS :

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 496

	Tous	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Pourcentage)	13,13%	11,72%	20,78%	14,61%	12,81%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	65	49	16	13	52
Dénominateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir eu des rapports sexuels au cours du mois précédent	495	418	77	89	406

21-Consommateurs de drogues injectables : Pratiques d'injection sans risque

VALEURS DES INDICATEURS :

Taille de l'échantillon des personnes interrogées : 496

	Total consommateurs de drogues injectables	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection de drogue (Pourcentage)	7,47%	6,70%	11,69%	10,11%	6,90%
Numérateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection de drogue	37	28	9	9	28
Dénominateur : Nombre de personnes interrogées déclarant s'être injecté des drogues au cours du mois précédent	495	418	77	89	406

22-Réduction de la prévalence du VIH- Jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24

VALEURS DES INDICATEURS :

Taille de l'échantillon de l'étude : 5280

2007

	Total 15-24 ans	15-19	20-24
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH (Pourcentage)	0,02 %	0,00 %	0,02 %
Numérateur : Nombre de femmes fréquentant les consultations prénatales (âgées de 15 à 24 ans) ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	1	0	1
Dénominateur : Nombre de femmes fréquentant les consultations prénatales (âgées de 15 à 24 ans) ayant subi un test de dépistage du VIH pour connaître leur statut VIH	5280	1169	4111

Taille de l'échantillon de l'étude : 4677

2009

	Total 15-24 ans	15-19	20-24
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH (Pourcentage)	0,06 %	0,00 %	0,08 %
Numérateur : Nombre de femmes fréquentant les consultations prénatales (âgées de 15 à 24 ans) ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	3	0	3
Dénominateur : Nombre de femmes fréquentant les consultations prénatales (âgées de 15 à 24 ans) ayant subi un test de dépistage du VIH pour connaître leur statut VIH	4677	1037	3640

23-Populations les plus à risque : Réduction de la prévalence du VIH - Professionnel(le)s du sexe

VALEURS DE L'INDICATEUR POUR LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

2007

Taille de l'échantillon de l'étude : 810

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage parmi les populations les plus à risque des personnes qui sont infectées par le VIH (Pourcentage)	2,59 %	Absente	2,59 %	1,83 %	2,87 %
Numérateur : Nombre de membres des populations les plus à risque dont le test est positif pour le VIH	21	Absente	21	4	17
Dénominateur : Nombre de membres des populations les plus à risque ayant subi un test de dépistage du VIH	810	Absente	810	218	592

2008

Taille de l'échantillon de l'étude : 1079

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage parmi les populations les plus à risque des personnes qui sont infectées par le VIH (Pourcentage)	2,13 %	Absente	2,13 %	0,49%	2,52%
Numérateur : Nombre de membres des populations les plus à risque dont le test est positif pour le VIH	23	Absente	23	1	22
Dénominateur : Nombre de membres des populations les plus à risque ayant subi un test de dépistage du VIH	1079	Absente	1079	205	874

2009

Taille de l'échantillon de l'étude : 965

	Total professionnel(le)s du sexe	Hommes	Femmes	<25	25+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage parmi les populations les plus à risque des personnes qui sont infectées par le VIH (Pourcentage)	2,38 %	Absente	2,38 %	1,40%	2,66%
Numérateur : Nombre de membres des populations les plus à risque dont le test est positif pour le VIH	23	Absente	23	3	20
Dénominateur : Nombre de membres des populations les plus à risque ayant subi un test de dépistage du VIH	965	Absente	965	214	751

24-Traitement contre le VIH : Personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale

VALEURS DES INDICATEURS :

2007

	Tous	Hommes	Femmes	<15	15+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs pour le VIH toujours en vie et que l'on sait être sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (Pourcentage)	92,5 %	Absente	Absente	Absente	Absente
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants encore en vie et sous thérapie antirétrovirale 12 mois après le début du traitement	249	Absente	Absente	Absente	Absente
Dénominateur : Nombre total d'adultes et d'enfants ayant commencé la thérapie antirétrovirale au cours des 12 mois précédant le début de la période du rapport, y compris ceux qui sont décédés, ceux qui ont abandonné la thérapie antirétrovirale, et ceux qui ont été perdus de vue.	269	Absente	Absente	Absente	Absente

2008

	Tous	Hommes	Femmes	<15	15+
Valeur de l'Indicateur : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs pour le VIH toujours en vie et que l'on sait être sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (Pourcentage)	91,2%	89,5%	93,0%	100,0%	91,0%
Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants encore en vie et sous thérapie antirétrovirale 12 mois après le début du traitement	582	289	293	14	568
Dénominateur : Nombre total d'adultes et d'enfants ayant commencé la thérapie antirétrovirale au cours des 12 mois précédant le début de la période du rapport, y compris ceux qui sont décédés, ceux qui ont abandonné la thérapie antirétrovirale, et ceux qui ont été perdus de vue.	638	323	315	14	624

25- Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives et qui sont infectés par le VIH

	2007	2008	2009
T: Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH	12%	16%	22%
e: Efficacité du la pTME et le traitement ARV pour les nourrissons	90%	90%	90%
v: Taux de TME en cas d'absence de traitement	40%	40%	40%
$I = T * (1 - e) + (1 - T) * v$: Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives et qui sont infectés par le VIH	36%	35%	33%