ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

ⵜⴰⴳⵍⴷⵉⵜ ⵏ ⵍⵎⵖⵔⵉⴱ

وزارة الصحة

ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵓⵙⵙⵏⴰ

Evaluation basée sur le genre de la riposte au VIH/sida Maroc

SAIDA IDRISSI, consultante genre et VIH

Décembre 2014

ONUSIDA

ONU FEMMES

Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

وزارة الصحة

ⵜⴰⵎⴰⵡⴰⵙⵜ ⵏ ⵜⵓⵙⵙⵏⴰ

Ministère de la Santé

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

وزارة الصحة

Evaluation basée sur le genre de la riposte au VIH/sida Maroc

SAIDA IDRISSI, consultante genre et VIH

Décembre 2014

ONUSIDA

ONU FEMMES

Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

وزارة الصحة

Ministère de la Santé

Sommaire

Résumé exécutif	**6**
Introduction	**8**
I- Contexte de l'évaluation basée sur le genre	**10**
II- Justification de l'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au VIH/SIDA	**10**
III- Présentation de l'Outil d'évaluation basée sur le genre de l'ONUSIDA	**12**
IV Objectifs et résultats attendus	**13**
V Cadre méthodologique de l'évaluation	**13**
VI Processus d'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au sida	**14**
VII-Synthèse des résultats de l'outil	**15**
VIII-Recommandations et actions clés	**21**
ANNEXES : Annexe 1 : Outil d'évaluation basée sur le genre Annexe 2 : Membres du comité de pilotage de l'évaluation genre Annexe 3 : Liste des documents de référence de l'évaluation Annexe4 : Programme de l'atelier de l'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au sida	**28**

Liste des acronymes

ARV	Antirétroviraux
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CEG	Comité d'évaluation genre
CPEG	Comité de pilotage de l'évaluation genre
CCM	Comité de Coordination du Maroc
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDTMR	Centre de diagnostic et de traitement de la Tuberculose et des maladies respiratoires
CGEM	Confédération générale des entreprises du Maroc
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNCLS	Comité National de Coordination de la Lutte contre le Sida
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CR	Centres référents régionaux de prise en charge des PVVIH
CRILS	Comités régionaux intersectoriels de lutte contre le sida
CRU	Centres Référents Hospitalo-universitaire
ESSB	Etablissements de soins de santé de base
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau
ETME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
FM	Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
MoT	Etude sur les modes de transmission du VIH
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
ONUFEMMES	Entité des Nations Unies pour l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes
PCNU	Plan Conjoint d'appui des Nations Unies à la riposte nationale au sida
PGE	Plan gouvernemental de l'égalité
PNLAT	Programme National de Lutte antituberculeuse

PNAPS	Programme national d'accompagnement psychologique et social
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/sida
PPER	Personnes les plus exposées aux risques
PS	Professionnelles du sexe
PSN	Plan Stratégique National de lutte contre le sida
PSR	Plan Stratégique régional de lutte contre le sida
pTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAMED	Régime d'assistance médicale des économiquement démunis
RDR	Réduction des risques
RDS	Repondent Driven Sample
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSB	Soins de Santé de Base
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TB	Tuberculose
UDI	Usagers et usagères de drogues injectables
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé Exécutif

Le présent document a pour objet de fournir un appui graduel à tous les acteurs concernés, en particulier le Ministère de la Santé et ses partenaires gouvernementaux et de la société civile, qui sont impliqués dans les ripostes au VIH afin de faciliter l'intégration de la perspective de genre dans tous les programmes et activités à travers une approche globale d'évaluation capable d'appréhender les éléments d'élaboration et de mise en œuvre de la riposte nationale au sida.

Il s'agit de fournir en temps utile des informations qui puissent contribuer à la prise de décision appropriée aux besoins spécifiques des femmes et des hommes.

Malgré les améliorations de la riposte au VIH/sida obtenues au cours des vingt dernières années comme en témoignent un certain nombre d'indicateurs, force est de constater que d'importants défis demeurent encore, eu égard aux inégalités entre groupes de populations et entre régions. En outre, les inégalités entre hommes et femmes et le VIH/sida sont intimement liés.

Les femmes représentent environ cinquante pour cent de la totalité des personnes vivant avec le VIH. Elles sont affectées d'une manière disproportionnée par la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, par la violence et les inégalités économiques et par le fardeau que constituent les soins à donner aux personnes vivant avec le VIH.

Les mesures relatives à l'équité entre les sexes visent à garantir plus d'impartialité dans le traitement des hommes et des femmes et les possibilités qui leur sont offertes. Ces mesures prennent en compte les intérêts et les besoins pratiques et stratégiques propres à chaque sexe afin d'assurer une égalité entre les sexes.

Ces mesures aident à contrebalancer les désavantages historiques, économiques, politiques et/ou sociaux subis par l'un des deux sexes – habituellement les femmes – afin d'établir des conditions plus égalitaires pour tous et toutes. Les mesures relatives à l'équité entre les sexes peuvent inclure l'égalité de traitement ou bien un traitement qui est différent mais qui répond à des besoins et intérêts spécifiques tout en étant équivalent au plan des droits, avantages, obligations et possibilités.

La présente évaluation s'est basée sur une méthodologie s'appuyant sur la concertation et l'exploitation de l'outil évaluation genre.

Selon une revue documentaire ciblée, un premier remplissage de l'outil d'évaluation a été effectué par le comité restreint d'évaluation. Cet outil a fait l'objet d'un partage et d'une concertation avec les partenaires clés dans le domaine.

Ainsi et selon les premiers constats de l'évaluation, pour être efficace, il faut que la riposte à l'épidémie du sida vise les causes profondes du risque et de la vulnérabilité au VIH, y compris les normes socioculturelles relatives au comportement sexuel des hommes et des femmes, mais aussi la question de l'accès à l'éducation, à l'information sur les services de prévention et de santé, ainsi qu'aux possibilités de travail décent.

À ce titre, il est nécessaire d'adopter une approche intégrant la perspective de genre si l'on veut répondre véritablement aux besoins des femmes et des hommes, des filles et des garçons dans la riposte au VIH.

Parallèlement, la participation des hommes est capitale pour les initiatives visant à promouvoir un comportement responsable en matière de santé sexuelle et génésique, et pour éradiquer la violence dirigée contre les femmes.

Ainsi, les recommandations principales et interventions clés du plan d'action ont trait à différents niveaux notamment :

♦ **Connaissance de l'épidémie** :(i) Intégrer et harmoniser les indicateurs de l'égalité entre les sexes pour mieux saisir les facteurs socioculturels, économiques et épidémiologiques ayant un impact sur la vulnérabilité des femmes et des filles. (indicateurs UNGASS, Fonds mondial, OMD) ;(ii) Intégrer la dimension genre dans les systèmes de collecte des informations et dans toutes les études et enquêtes en prenant en compte, l'âge, le statut économique, la zone géographique et les facteurs liés au genre comme les violences physiques et sexuelles.

♦ **Planification et conception des politiques publiques :**(i) Renforcer la programmation VIH/sida dans la politique nationale de l'égalité ;(ii) Adopter une approche systémique basée sur les droits humains et le genre dans les interventions de riposte contre le VIH/sida.

♦ **Suivi et évaluation** :(i) S'impliquer dans les nouveaux mécanismes de gouvernances nationales sur l'égalité ;(ii) Développer des outils analytiques pour évaluer les différents effets des projets et des programmes d'action gouvernementale sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons dans la riposte contre le VIH/sida.

♦ **Information et sensibilisation ciblées concernant la question du VIH et genre,** (i) Etendre, diffuser et intégrer les actions de sensibilisation dans le cadre des programmes sociaux de développement en faveur des femmes et des filles dans les différents milieux : scolaire, universitaire, travail, dans les prisons, foyers féminins, usines, coopératives, les espaces public et privé.

♦ **Renforcement des capacités des partenaires en adoptant des modules thématiques** : VIH et travail, VIH et violences basées sur le genre, VIH et droits humains, genre et éducation sexuelle.

♦ **Orienter les actions vers de nouveaux partenariats :** syndicats, associations de quartiers, associations de jeunes, associations des parents d'élèves.

Introduction

Les inégalités entre les hommes et les femmes favorisent la transmission du VIH/sida en affaiblissant l'aptitude de ces dernières à faire des choix judicieux au sujet des questions sexuelles ou de santé de la reproduction, à rechercher des informations adéquates sur la prévention du VIH/sida et le dépistage, à prendre les mesures nécessaires pour prévenir la transmission du VIH et accéder aux traitements et y adhérer. Cela explique la préoccupation des Etats membres des Nations Unies, exprimée dans leur déclaration politique sur le VIH/sida : « *Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le SIDA »* adoptée en juin 2011 ; « *de ce que les femmes et les filles demeurent les plus touchées par l'épidémie dans le monde et assurent une part disproportionnée de la fourniture de soins et que leur capacité de se protéger du VIH continue d'être compromise par des facteurs physiologiques, des inégalités notamment d'ordre juridique, économique et social dues à leur sexe, l'accès insuffisant aux soins et aux services de santé, y compris sexuelle et procréative, et toutes les formes de discrimination et de violence, y compris les violences et l'exploitation sexuelles* ».

Ces Etats ont fait la promesse « *d'éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes, de renforcer la capacité des femmes et des adolescentes de se protéger du risque d'infection par le VIH, principalement en leur fournissant des soins et des services de santé, notamment en matière de sexualité et de procréation, et en leur donnant pleinement accès à une information et à une éducation complètes, de veiller à ce que les femmes puissent exercer leur droit de décider librement et d'une manière responsable de toutes les questions relatives à leur sexualité, y compris en ce qui concerne leur santé sexuelle et procréative, libres de toute contrainte, discrimination et violence, afin d'être mieux à même de se protéger contre l'infection par le VIH, et de prendre toutes les mesures nécessaires pour créer une atmosphère de nature à permettre aux femmes de s'émanciper et d'accroître leur indépendance économique et, dans ce contexte, réaffirmons l'importance du rôle des hommes et des garçons dans la réalisation de l'égalité des sexes* ».

Ils se sont engagés, par conséquent, à doubler les efforts pour lutter contre les violences et les discriminations basées sur le genre et renforcer l'autonomisation et le pouvoir de décision des femmes pour lutter contre la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH/sida pour réduire les risques au VIH.

Cette déclaration politique, à laquelle adhère le Maroc, constitue le cadre de référence du PSN 2012-2016 qui intègre de manière transversale les dimensions des droits humains et de l'égalité entre les hommes et les femmes liées au VIH et qui renforce la contribution communautaire à la riposte nationale permettant une mise en commun des stratégies pour aborder les obstacles à la riposte.

Le PSN 2012-2016 s'inscrit résolument dans la perspective de la concrétisation de l'accès universel à la prévention, notamment auprès des populations clés plus exposées aux risques d'infection et autres populations vulnérables, et à la prise en charge globale, incluant le traitement ainsi que l'appui psychologique et social des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) adultes et enfants. Cette approche d'équité et de solidarité permettra de réduire les nouvelles infections et d'atténuer l'impact du sida au sein de la population du Maroc, en particulier parmi les populations clés plus exposées aux risques d'infection, en vue de «converger vers l'atteinte de zéro nouvelle infection VIH, zéro décès et zéro discrimination lié au sida au Maroc».

C'est dans le cadre de ces engagements et de la volonté d'assurer un suivi efficace des avancées en matière d'égalité de genre dans le contexte du VIH que le Ministère de la santé a réalisé, à travers le Programme National de Lutte contre les IST/sida (PNLS) de la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM), en partenariat avec l'ONUSIDA et l'ONUFEMMES, cette évaluation basée sur le genre de la riposte nationale contre le VIH/sida. Le but est de trouver les réponses adéquates et les mesures appropriées pour réduire les risques de contamination chez les femmes et les filles et mettre un terme aux discriminations et aux violences basées sur le genre dans le contexte du VIH par la mise en œuvre de politiques publiques multidimensionnelles adoptant l'approche droit et l'approche systémique. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la revue mi-parcours du plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016.

I. Contexte de l'évaluation basée sur le genre

L'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au sida intervient dans un contexte politique marqué par l'adoption par le Maroc d'une nouvelle Constitution en juillet 2011 dont 18 dispositions sont consacrées aux droits des femmes. Elle prohibe dans son préambule la discrimination notamment pour motif de sexe ou de circonstance personnelle, tout comme elle interdit « *…de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale de quiconque, en quelque circonstance que ce soit et par quelque personne que ce soit, privée ou publique. Nul ne doit infliger à autrui, sous quelque prétexte que ce soit, des traitements cruels, inhumains, dégradants ou portant atteinte à la dignité »* (art 22).

L'article 19 consacre le principe de l'égalité entre les hommes et les femmes dans la jouissance des droits civils, politiques, culturels, économiques, sociaux et environnementaux. Il stipule, par ailleurs, que l'État œuvre à la réalisation de la parité entre les hommes et les femmes et met en place l'Autorité pour la Parité et la Lutte contre toutes les formes de Discrimination (APALD). La Constitution de 2011 consacre également la suprématie des conventions internationales ratifiées par le Maroc[1] sur les lois nationales et l'obligation d'harmoniser ces dernières avec les instruments internationaux. Ces dispositions constitutionnelles viennent renforcer les avancés importantes enregistrées par le Maroc au niveau du cadre normatif, institutionnel et législatif relatif à la protection et à la promotion des droits de l'Homme et des droits humains des femmes.

Dans le contexte du VIH/sida, le Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN 2012-2016), qui constitue le cadre unique de la riposte au VIH au Maroc, accorde une grande importance aux questions des droits humains et du genre (incluant la lutte contre les violences à l'égard des femmes). Ces questions figurent comme axe transversal, intégrées dans tous les résultats du PSN, et un résultat spécifique leurs est consacré : «Les obstacles liés au genre et aux droits humains en matière d'accès aux services sont réduits».

A ce propos, une feuille de route avait été élaborée en 2013, par le Programme National de Lutte contre les IST/sida (PNLS) en coordination avec l'ONUFEMMES, l'ONUSIDA et les partenaires institutionnels et associatifs.

Par ailleurs, le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) s'est inscrit en tant que nouveau partenaire de la riposte au sida dans le but de promouvoir et de protéger les droits humains liés au VIH et d'appuyer le gouvernement et ses partenaires dans l'intégration de cette approche dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida. Ce partenariat a été couronné par l'élaboration d'une Stratégie Nationale en Matière sur les Droits Humains et VIH/sida.

II. Justification de l'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au VIH/sida

Cette évaluation s'inscrit dans le cadre de la revue à mi-parcours du Plan Stratégique National de Lutte contre le sida 2012-2016. Elle permettra au Ministère de la santé et ses partenaires gouvernementaux et de la société civile ainsi que l'ONUSIDA, l'ONUFEMMES et le Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM), de mieux cibler les programmes et interventions en accordant une priorité à l'approche genre qui tient compte des causes de la vulnérabilité des femmes et des filles et agit sur les inégalités entre les hommes dans la riposte au VIH.

[1] Préambule de la Constitution2011
[2] CES, AVIS ,2014
[3] HCP, OMD 2013
[4] http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country

Plusieurs éléments ont guidé et orienté cette évaluation :

1. La vulnérabilités chez les femmes et les jeunes adolescentes dans le contexte du VIH

Malgré les efforts déployés par le Ministère de la santé et ses partenaires associatifs et institutionnels auprès des populations clés et auprès des populations vulnérables notamment les femmes et les jeunes filles, force est de constater que cette population reste la plus exposée au risque d'infection au VIH en raison de facteurs socio-économiques et culturels qu'il faudrait prendre considération avec plus d'acuité dans la riposte nationale contre le VIH. En effet, sur le total de cas de VIH identifiés au Maroc durant la période 2009-2013, 50% des cas notifiés sont de sexe féminin. Ce pourcentage est de 59% parmi les jeunes de 15-24 ans. Le mode de transmission le plus répandu parmi les femmes est hétérosexuel; 93% chez les 25 ans et plus et 92% chez les moins de 25 ans. En matière de couverture médicale, la quasi-totalité des femmes actives occupées en milieu rural (98,8%) et plus de la moitié en milieu urbain (53,3%) n'en disposent pas[2]. Le taux d'analphabétisme est deux fois plus important parmi les femmes âgées de plus de neuf ans (48%) que parmi les hommes (25%)[3]. De ce fait, les violences basées sur le genre, qu'elles soient physiques, sexuelles, psychologiques, économiques ou sociales renforcent la vulnérabilité des femmes face au VIH. La précarité des femmes et des filles engendre des facteurs de risques et des situations de fragilité dans le contexte du VIH.

2. Les constats et les recommandations des consultations réalisées dans le cadre de l'intégration de l'approche genre et Droits Humains dans la riposte nationale au VIH/sida en 2012-2013

L'analyse de la situation dans le cadre de ces consultations avait relevé que l'environnement socioculturel et juridique au Maroc renforce la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des professionnelles du sexe et des populations les plus vulnérables et entrave ainsi leur accès aux services et l'extension de leur couverture par les programmes de prévention et de prise en charge. C'est le cas notamment de l'usager(ère)s des drogues injectables et leur couverture par les programmes de réduction des risques (RDR).

3.La préparation de la note conceptuelle sur le renforcement du système de santé (y compris le système communautaire) qui sera proposée au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Le diagnostic participatif réalisé, à travers le questionnaire proposé dans l'outil d'évaluation de l'ONUSIDA, et l'analyse genre des informations et des données collectées dans le processus d'évaluation ainsi que les recommandations des parties prenantes intervenant dans la riposte contre le VIH/sida et dans le domaine des droits des femmes et des filles et des personnes vivantes avec le VIH permettront d'alimenter la préparation de la note conceptuelle sur le renforcement du système de santé, et l'orienter en priorisant les besoins pratiques et les intérêts stratégiques des populations clés et des populations vulnérables selon une approche genre. Cela permettra de renforcer et cibler les interventions des programmes et plans d'actions régionaux en faveur de ces populations et d'accorder un intérêt particulier aux besoins spécifiques des femmes et des filles en matière de sensibilisation, protection contre les violences basées sur le genre, prévention et prise en charge dans le contexte du VIH.

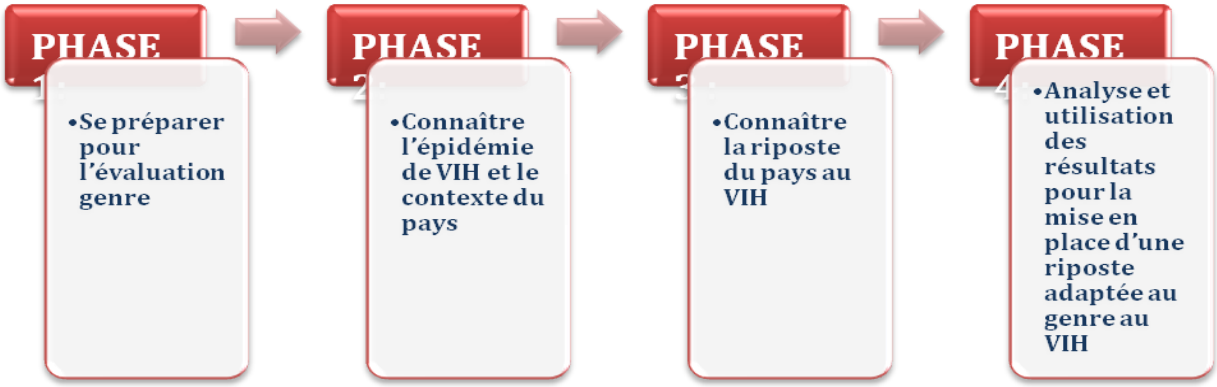
[2]CES, AVIS ,2014
[3] HCP, OMD 2013

4. Intégration de l'approche genre dans les autres processus stratégiques

Cette évaluation permettra également d'inscrire l'égalité des sexes dans d'autres processus stratégiques, tels que le Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), et servira d'outil pour le renforcement des capacités. Ce faisant, elle aidera à la mise en œuvre de l'agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité entre les sexes dans le contexte du VIH/sida (dénommé l'Agenda pour les femmes et les filles)[4].

III. Présentation de l'Outil de l'évaluation basée sur le genre

L'évaluation de la riposte nationale au VIH/sida selon une dimension genre s'est basée sur l'outil d'évaluation genre mis à la disposition des pays par l'ONUSIDA. Cet outil est spécialement conçu pour faciliter l'élaboration ou la révision des plans stratégiques nationaux (PSN) dans une perspective sexospécifique, et ce, afin d'améliorer l'efficacité des interventions. (Fiche technique sur l'Outil d'évaluation en annexe). Ainsi, cette évaluation a été menée suivant un processus bien codifié, selon le schéma ci-dessous :



L'Outil est spécialement conçu pour faciliter l'élaboration ou la révision des plans stratégiques nationaux (PSN) et alimenter la note conceptuelle à soumettre au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que les dossiers d'investissement. Il permet également d'inscrire l'égalité des sexes dans d'autres processus stratégiques, tels que le Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), et sert d'outil pour le renforcement des capacités. Ce faisant, il aide à la mise en œuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité entre les sexes dans le contexte du VIH/SIDA (ci-après dénommé l'Agenda pour les femmes et les filles)[5].

[4] http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf L'Outil et le Guide ont été conçus dans le cadre d'une procédure de consultation à grande échelle, comprenant des essais sur le terrain dans cinq pays (Bolivie, Djibouti, Jamaïque, Rwanda et Tadjikistan) et un atelier de validation multi-acteurs (17-19 avril 2013).

[5] Idem

IV. Objectifs et résultats attendus

1. Objectifs spécifiques (OS)

OS1 : Définir dans quelle mesure la réponse nationale reconnait et agit sur les inégalités entre les sexes comme un catalyseur essentiel de la riposte au VIH ;

OS2 : Identifier et analyser les défis et les opportunités pour assurer l'égalité entre les sexes aux niveaux national et communautaire dans le cadre des programmes de la riposte au VIH ;

OS3 : Identifier les interventions permettant un investissement stratégique qui assurera l'intégration du genre dans la réponse nationale au VIH.

2. Résultats attendus

R1 : Les lacunes en connaissances sensibles au genre relatives au contexte de l'épidémie de VIH au Maroc et de la riposte nationale sont identifiées ;

R2 : La réponse au VIH au niveau du pays et les écarts programmatiques et financiers en matière d'intégration du genre dans la riposte sont analysés ;

R3 : Des recommandations et interventions pour l'amélioration et le renforcement de l'intégration de l'approche genre dans le PSN sont proposées et un plan d'action élaboré.

V .Cadre méthodologique de l'évaluation au Maroc

Trois activités ont ponctué la réalisation de l'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au sida.

1. Revue documentaire

Cette étape, recommandée dans l'outil de l'ONUSIDA, a concerné la consultation des documents de référence en matière de lutte contre le VIH/sida, des politiques et programmes de lutte contre les violences faites aux femmes et filles ainsi que des rapports et revues à mi-parcours dans le cadre de la mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH/sida. Cette étape a permis, d'une part de situer les actions entreprises en faveur des femmes et des filles et de cerner, d'autre part, leur portée stratégique et/ ou ponctuelle sur les populations clés et vulnérables.

2. Recueil et collecte des données

L'état des lieux de la situation épidémiologique au Maroc s'appuie sur des données du Ministère de la santé relatives à la surveillance sentinelle et aux cas de VIH/sida/IST notifiés, les études bio-comportementales réalisées entre 2010 et 2013et l'étude de modélisation des modes de transmission (MoT) du VIH. Ces données rendent possible une investigation basée sur le genre de la riposte du Maroc au VIH/sida.

3. Atelier de partage et de discussion de l'évaluation

Cet atelier organisé avec les différents intervenants dans les domaines du VIH/sida et des droits des femmes a été mené selon une approche participative privilégiant les travaux de groupes pour faciliter les échanges et la production. La démarche proposée dans l'outil d'évaluation basée sur le genre et le remplissage préalable des informations et des données de base ont facilité l'enrichissement des phases 2 et 3.Les travaux de groupes ont permis de faire ressortir les défis et les perspectives pour concevoir des interventions de lutte contre le VIH/sida prenant en compte la dimension de genre et de discuter les interventions à mettre en œuvre.

VI. Processus de l'évaluation basée sur le genre de la riposte nationale au sida

L'évaluation s'est basée sur les directives et consignes proposées dans les quatre phases de l'outil de l'ONUSIDA selon la démarche suivante :

1. Préparation de l'évaluation basée sur le genre des interventions nationales de lutte contre le VIH/sida

- Mise en place d'un comité de pilotage d'évaluation genre (CPEG) composé du Ministère de la santé, de l'ONUSIDA et de l'ONUFEMMES ;
- Mobilisation d'une consultante nationale pour appuyer les différentes étapes de l'évaluation ;
- Réunions de concertation avec le comité d'évaluation genre (CEG) pour élaborer le plan de travail de l'évaluation, établir la liste de la revue documentaire, établir un mapping des institutions et des différents partenaires à impliquer dans l'évaluation ;
- Collecte des documents référentiels de l'évaluation notamment, le Plan Stratégique National de lutte contre le sida (2012-2016), les rapports des études épidémiologiques, le rapport national 2014 et la revue à mi-parcours sur la mise en œuvre de la Déclaration Politique sur le VIH/sida, le Plan gouvernemental de l'égalité (2012-2016), l'enquête de prévalence, le rapport OMD Maroc 2012, l'avis sur l'égalité entre les hommes et les femmes du Conseil Economique Social et Environnemental (voir bibliographie en annexe) ;
- Séances de travail avec le CEG, pour remplir au préalable les différentes étapes de la phase 2 et la phase 3, en préparation de l'atelier avec les parties prenantes ;
- Partage des résultats préliminaires avec le CEG ;
- Préparation et organisation de l'atelier de réflexion stratégique sur la prise en compte du genre dans la riposte au VIH avec un groupe élargi et multisectoriel : Départements ministériels concernés, Mécanisme gouvernemental chargé de la promotion des droits des femmes, Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH), associations thématiques sida, Rabita des Oulémas, PVVIH (membre du réseau régional MENARosa), réseau national ANARUZ des centres d'écoute des femmes victimes de violences, agences des Nations Unies et experte en genre.

2. Partage, discussion et validation des résultats préliminaires (atelier de réflexion stratégique)

- Présentation de l'outil d'évaluation et de la méthodologie de travail aux participants et participantes à l'atelier d'évaluation basée sur le genre ;

- Travail sur les résultats préliminaires pour enrichir et commenter les phases 2 et 3 de l'évaluation et proposer des pistes d'intervention pour mieux agir et bien coordonner les actions ciblant les femmes et les filles.

3. Consolidation et analyse des résultats

- Elaboration du rapport préliminaire sur la base des résultats consolidés et analysés selon la grille et les tâches proposées par l'ONUSIDA dans la phase 4 de l'outil ;
- Présentation du rapport préliminaire aux membres du comité de l'évaluation genre ;
- Consolidation et validation du rapport final avec le comité d'évaluation genre.

VII. Synthèse de l'analyse des résultats de l'outil

Au Maroc, des efforts importants ont été consentis en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015. La réponse à l'épidémie de VIH/sida est bien structurée et cohérente, répondant aux engagements internationaux, à travers des stratégies nationales renforcées par l'engagement politique de mettre les moyens nécessaires pour lutter contre cette épidémie.

Grâce à l'expertise nationale développée et l'implication des différents secteurs, diverses stratégies ont été mises en œuvre. En découlent les progrès notables enregistrés en matière de couverture par les programmes de prévention, de traitement antirétroviral (ARV) et d'appui psychosocial ainsi que le dynamisme de la société civile pour améliorer l'accès des populations les plus exposées aux risques aux différents services.

1. Analyse de l'épidémie et des facteurs contextuels

La prévalence du VIH dans la population générale, notamment chez les femmes enceintes, reste faible au Maroc, autour de 0,15 %, soit une à deux femmes séropositives sur mille femmes enceintes. Des prévalences légèrement plus élevées ont été mises en évidence au cours des dernières années dans certaines régions. Par ailleurs, on note un niveau de prévalence plus élevé dans les populations clés plus exposées au risque d'infection qui atteint un niveau d'épidémie concentrée dans certaines régions comme Sous-Massa-Drâa, avec une prévalence supérieure à 5 % chez les PS et les HSH à Agadir, et de l'Oriental avec une prévalence de 25 % chez les usagers de drogues injectables, à Nador. Des prévalences élevées dépassant les 1% sont également relevées parmi les migrants subsahariens à Rabat (notamment les femmes) et les ouvrières saisonnières à Taroudant et Chtouka Aït Baha (Sous-Massa-Drâa).

L'analyse des cas notifiés de VIH/sida selon le genre montre une augmentation de la proportion des femmes qui a atteint près de 49% au cours des cinq dernières années. Durant la même période, cette proportion a atteint la valeur de 60% pour la tranche d'âge de 15-24 ans, ce qui montre la grande vulnérabilité des jeunes filles lors de leurs premières expériences sexuelles.

a. Caractéristiques de l'épidémie

Sur le total de cas de VIH identifiés au Maroc, 50% ont été notifiés au cours de la période 2009-2013. Par rapport à l'âge, 3% correspondent aux enfants de moins de 15 ans, 11% aux jeunes de 15-24 ans et 75% à la population entre 25-44 ans. Selon l'étude réalisée sur les modes de transmission (MoT), 67,4% des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de sexe (femmes PS, clients), des HSH et des

UDI. Ces cas proviennent majoritairement d'une transmission entre des réseaux « exposés » (populations exposées, clients et partenaires). La majorité des femmes infectées (70,7%) le seraient par l'intermédiaire de leur conjoint. La transmission entre conjoints stables (population à faible risque) représente 25% de l'incidence.
En ce qui concerne la connaissance des moyens de prévention, selon l'étude CAP jeunes de 2012, 22.2% des jeunes de 15 à 24 ans (des deux sexes) ont des connaissances complètes sur les moyens de transmission du VIH et rejettent les idées fausses. A noter que les connaissances sont plus élevées chez les garçons que chez les filles (pour toutes catégories d'âge). Par rapport à l'activité sexuelle, des jeunes ayant déclarés, en 2013, avoir une activité sexuelle, 7,9%, ont, eux-mêmes ou leur partenaire, déjà subi une grossesse non désirée, parmi elles, 70% ont déclaré avoir subi un avortement.

b. Facteurs contextuels déterminants

Certaines pratiques socioculturelles au Maroc peuvent contribuer à accroître le risque de transmission du VIH notamment chez les femmes et les filles : mariage précoce, mariage forcé, viol conjugal (ex: la nuit de noces), grossesses non médicalement suivies ou contrôlées, accouchement traditionnel, soins dentaires non médicalisés, piercing des oreilles à la traditionnelle, saignée traditionnelle. Aussi, la violence physique et sexuelle ainsi que les rapports sexuels non protégés sont des facteurs déterminants de la transmission du VIH.

Par ailleurs, les dispositions juridiques du code Pénal, incriminent le travail du sexe, les relations sexuelles hors mariage, l'avortement, les grossesses hors mariage et la consommation des drogues. La stigmatisation qui en résulte est de nature à favoriser la clandestinité de ces populations clés dressant ainsi des obstacles à l'accès aux services des HSH, PS et UDI.

Par ailleurs, certaines pratiques de ces populations clés accentuent le risque de transmission par la multiplication du risque d'exposition comme par exemple :

- Les rapports sexuels par voie anale non protégés, pratiqués également par des adolescentes pour garder leur virginité, augmentent le risque de traumatisme et augmentent le risque de transmission du VIH ;
- Le partenariat sexuel multiple ;
- L'utilisation du même matériel souillé par le sang constitue un risque réel de transmission du VIH ;
- L'avortement à risque surtout chez les adolescentes et les jeunes femmes célibataires ou divorcées.

c. Femmes et filles: principaux risques et vulnérabilités

La plus grande vulnérabilité des femmes vis-à-vis du virus est due notamment à des pressions sociales et économiques a fortiori quand il s'agit du commerce du sexe, où ces dernières sont 13 fois plus touchées par l'infection que les autres femmes, voir 25 fois dans certaines régions.

Par ailleurs, il va sans dire que le fait que l'éducation sexuelle soit exclue du cursus scolaire et soit occultée par les tabous et les non-dits obéissant ainsi aux normes et aux valeurs culturelles, constitue un sérieux handicap. Ainsi, dans le cadre du mariage, les femmes sont souvent censées être ignorantes des pratiques sexuelles et passives dans les relations intimes. Il leur est difficile, voire quelquefois impossible de refuser un rapport sexuel et subissent le viol conjugal comme devoir, elles sont incapables de négocier l'utilisation du préservatif soit comme moyen de contraception ou dans le cas des IST ou même quand le conjoint est PVVIH.

Cette soumission est justifié par la crainte d'être exposées aux actes de violence contre elles et contre leurs enfants ou d'être abandonnées ou expulsées du domicile conjugal surtout lorsqu'elles sont dépendantes économiquement.

En effet, la violence contre les femmes et les filles, qu'elle soit le fait de membres de la famille ou de proches, de partenaires ou d'étrangers, augmente le risque pour les femmes d'être infectées par le VIH. Cette violence les empêche de se protéger efficacement contre l'infection par le VIH et/ou d'imposer des décisions judicieuses concernant les pratiques sexuelles. La violence ou la peur de la violence empêche les femmes de négocier des rapports à moindre risque, de faire le test du VIH, de divulguer leur statut VIH et de chercher à obtenir un traitement et un soutien. Au Maroc, selon l'étude de prévalence de la violence à l'égard des femmes réalisée par le Haut-commissariat au Plan en 2011, la prévalence globale de la violence à l'égard des femmes serait de 62.8%. Ainsi, sur une population de 9,5 millions de femmes âgées de 18 à 64 ans, près de 6 millions ont subi un acte de violence sous une forme ou une autre durant les douze mois précédant l'enquête, 3,8 millions en milieu urbain et 2,2 millions en milieu rural. Selon la forme de violence :

- La plus fréquente est la violence psychologique : 48% soit 4,6 millions
- Atteintes aux libertés individuelles: 31% soit 3 millions
- Violence liée à l'application de la loi: 17,3% soit 1,2 millions
- Physique: 15,2% soit 1,4 millions de femmes dont les formes graves (agression avec objet contondant, brûlure): 1,9% soit 177 000.
- Violence sexuelle: 8,7% soit 827 000 dont le rapport sexuel forcé: 0,4% soit 38 000.
- Economique 8,2% soit 181 000.

Un autre facteur de vulnérabilité est la dépendance économique et sociale aux hommes. En raison de cette dépendance, il se peut que les femmes n'aient pas les moyens de payer une consultation ou des analyses médicales ou de se déplacer et demandent ou sont obligées de demander l'autorisation de leur mari ou d'autres hommes de la famille pour bénéficier des services de santé ou autres. Cela peut constituer un obstacle insurmontable pour les femmes et les filles surtout en milieu rural.

Le risque d'infection qui pèse sur les femmes et les filles est encore alourdi par la pauvreté, car les femmes sont surreprésentées parmi la classe pauvre avec un taux de 15% et qui est encore plus important au niveau rural. Ainsi, à titre d'exemple, les déterminants de l'engagement des femmes dans le commerce du sexe sont entre autres, la pauvreté, le mariage précoce, le divorce et la charge familiale. La majorité des PS, d'après l'enquête bio-comportementale de 2012, n'a jamais été à l'école ou n'a pas dépassé le niveau du primaire. Plus de 60% ont déclaré avoir été mariées et vivaient séparées au moment de l'enquête. Presque la moitié vivait avec des enfants et avait au moins 3 personnes à leur charge.

<u>D'autres facteurs sont à prendre en considération dans cette analyse :</u>

- En raison de la soumission sexuelle dans le cadre du mariage ou d'une relation, où les femmes sont souvent censées être ignorantes des pratiques sexuelles et passives dans les rapports, il leur est difficile, voire impossible de négocier l'utilisation du préservatif pour des rapports sexuels à moindre risque ou de refuser des rapports non protégés. C'est en particulier le cas si elles craignent de subir des actes de violence ou d'être abandonnées.
- Les femmes et les filles sont traditionnellement les principales pourvoyeuses de soins dans la famille et la collectivité. Elles subissent plus fortement que les hommes et les garçons la charge de s'occuper

des membres de la famille et de la collectivité qui sont infectés par le VIH. Cela accroît leur charge de travail et diminue leur capacité d'être scolarisées et/ou d'entreprendre des activités productrices de revenu.

- Le risque d'infection qui pèse sur les femmes et les filles est encore alourdi par la pauvreté. En effet, les femmes sont surreprésentées parmi les pauvres. Dans les périodes de difficultés économiques, les familles consacrent souvent leurs ressources aux hommes et aux garçons en priorité et les femmes et les filles passent après – ou ne reçoivent rien – ce qui a des conséquences sur leur santé et leur capacité d'avoir accès aux services de base.
- Les filles sont plus susceptibles que les garçons d'être déscolarisées et forcées de participer au travail des enfants, y compris ses pires formes. Il se peut que les filles et certains garçons soient obligés de gagner leur vie par le commerce du sexe ou d'échanger des faveurs sexuelles contre de la nourriture, un abri et une protection, ce qui accroît le risque d'infection par le VIH.
- Les limitations de l'accès à l'éducation et les taux plus élevés d'analphabétisme touchent beaucoup plus les femmes et les filles et leurs rendent dès lors plus difficile l'accès à la prévention, au traitement et à l'information relatifs au VIH.
- Les lois discriminatoires en matière de propriété, de garde et de soutien privent beaucoup de femmes de sécurité financière et d'activités sources de revenu surtout si elles ont perdu leur partenaire ou ont été abandonnées parce qu'elles vivent elles-mêmes avec le VIH.
- Beaucoup de femmes séropositives sont forcées de vendre des services sexuels («sexe de survie ») et beaucoup de filles sont exploitées dans le cadre du commerce sexuel où elles ont peu ou pas de pouvoir de négociation en ce qui concerne l'utilisation du préservatif.

d. Lacunes relevées pour la connaissance et l'analyse de l'épidémie du point de vue du genre

L'analyse a montré la richesse des données épidémiologiques disponibles en lien avec le genre, cependant les lacunes ci-après ont été relevées :

- Les données relatives aux populations clés se limitent à quelques villes couvertes par les enquêtes bio-comportementales. Ce qui pose un problème d'inférence des résultats. Ces études devraient être étendues pour couvrir de nouveaux sites ;
- Proportion réduite des femmes parmi les UDI recrutés dans le cadre des études bio-comportementales, ce qui entrave les interventions auprès de cette population clé dont la majorité fait appel aux services des associations ;
- Insuffisance des données sur les moins de 18 ans en particulier ceux appartenant aux populations clés (PS, HSH, UDI) ;
- Faible diffusion et partage des recommandations des activités et des résultats des études et rapports thématiques. La dissémination des résultats reste dans des milieux spécialisés et le programme national. Il est nécessaire de diffuser les informations aux niveaux régional et local ;
- Manque d'enquêtes nationales transversales de prévalence du VIH dans la population générale ;
- Manque d'utilisation de l'expertise des ONG pour générer des données qualitatives auprès des populations clés ;
- Au niveau de la communication et l'information : non périodicité et non-pérennité des programmes d'information.

2. Analyse de la prise en compte du genre dans les politiques de la riposte

Le Maroc dispose d'un Plan Stratégique National de lutte contre le sida qui vise l'atteinte des trois zéros (Zéro nouvelle infection, Zéro décès et Zéro discrimination lié au sida) et à assurer l'accès universel à la prévention, aux soins et à l'appui des personnes vivant avec le VIH.

Le plan stratégique constitue le cadre national dans lequel s'inscrivent toutes les interventions des différents acteurs à savoir : la société civile, les départements gouvernementaux, et les agences des Nations Unies, contribuant activement à l'atteinte des objectifs escomptés. Le PSN promeut le partenariat multisectoriel et appuie toute initiative visant l'intégration de la lutte contre le VIH dans les programmes de développement.

Les politiques nationales en matière de lutte contre le VIH prennent en compte la dimension genre et droits humains, mais n'exploitent pas de façon globale les données pour les différentes catégories de femmes vulnérables : Femmes rurales/ Femmes en vulnérabilité socio-économique/Etudiantes/Femmes PVVIH/Mères célibataires / Femmes plus âgées : dépistage du cancer du col lié au VIH.

a. Participation significative des organisations de la société civile dans les décisions, conception et mise en œuvre des interventions de la riposte au VIH

La société civile, notamment les associations thématiques et les associations de PVVIH, 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 pour une meilleure prise en compte des besoins et droits des populations clés dans les processus de planification et de décision. Les associations thématiques assurent la prévention de proximité auprès des populations clés plus exposées aux risques, l'appui psychosocial des personnes vivant avec le VIH, la distribution des seringues jetables et des préservatifs. Parallèlement, ces associations mènent des actions de sensibilisation auprès des jeunes dans les espaces scolaires et universitaires et dans l'espace public et mènent également des actions de plaidoyer pour plus de protection des droits des PVVIH et pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés. Leur participation et leur implication dans les campagnes de dépistage organisées chaque année par le Ministère de la santé font preuve d'engagement et de partenariat constructif.

Dans le cadre de la restructuration en 2014 du comité de coordination du Maroc pour la lutte contre le sida et la tuberculose (CCM), la présence de la société civile a été renforcée incluant comme membres titulaires cinq ONG thématiques, deux ONG représentant les réseaux des associations des droits des femmes et des droits humains. De même, des représentants des PVVIH et des populations clés (PS, HSH, UDI) ont été inclus comme membres titulaires.

POINTS FORTS

La stratégie sur les droits humains et le VIH/ sida, ainsi quele plan d'action pour sa mise en œuvre en 2014 sont le fruit d'une étroite collaboration entre le Ministre de la santé et le Conseil National des droits de l'Homme (CNDH).

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

Résultat d'effet 1 : Vise à réduire la discrimination et la stigmatisation à l'encontre des PVVIH et des PPER au sein de la population générale et dans les milieux institutionnels.

Résultat d'effet 2 : Vise à renforcer la protection juridique des droits humains en lien avec le VIH/sida par l'analyse de la législation en vigueur.

Résultat d'effet 3 : Vise à renforcer le rôle des ONG thématiques et associations communautaires en matière de promotion et de défense des droits en lien avec le VIH/sida et d'intégrer le volet droit humain dans l'offre de services de prévention combinée par l'entremise de partenariats et de réseaux entre les différentes ONG.

Résultat d'effet 4 : Vise à assurer la coordination et le suivi/évaluation par la mise en place d'un comité national multisectoriel (CNM) avec des termes de référence qui définissent sa composition, son mandat et son fonctionnement.

Un comité national multisectoriel incluant les ONG sida, des droits des femmes et des droits de l'Homme a été mis en place pour suivre cette stratégie.

3. Politiques d'égalité des sexes

La dynamique engagée par le Maroc en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes a enregistré des avancées importantes en termes de jouissance des droits humains et d'accès égal aux services publics.

Sur le plan stratégique, le Maroc disposait depuis 2006, de la stratégie nationale de l'équité et de l'égalité par l'intégration du genre dans les politiques et programmes de développement. Ces orientations ont été déclinées au niveau du plan gouvernemental pour l'égalité (PGE), en tant que cadre global gouvernemental pour l'intégration des principes de l'équité et l'égalité dans les politiques publiques et ce, en fonction des dispositions de la nouvelle Constitution qui prohibent la discrimination, notamment pour motif de sexe ou de circonstances personnelles.

Suite à son adoption par le conseil de Gouvernement, le Plan Gouvernemental pour l'Egalité constitue un outil destiné à traduire les engagements exprimés dans le Programme Gouvernemental pour la période 2012-2016, rappelant les défis liés à la mise en œuvre démocratique des dispositions de la nouvelle Constitution et des engagements du Maroc en termes de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Le plan gouvernemental comprend 24 objectifs, traduits en 156 mesures. Il se base sur des principes fondateurs de la Constitution de 2011, qui aspirent à la construction de nouveaux rapports sociaux entre les femmes et les hommes, garantissant la participation équitable et égalitaire dans la conception et le suivi des politiques et programmes de développement dans les différents domaines et le partage équitable et égal des bénéfices et des profits tirés de cette participation.

En liaison avec l'épidémie du VIH, le PGE traite cette thématique dans un cadre global : un axe spécifique concerne « l'accès égal et équitable aux services de santé ». Cet axe définit deux objectifs dont l'un « Renforcement de la santé reproductive » inclut deux mesures liées à la prévention et au contrôle des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

Ceci confirme la conscience/lucidité nationale par rapport à la relation étroite entre le genre et la riposte au VIH. Cependant, cela reste insuffisant du point de vue programmation et doit être décliné en actions et mesures concrètes.

Autres éléments contextuels considérés comme des opportunités pour l'intégration, le suivi et la coordination des aspects VIH dans les politiques publiques en général notamment celles de l'égalité :

- Adoption du **décret relatif à la Constitution de la commission ministérielle pour l'égalité présidée par le Chef de Gouvernement** qui assurera la coordination intersectorielle et l'instauration d'une approche de suivi et d'évaluation de ce plan.
- Sur **le plan technique,** un Comité technique interministériel composé de Directeurs et Directrices représentant(e)s des différents départements gouvernementaux est chargé de suivre la mise en œuvre des dispositions du plan gouvernemental et de prendre toutes les dispositions nécessaires pour réussir sa coordination.
- Sur **le plan juridique**, le projet de loi n°103.13 relatif à la lutte contre la violence à l'égard des femmes a été soumis au Secrétariat Général du Gouvernement, puis présenté au Conseil de Gouvernement le 07 novembre 2013.
- Une **commission ministérielle,** présidée par le Chef du Gouvernement, a été constituée pour l'étude et la révision du contenu du projet de loi et l'introduction des amendements conformément à une approche participative.
- La **budgétisation sensible au genre BSG** : le Maroc est pays pilote de la région.
- Sur **le plan institutionnel** : l'Autorité de la Parité et de Lutte contre toutes formes de Discrimination est en charge du suivi des politiques publiques à travers l'appui et la veille par rapport à la conception et la mise œuvre de politiques publiques sensibles au genre.

VIII. Recommandations pour l'amélioration et le renforcement de l'intégration de l'approche genre dans le PSN et les PSR

1. Recommandations pour mieux connaître l'épidémie de VIH/sida et mieux comprendre les besoins spécifiques des femmes et des filles

- Elargir la collecte des données et les études sur les femmes et les filles vulnérables à l'infection VIH en prenant en compte le statut économique, la zone géographique, les facteurs liés au genre comme les violences physiques et les violences sexuelles ;
- Développer des études quantitatives et qualitatives selon une analyse genre, sur le vécu des femmes VVIH : accès au travail, couverture sociale, accès au traitement, soins et soutien, stigmatisation, discrimination et violences sexistes ;
- En plus des indicateurs ventilés par sexe et par âge, s'appuyer également sur des indicateurs qui mesurent les activités spécifiques ciblant les hommes ou les femmes ;
- Utiliser des indicateurs d'effets et d'impact qui révèlent dans quelle mesure les différents besoins des femmes et des hommes ont été pris en considération et les résultats des interventions;
- Utiliser un système d'information communal pour enrichir la collecte des données sur les populations (femmes vulnérables) au niveau local ;
- Étendre la couverture géographique des enquêtes bio-comportementales auprès des populations clés des autres régions du royaume ;
- Conduire une étude qualitative sur les UDI femmes pour disposer de données sur la vulnérabilité et estimer la taille de ce groupe ;
- Intégrer et harmoniser les indicateurs de l'égalité entre les sexes pour mieux saisir les facteurs socioculturels, économiques et épidémiologiques ayant un impact sur la vulnérabilité des femmes et des filles (indicateurs UNGASS, PEPFAR, Fonds mondial, OMD) ;
- Réaliser une étude sur l'index de stigmatisation pour mesurer la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et en particulier des femmes ;

- Mener des enquêtes et des études quantitatives et qualitatives afin de mesurer l'impact des actions sur les femmes et les filles.

2. Recommandations pour améliorer la prise en compte du genre dans les politiques et programmes

- Intégrer l'approche genre dans le processus de planification de programmation, de suivi/évaluation du PSN et des PSR de la lutte contre sida ;
- Assurer la représentation adéquate des associations des droits des femmes et des associations des jeunes dans les mécanismes de prise de décision, de planification stratégique et de programmation et des interventions de lutte contre le VIH/sida ;
- Assurer la budgétisation sensible au genre dans la politique de lutte contre le VIH/sida et renforcer l'allocation de ressources pour les associations œuvrant dans le domaine ;
- Faire le suivi des dépenses affectées aux femmes, aux filles et à l'égalité des sexes dans l'évaluation nationale des dépenses relatives au VIH/sida, afin que les ressources et les résultats soient suivis et leur qualité améliorée ;
- Soutenir les organisations œuvrant pour les droits des femmes pour collecter et utiliser les données sur la manière dont l'épidémie affecte les femmes et les filles, dans le but de surveiller les programmes, évaluer leur impact sur les droits de l'homme et contribuer à la collecte de données nationale sur les femmes ;
- Intégrer des modules sur l'égalité des sexes et la non-discrimination et la non-stigmatisation dans la formation initiale du personnel de santé et mettre en œuvre un plan généralisé de formation continue.

3. Recommandations pour l'amélioration de l'accès aux interventions liées au VIH/sida, du point de vue du genre

a. En termes d'accès à la prévention

Favoriser l'accès de la population générale à l'information :

- Généraliser et diversifier la stratégie de communication différenciée par population et adapter les messages selon la dimension genre (ex : les migrants et migrantes) ;
- Vulgariser l'information publique en différents dialectes marocains (darija et tamazight) sur les moyens de prévention, notamment les préservatifs et leur utilisation ;
- Développer des outils de communication novateurs adaptés aux jeunes adolescents et adolescentes ;
- Sensibiliser les jeunes filles mineures à la contraception et aux avortements à risque ;
- Développer des services de prévention de proximité pour les adolescents et adolescentes en milieu périurbain et rural ;
- Appuyer la coordination et le réseautage des ONG thématiques avec les ONG œuvrant pour les droits des femmes et des filles, pour les droits à la santé sexuelle et reproductive et pour les jeunes ;
- Sensibiliser le personnel médical la non-stigmatisation des femmes PVVIH enceintes.

Favoriser l'accès des populations clés :

- Faciliter l'accès au préservatif féminin pour les femmes notamment les PS et les plus vulnérables ;

- Faciliter aux jeunes l'accès au préservatif ;
- Sensibiliser le personnel médical à la non stigmatisation des populations clés et faire appliquer la circulaire ministérielle de 2007 obligeant les établissements de santé de base (ESSB) à accueillir toutes les personnes se présentant à ces structures sans discrimination ;
- Etendre les services de réinsertion sociale et professionnelle pour les femmes VVIH ;
- Renforcer la formation du personnel de santé à la prise en charge des populations clés notamment les HSH (IST) ;
- Sensibiliser les agents d'autorité et de justice aux risques liés à la stigmatisation et à la discrimination des populations clés et les abus de pouvoir dont ils/elles pourraient être victimes, à cause du préservatif ou de la pilule contraceptif ;
- Renforcer la coordination et le lien entre les services de dépistage du VIH chez la femme enceinte et de prévention de la transmission mère-enfant ;
- Faciliter l'accès à la confirmation après un test de dépistage du VIH positif, notamment, en adoptant la méthode de confirmation basée sur 3 tests rapides ;
- Etendre l'offre de dépistage par test rapide dans les établissements de soins de santé de base ;
- Envisager des interventions spécifiques aux femmes UDI, en termes de réduction des risques et de traitement de la violence

b. En termes d'accès au traitement, de soins et de soutien

- Renforcer l'accès des migrants et migrantes VVIH au traitement ARV ;
- Plaidoyer auprès des organismes d'assurance médicale et le RAMED pour la prise en charge des PVVIH ;
- Créer de nouveaux centres référents dans les régions non couvertes en prenant en considération les besoins spécifiques des femmes et des filles ;
- Explorer les spécificités des femmes et des jeunes filles VVIH ;
- Développer un soutien psychologique spécifique, services SSR ;
- Désagréger les données sur l'observance thérapeutique par sexe ;
- Soutenir économiquement particulièrement les femmes et les jeunes filles VVIH ;
- Faciliter l'accompagnement des PVVIH dans les hôpitaux et renforcer l'implication des assistantes sociales ;
- Généraliser la formation en counseling pour les professionnel/les de santé publique en charge des unités des maladies transmissibles et non transmissibles (UMTNT) ;
- Assurer un accompagnement psychosocial aux familles ayant des jeunes filles séropositives et aider les parents à annoncer aux enfants leur statut sérologique ;
- Plaidoyer et apporter un appui psycho-social afin de garantir aux FVVIH le droit à une vie sexuelle et le droit d'avoir des enfants ;
- Appui psychosocial ;
- Impliquer les pères dans la prise en charge d'un enfant né séropositif.

c. En termes de lutte contre la violence sexiste

- Renforcer l'intégration de la dimension VIH dans les programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes et aux services de prise en charge des femmes victimes de violence ;
- Assurer l'implication des hommes dans la stratégie de lutte contre la violence ;

- Généraliser et institutionnaliser les unités de prise en charge des femmes victimes de violences au niveau des hôpitaux ;
- Sensibiliser les personnels de santé à la violence à l'égard des femmes et au lien avec le VIH et assurer la disponibilité des kits de prophylaxie post exposition sexuelle ;
- Développer l'accès des femmes migrantes aux services de prise en charge des femmes victimes de violence ;
- Communiquer sur la violence faite aux femmes et vulgariser l'accès aux services d'écoute et de soutien ;
- Assurer la gratuité des certificats médicaux et assurer le soutien juridique pour les femmes victimes de violences.

Axe 1-Collecte de données et indicateurs sensibles au genre			
Actions clés	Responsable	Partenaire	**Calendrier**
1.1. Intégrer la dimension genre dans les systèmes de collectes des informations et toutes les études et enquêtes en prenant en compte, l'âge, le statut économique, la zone géographique, les facteurs liés au genre comme les violences physiques et sexuelles.	Ministère de la santé/PNLS Haut Commissariat au Plan	Fonds mondial ONUSIDA ONUFEMMES UNFPA	2015-2017
1.2. Exploiter le système d'information communal (SIC) pour enrichir la collecte des données sur les femmes et les filles au niveau local	Services extérieurs du Ministère de la santé	Fonds mondial Agences NU	2015-2017
1.3. Réaliser une enquête Cap pour mesurer l'impact et les résultats des actions de sensibilisation et de prévention sur les femmes et les filles.	Ministère de la santé	Fonds mondial ONUSIDA Agences NU ONG thématiques SIDA	2016
1.4. Introduire la variable VIH dans la prochaine enquête de prévalence sur les violences basées sur le genre du Haut Commissariat au plan (HCP).	Haut Commissariat au Plan	ONUFEMMES MFFSDS Associations féminines Association de développement local Communes	2015-2017
1.5. Réaliser une étude sur les PS de moins de 18 ans.	Ministère de la santé	UNFPA Agences NU ONG thématiques SIDA	2015-2016
Axe 2. Accès des femmes et des filles aux services et au traitement, soins et au soutien psycho-social			
2.1 Renforcer les programmes d'appui psychosocial spécifique aux femmes VVIH et renforcer leur participation au principe GIPA.	Ministère de la santé/PNLS	ONUSIDA	2015-2016
2.2. Etendre et généraliser le dépistage VIH chez les femmes enceintes et l'accès aux services de prévention de la transmission mère enfant (PTME).	Ministère de la santé	ONG thématiques et associations féminines MEFP. Fonds mondial	2015-2016

		ONUSIDA Agences NU	
2.3. Généraliser et institutionnaliser les unités de prise en charge des femmes victimes de violences y compris les femmes migrantes ou victimes de la traite au niveau des centres de santé.	Ministère de la santé	ONUSIDA Fonds Mondial ONUFEMMES	2015-2016
2.4. Renforcer la prévention combinée (prévention, services de prise en charge, appui social et formation professionnelle) et de la solidarité communautaire pour les femmes en situation de vulnérabilité (notamment les PS) y compris le renforcement du pouvoir de négociation.	Ministère de la santé	ONG thématiques Fonds Mondial ONUSIDA UNFPA Agences NU	2015-2017
Axe 3. Accès des femmes et filles aux informations sur les moyens de prévention et sensibilisation			
3.1. Etendre, diffuser et intégrer les actions de sensibilisation sur le VIH, IST et SSR dans le cadre des programmes sociaux de développement en faveur des femmes et des filles dans les différents milieux : scolaire, universitaire, travail, dans les prisons, foyers féminins, usines, coopératives, les espaces public et privé.	Ministères de : la santé / PNLS, de l'Education Nationale, de l'Emploi et la formation professionnelle, l'Agriculture, le MSFFDS	ONG Fonds mondial ONUSIDA Agences NU	2015-2017
3.2. Sensibiliser et faciliter l'accès au préservatif féminin des PS et femmes vulnérables dans les services de santé et les ONG.	Ministère de la santé	Syndicat des pharmaciens Médias	2015-2017
3.3. Développer et diffuser des messages de sensibilisation, outils de communication, guides vulgarisés (communication pour le changement de comportement) adaptés aux femmes et filles vulnérables dans différents milieux.	Ministère de la santé ONG thématiques	Universités Syndicats Rabita des oulémas Fonds mondial ONUSIDA Agences NU	2015-2016
2.4. Renforcer les capacités des professionnels de la santé, cadres des associations thématiques, des « morchidates » et leaders religieux en matières de genre et droits humains des femmes dans le contexte du VIH.	Ministère de la santé ONG féminines et thématiques sida	Rabita des oulémas Fonds mondial ONUSIDA Agences NU	2015-2016
Axe 4 .Plaidoyer pour la protection des droits des FVVIH au niveau national et local			
4.1. Mise en œuvre des actions de communication pour la lutte contre la	Ministère de la santé /PNLS	Ministère de l'Emploi, ONUSIDA	2015-2016

discrimination et la stigmatisation en milieu de travail et milieu de soins.	CNDH/CRDH ONG thématiques	ONUFEMMES	
4.2. Mise en œuvre des actions de plaidoyer et de sensibilisation, au niveau national et local, sur les droits des femmes VVIH et vulnérables dans le contexte du VIH auprès de la police, la gendarmerie, les forces auxiliaires et la protection civile	Ministère de la santé, DGSN, ONG féminines et thématiques	Syndicats Agences NU Fonds mondial Médias	2015-2016
Axe 5. Partenariat en faveur des femmes et des filles et l'égalité des sexes dans le contexte du VIH			
5.1. Mettre en réseau les associations féminines de droits humains et des associations thématiques sida au niveau national et local et mettre en place de mécanismes de concertation et de réflexion.	ONG thématiques, ONG féminines et ONG droits humains	Ministère de la santé Fonds mondial ONUSIDA ONUFEMMES	2015-2017
5.2. Renforcer la présence des associations des femmes dans les instances de coordination au niveau national (CCM, CNM) et régional(CRILS).	CCM Associations féminines et thématiques	Ministère de la santé	2015-2017
5.3. Impliquer les institutions et départements ministériels, les ONG ainsi que les personnes vivant avec le VIH, dans le suivi du plan d'action.	Ministère de la santé	Départements ministériels ONG PVVIH	2015-2017
Axe 6. Suivi et évaluation			
6.1. Evaluer les budgets et dépenses en faveur des femmes et des filles dans le cadre de la revue du plan stratégique national de lutte contre le sida.	Ministère de la santé	ONUSIDA Fonds mondial	2015-2016

ANNEXES

ANNEXE 1 : Outil d'évaluation basée sur le genre rempli

Outil d'évaluation basée sur le genre des interventions nationales de lutte contre le VIH/SIDA

PHASE 2

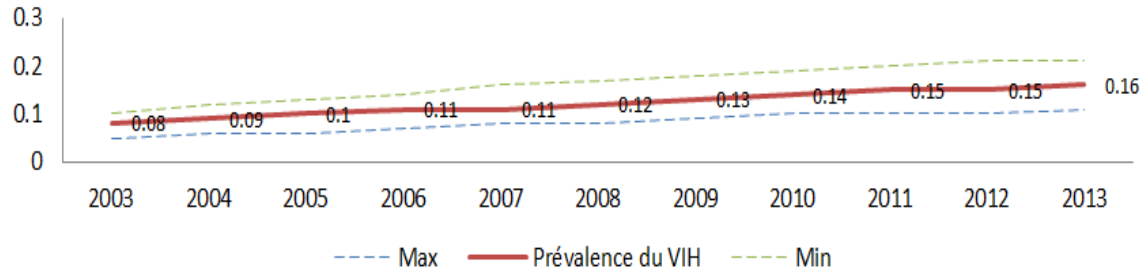
Connaître la situation de l'épidémie de VIH/ SIDA au Maroc

Étape 1 : INFORMATIONS SUR LA PRÉVALENCE ET LE TAUX D'INCIDENCE DU VIH ET SUR LES COMPORTEMENTS EN RAPPORT AVEC LE VIH/SIDA

Question 1. Quel est le plus récent taux de prévalence du VIH, ventilé par sexe et par âge, chez la population générale ?

1.1 Indiquer l'évolution dans le temps des données sur la prévalence (ventilées par sexe et âge).

La prévalence du VIH au Maroc reste faible et relativement stable chez la population générale (autour de 0,16% fin 2013, 0,09 chez la femme et 0,17 chez les Hommes) et chez les femmes enceintes (0,1%). La prévalence chez les 15-24 ans est estimé à 0.13% chez les hommes et 0,06% chez les femmes (SPECTRUM 2014).



Prévalence ventilée par tranches d'âge et sexe, 2013

Tranches d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
15 ans et plus	0,17	0,09	0,13
15-24 ans	0,12	0,08	0,10
15-49 ans	0,2	0,11	0,16
Moins de 15 ans			0,01

Selon les dernières estimations EPP/Spectrum, le nombre de personnes vivant avec le VIH est de 31 000 en fin 2013 alors que le nombre total cumulatif de cas de VIH/sida notifiés depuis 1986 s'élève à 8705. Concernant le sexe, 50% des cas notifiés sont de sexe féminin. Ce pourcentage est de 59% parmi les jeunes de 15-24 ans.

Sur le total de cas de VIH identifiés au Maroc, 50% ont été notifiés au cours de la période 2009-2013. Par rapport à l'âge, 3% correspondent aux enfants de moins de 15 ans, 11% aux jeunes de 15-24 ans et 75% à la population entre 25-44 ans.

Remarque : Envisager de présenter l'évolution (le cas échéant) à l'aide d'un graphique en annexe.

Question 2. Quel est le plus récent taux national d'incidence du VIH, ventilé par sexe et par âge, chez la population générale ?

Le nombre estimé de nouvelles infections fin 2013 est environ 3100 cas, ce qui représente une incidence de 0,02% (MoT 2013).

Incidence ventilée par tranches d'âge et sexe, 2013

Tranches d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble	
15 ans et plus	0,02	0,01	0,01	
15-24 ans	0,02	0,01	0,02	
15-49 ans	0,02	0,01	0,02	
Moins de 15 ans			0,001	

Question 3. Des estimations de la taille des populations ont-elles été réalisées pour les populations clés?

Les tailles des populations clés ont été estimées dans le cadre de l'étude Mot réalisée en 2013 et par les différentes études RDS auprès des PS, HSH et UDI, les résultats obtenus sont :

Populations	Tailles estimées
Professionnelles du sexe (PS)	85 000
Clients des PS	850 000
Hommes ayant des relations sexuelles avec des Hommes (HSH)	55 000
UDI	5 000

Manque proportion des femmes parmi les UDI (nombre réduit et difficile d'accès)

Recommandation : Conduire une étude RDS auprès des femmes UDI

Question 4. Quel est le taux de prévalence du VIH chez les populations clés ? Données ventilées par sexe et par âge, si elles sont disponibles.

<u>Femmes Professionnelles du sexe (PS)</u>

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

Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe	Femmes PS	<25	25+
Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	1.98	1.03	2.22

Recommandation : Elargir les sites de l'étude : Laayoune, Casablanca, Marrakech, Doukala Abda, Tadla-Azilal

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

L'étude bio-comportementale réalisée en 2010, a montré des séroprévalences du VIH de 5,7% à Agadir et 2,8% à Marrakech, ces données sont en cohérence avec le taux de séropositivité parmi les HSH dans les centres de conseil et tests VIH.

Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Tous les HSH	<25	25+
Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif	5.12	3.25	9.36

Recommandation : Elargir les sites de l'étude : Casablanca, Tanger, Rabat et Fès

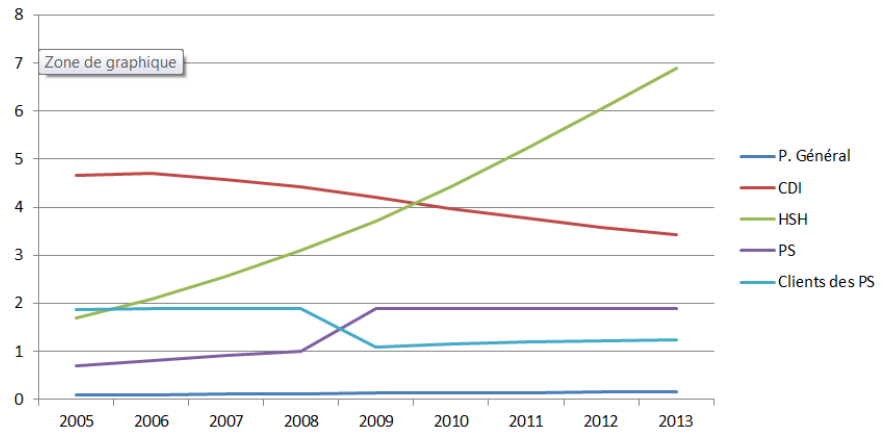
Usagers de drogues injectables (UDI)

Selon les études bio comportementales RDS conduite en 2010 à Tanger et en 2011 à Nador, la moyenne des prévalences du VIH entre les deux sites est 11,4% et la prévalence du VIH au niveau du site de Nador de 22%.

Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	Tous les UDI	Hommes	Femmes	<25	25+
Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	11.40	11.09	25.00 (N=12)	3.92	12.58

Recommandations : Elargir les sites de l'étude : Casablanca, Rabat, Marrakech, Réaliser l'estimation de la taille de cette population par sexe

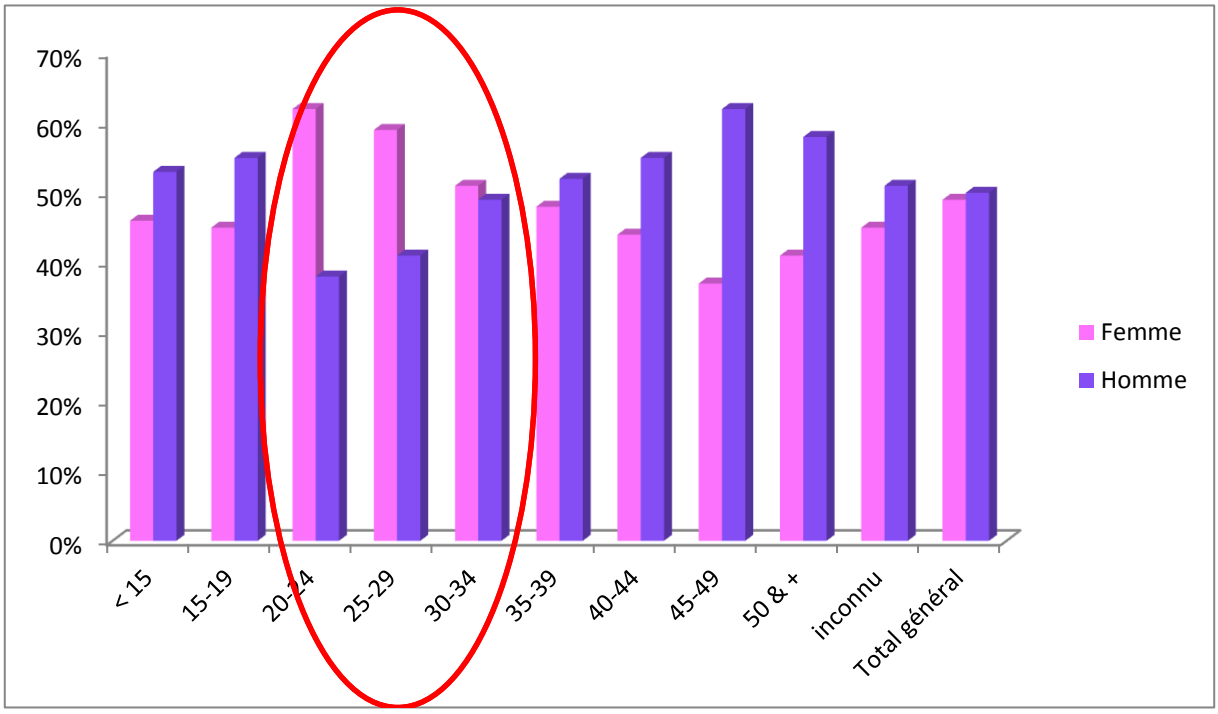
4.1 Préciser l'évolution dans le temps des taux de prévalence chez les populations clés (ventilés par sexe et par âge).



Représenter les données à partir de 2009 ; mener les études bio-comportementales de façon périodique pour obtenir une tendance ventilée par sexe et âge.

SPECTRUM 2013

Remarque : Envisager de présenter l'évolution (le cas échéant) à l'aide d'un graphique en annexe.



Question 5. Si une étude des modes de transmission a été réalisée, quels sont les modes de transmission du VIH pour les femmes, les filles, les hommes, les garçons et les transgenres ?

Selon l'étude réalisée sur les modes de transmission (MoT) 67,4% des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de sexe (femmes PS, clients), des HSH et des UDI.

Ces cas proviennent majoritairement d'une transmission entre des réseaux « exposés » (populations exposées, clients et partenaires). La majorité des femmes infectées (70,7%) le seraient par l'intermédiaire de leur conjoint. La transmission entre conjoints stables (population à faible risque) représente 25% de l'incidence.

Question 6. Y a-t-il des zones de forte incidence (par exemple, des zones rurales ou urbaines ou des endroits spécifiques) ?

Les nouvelles infections sont enregistrées en milieu urbain (79% de cas notifiées entre 2009 et 2013). La région enregistrant la plus forte incidence étant Souss-Massa-Drâa suivie de Marrakech et Casablanca.

Présenter les informations pour la population générale et la population clé, le cas échéant.

Question 7. Quel est le pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui identifie correctement les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejette les principales idées reçues concernant la transmission du VIH?

Etude CAP, jeunes, 2012 : 22.2% (les deux sexes)

	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions	22.22	24.66	22.34	26.95	19.82	19.35	20.27

Données ventilées par sexe (femmes, hommes), par âge et par population clé, si elles sont disponibles.

7.1 Quel est le pourcentage des jeunes femmes, hommes et transgenres qui sait qu'une personne peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant un préservatif chaque fois qu'elle a des rapports sexuels ?

En 2007

Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
53.80	52.80	53.87	51.39	54.80	56.39	52.68

En 2012

Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
78.53	88.91	87.74	90.07	68.33	69.53	67.18

7.2 Si les données sont disponibles, quelle est l'évolution des connaissances et de l'accès au cours des 5 à 10 dernières années ? (données ventilées par sexe et par âge).

Remarque : Envisager de présenter l'évolution (le cas échéant) dans un graphique en annexe.

Question 8. Quel est le pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ?

Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (15 à 24 ans) :

L'information n'est disponible que pour les 15 à 24 ans

19.25% en 2007 et 8.76% en 2012

	Année	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage **(%)** de répondants âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	2007	19.25	36.50	26.41	49.77	2.00	0.70	3.73
	2012	8.76	10.90	5.05	16.67	6.67	4.84	8.42

8.1 Quel est le pourcentage des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois qui a utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel?

61,82% en 2007 et 40,40% en 2012

2007	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	61.82	61.10	62.00	60.47	75.00	100.00	68.75

2012	Tous / Toutes	Hommes (tous âges)	Hommes 15-19	Hommes 20-24	Femmes (tous âges)	Femmes 15-19	Femmes 20-24
Pourcentage (%) de personnes de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel	40.40	48.36	50	47.87	27.63	22.22	30.61

Question 9. Le pays dispose-t-il de données sur les grossesses non désirées chez les adolescentes célibataires ? Si oui, les indiquer ici.

Parmi les jeunes ayant déclaré, en 2013, avoir une activité sexuelle, 7,9%, ont, elles-mêmes ou leurs partenaires, déjà subi une grossesse non désirée, parmi elles, soit70%, ont déclaré avoir subi un avortement, 5,8% des jeunes sexuellement actifs enquêtés, 1,41% de l'ensemble des enquêtés et 2,8% de l'ensemble des jeunes filles enquêtées. (Étude CAP 2012)

Question	Garçons				Filles				Ensemble			
	Base	Valeur	%	IC 95%	Base	Valeur	%	IC 95%	Base	Valeur	%	IC 95%
Q: a déjà vécu (ou la partenaire) une grossesse non désirée	333	11	3,30%	[1%; 5%]	222	33	14,86%	[10%; 20%]	555	44	7,93%	[6%; 10%]
Q: a déjà vécu (ou la partenaire) un avortement après une grossesse non désirée	13	9	69,23%	[44%; 94%]	33	23	69,70%	[54%; 85%]	46	32	69,57%	[56%; 83%]

9.1 Les politiques et les programmes de prévention du pays font-ils le lien entre la prévention des grossesses non désirées et la prévention du VIH ?

Oui, intégration du dépistage VIH et prévention dans le cadre de la santé reproductive

Question 10. Existe-t-il des données disponibles sur la violence conjugale (VC), y compris la violence basée sur le genre? Si oui, les indiquer ici et, si possible, les ventiler par âge.

Oui, l'enquête de prévalence réalisée par le Haut Commissariat au Plan :

Etude de prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc réalisée par le HCP: Haut Commissariat au Plan en 2011

La prévalence globale de la violence : Sur une population de 9,5 millions de femmes âgées de 18 à 64 ans, près de 6 millions, soit 62,8%, ont subi un acte de violence sous une forme ou une autre durant les douze mois précédant l'enquête, 3,8 millions en milieu urbain et 2,2 millions en milieu rural.

Selon la forme de violence, la plus fréquente est la violence psychologique à mettre dans un tableau ?: Forme de violence, Taux de prévalence Effectif des violentées Psychologique :48% soit 4,6 millions Atteintes aux libertés individuelles: 31% soit 3 millions Violence liée à l'application de la loi: 17,3% soit 1,2 millions Physique: 15,2% soit 1,4 millions de femmes Dont forme grave (agression avec objet contondant, brulure): 1,9% soit 177 mille Sexuelle: 8,7% soit 827 mille Dont rapport sexuel forcé: 0,4% soit 38 mille Economique 8,2% soit 181 mille.

Recueillir toutes les informations disponibles : DP, associations …

Question 11. Le pays collecte-t-il des données sur la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH, par exemple à travers l'indicateur de la stigmatisation? Indiquer les données ventilées par sexe et par âge, lorsqu'elles sont disponibles.

Toutes les études bio-comportementales comportent une section sur la stigmatisation et la discrimination. Une étude stigma index est prévue à partir de janvier 2015.

Veuillez examiner et analyser les données recueillies ci-dessus, identifier les différences entre les sexes et faire la synthèse des principaux enjeux, en un nombre limité de points, en vous appuyant sur les données disponibles sur l'épidémie du VIH. Ces données seront utilisées plus tard dans la grille d'analyse.

Etape 2 : FACTEURS SOCIAUX, CULTURELS ET ÉCONOMIQUES

En répondant aux questions ci-dessous, veuillez différencier les données pour les femmes, les hommes et les transgenres et les ventiler par âge si possible.

Question 1. Quelles sont les normes et les pratiques socioculturelles qui peuvent contribuer à accroître le risque de transmission du VIH chez les femmes et les filles, les hommes et les garçons, et les transgenres ?

Surtout des pratiques : circoncision masculine en dehors de la supervision médicale, grossesse non suivie, non contrôlée, violences à l'égard des femmes

Garçons/Hommes	Filles/Femmes
Circoncision traditionnelle, piercing, tatouage, soins dentaires non médicalisés, la saignée traditionnelle, le rasage collectif avec le même matériel, multi partenariat en tant que symbole la masculinité/la virilité	Piercing, tatouage, soins dentaires non médicalisés, la saignée traditionnelle, mariage précoce, mariage forcé, viol, violence sexuelle, accouchement traditionnel, grossesses non suivies, rapports sexuels non protégées, avortement à la traditionnelle, viol conjugal (nuit de noces)

1.1. De quelle manière contribuent-elles à augmenter le risque de transmission du VIH ? Soyez précis et appuyez-vous sur des données probantes.
Ces pratiques socioculturelles augmentent le risque de transmission VIH par le biais du sexe essentiellement et le sang contaminé (statistiques nationales).

1.2. Le pays dispose-t-il de données sur les relations sexuelles entre des hommes âgés et des jeunes femmes ? Si possible, ajoutez aussi des données sur les relations sexuelles entre hommes âgés et jeunes hommes.

Au Maroc, l'écart d'âge entre l'homme et la femme se réduit d'année en année : il est passé de 6,63 ans en 1960 à 4,2 ans en 1994. Plus le milieu social est aisé et instruit, moins la différence d'âge entre les conjoints est grande.

En revanche, la société marocaine accepte encore mal que la femme soit plus âgée que son conjoint (vérifier les données HCP /pour le mariage).

Pour les HSH, on ne dispose pas des données validées sur la différence d'âge entre les partenaires.

Question 2. Certaines normes et pratiques socioculturelles contribuent-elles à accroître le risque de transmission du VIH dans d'autres populations clés ? Si oui, quelles sont ces normes et pratiques ? Chez les PS, UDI, HSH et les jeunes ?

Le non usage du préservatif, l'usage de matériel commun de drogue, certaines pratiques sexuelles, l'usage de certains instruments sexuels

2.1 De quelle manière contribuent-elles à augmenter le risque de transmission du VIH ? Soyez précis et appuyez-vous sur des données probantes.

Les pratiques des populations clés accentuent le risque de transmission par la multiplication du risque d'exposition.

La population clé est plus exposée aux infections sexuellement transmissibles qui sont une porte d'entrée du VIH.

Les rapports sexuels par voie anale augmente le risque de traumatisme et augmente le risque de transmission du VIH. Ce genre de rapport est pratiqué par les adolescentes ou les femmes célibataires pour rester vierges.

L'utilisation du même matériel souillé par le sang contaminé par le VIH constitue un vrai risque de transmission du VIH.

L'avortement à risque

Question 3. Quelles sont les normes et les pratiques socioculturelles qui peuvent contribuer à creuser les *écarts entre les sexes* dans l'un des domaines évoqués ci-dessus (connaissances, utilisation du préservatif, stigmatisation, discrimination, grossesses précoces ou non désirées) ?

Les inégalités entre les sexes stimulent la transmission du VIH/sida en affaiblissant l'aptitude des femmes à faire des choix judicieux au sujet des questions sexuelles ou de santé de la reproduction, à rechercher des informations adéquates sur la prévention du VIH/sida et le dépistage, à prendre les mesures nécessaires pour prévenir sa transmission et pour obtenir et adhérer aux traitements.

À cause des violences, les femmes n'osent pas déclarer leur statut VIH à leurs partenaires, repoussent la recherche de traitement et sont moins en mesure d'adhérer aux régimes de traitement du VIH. Un accès inéquitable au traitement signifie qu'une moindre part de femmes est médicalement suivie en cas de maladies associées au sida, accentuant ainsi directement l'impact du VIH/sida.
Les inégalités de genre accentuent la transmission du VIH/sida par :

- Manque d'autonomie chez les femmes et les filles.
- Diminution de la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive,
- Manque d'accès à l'information concernant la prévention du VIH/sida, le dépistage et la prise en charge.
- Absence de pouvoir de négociation de l'usage du préservatif (PS)
- L'illégalité d'avoir un préservatif (sexe féminin).

3.1 De quelle manière contribuent-elles à augmenter le risque de transmission du VIH ? Soyez précis et appuyez-vous sur des données probantes.

La violence fondée sur le genre accentue l'impact sur la prise en charge de l'infection du VIH-Sida (accès aux services de prise en charge)

Question 4. Quels sont les facteurs ou déterminants sociaux, tels que la vulnérabilité économique, la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances, les partenaires sexuels multiples etc., qui contribuent à entretenir ces pratiques et comportements, selon les données disponibles ? Veuillez les indiquer en différenciant les niveaux a) individuel, b) communautaire et c) sociétal.

La plus grande vulnérabilité des femmes vis-à-vis du virus est due notamment à des pressions sociales et économiques a fortiori quand il s'agit du commerce du sexe, où ces dernières sont 13 fois plus menacées par l'infection que les autres femmes.

Par ailleurs, il va sans dire que le fait que l'éducation sexuelle soit occultée par les tabous et les non-dits obéissant ainsi aux normes et aux valeurs culturelles, constitue un sérieux handicap.

Les déterminants sociaux sont multiples :

Niveau individuel	Niveau communautaire	Niveau sociétal
Dépendance (alcool, drogue), dépendance économique /financière(TS), analphabétisme, méconnaissance de la maladie, manque d'estime de soi, orientation sexuelle	Communautés des populations clés, mères célibataires, ouvrières	Inégalités économiques, disparités sociales (soins, informations éducation….), influence religieuse, influence culturelle

Étape 3 : FACTEURS POLITIQUES ET JURIDIQUES

Question 1. Existe-t-il un cadre juridique ou politique pouvant avoir un impact direct sur les femmes et les filles, les hommes et les garçons, et les populations clés en ce qui concerne le VIH/sida ?

- ✓ La nouvelle Constitution comporte 18 dispositions relatives aux droits des femmes. L'article 19 stipule l'égalité entre l'homme et la femme dans la jouissance des droits civils, politiques, culturels, économiques, sociaux et environnementaux. La Constitution de 2011 consacre également la suprématie des conventions internationales ratifiées par le Maroc[6] sur les lois nationales et l'obligation d'harmoniser ces dernières avec les instruments internationaux.
- ✓ La Constitution prohibe la discrimination notamment pour motif de sexe ou de circonstance personnelle, tout comme elle interdit « …de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale de quiconque, en quelque circonstance que ce soit et par quelque personne que ce soit privée ou publique. Nul ne doit infliger à autrui, sous quelque prétexte que ce soit, des traitements cruels, inhumains, dégradants ou portant atteinte à la dignité » (art22).
- ✓ La Constitution marocaine garantit et reconnait le droit à la santé (art 31).
- ✓ Code de la Famille (20, 21)
- ✓ Code pénal (490)

Veuillez cocher les cases appropriées.

- ☐ Criminalisation de la transmission ou de l'exposition au VIH, notamment de la transmission verticale (de la mère à l'enfant) (selon la base de données des lois sur les droits humains)
- ✓ Criminalisation de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre (selon la base de données des lois sur les droits humains)
- ☐ Criminalisation de la consommation de drogues (selon la base de données des lois sur les droits humains)
- ☐ Criminalisation du commerce du sexe (selon la base de données des lois sur les droits humains)
- ✓ Refus de l'accès des jeunes (moins de 18 ans) aux préservatifs ou aux services de santé sexuelle et reproductive (obligation du consentement du tuteur pour le dépistage)
- ☐ Refus d'une éducation sexuelle complète avant l'âge de 18 ans
- ✓ Non-reconnaissance de la violence ou discrimination basée sur le genre au sein du mariage (projet de loi en cours d'adoption)

[6] Préambule de la Constitution, 2011

- ✓ Contestation d'héritage et/ou de droits de propriété aux femmes (non accès à l'héritage dû à certaines pratiques et traditions)
- ☐ Restrictions de voyage liées au VIH/sida
- ✓ Pratiques du mariage précoce et du mariage forcé
- ✓ Mariages polygames

Ajoutez d'autres éléments si nécessaire.

Question 2. Y a-t-il des cadres juridiques qui protègent spécifiquement les droits des personnes vivant avec le VIH, des femmes et des filles, et d'autres populations clés dans le pays en termes de ?? :

Pas de cadres juridiques spécifiques aux personnes vivant avec les personnes vivants avec le VIH, mais des cadres juridiques qui protègent les personnes en général.

Il y a des programmes sectoriels au niveau de l'éducation nationale, la santé, la jeunesse…..

Veuillez cocher les cases appropriées.

- ✓ Droit de la famille et droit de la propriété (mariage, cohabitation, séparation, divorce, garde des enfants, propriété, héritage, etc.)
- ✓ Droits concernant l'accès aux soins de santé (services de santé, accès à l'information sur la santé, TAR, préservatifs, prophylaxie pré-exposition et prophylaxie post-exposition, etc.) en vertu de la législation nationale (absence de cadres par rapport à l'accès égal à l'information)
- ☐ Cadres juridiques concernant les droits sexuels et reproductifs
- ☐ Lois garantissant une éducation sexuelle complète sans stigmatisation ni discrimination
- ✓ Législation sur les relations de travail et la sécurité sociale
- ✓ Lois garantissant le caractère volontaire et confidentiel des services liés au VIH, tels que le conseil et le dépistage (il y a des directives ministérielles spécifiques au VIH)
- ✓ Criminalisation de la violence conjugale (projet de loi en cours d'adoption)
- ☐ Criminalisation du mariage précoce et forcé (code de la famille : la femme adulte peut se marier sans tuteur)
- ☐ Lois sur l'identité de genre
- ☐ Droits des migrants (initiative nationale pour régulariser la situation des migrants qui garantit l'accès aux services de santé, d'éducation…)

Ajoutez d'autres éléments si nécessaire.

Question 3. Certains éléments indiquent-ils que ces lois ne sont pas mises en œuvre de manière intégrale et impartiale, par exemple pour les femmes et les hommes, pour les transgenres, pour les populations clés, pour les personnes vivant avec le VIH ? Veuillez entrer dans les détails.

Des mécanismes ont été mis en place pour garantir l'application des lois notamment le respect des droits de l'Homme : les institutions des droits humains: Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH), CRDH, Délégation Interministérielle des Droits de l'Homme.

- Rapports des ONG thématiques et études (exp étude RDS, clients DS…….) qui rapportent l'existence de limites en termes d'application des lois : d'accès aux soins et services de santé,
- Focus groupes, espaces de parole, séances thématiques conviviales ……..

Question 4. Les lois et les politiques existantes se traduisent-elles par un accès égal aux services pour les femmes, les filles, les hommes, les garçons et les populations clés, en termes de :

Non

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐Services relatifs aux droits sexuels et reproductifs et à la santé sexuelle et reproductive

☐ Information sur les services de santé disponibles

☐Produits pour la prévention du VIH (préservatifs masculins et féminins, pratiques de réduction des risques)

☐ Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

☐ Prophylaxie post-exposition (PEP)

☐ Soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH

☐ Éducation sexuelle complète

☐ Protection sociale

☐ Éducation

☐ Travail

Ajoutez d'autres domaines si nécessaire.

Question 5. Les pouvoirs publics, tant le pouvoir exécutif que législatif, œuvrent-ils à la mise en œuvre des déclarations et traités internationaux dont le pays est signataire ? Veuillez donner des exemples de lois approuvées et de services fournis conformément aux engagements signés dans la Déclaration politique de 2011 concernant le VIH/sida, la Déclaration de Pékin et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes – CEDEF.

Oui, les politiques nationales dans le domaine se référent et s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre des traités et conventions ratifiés par le Maroc.

Question 6. Y a-t-il des signes de pratiques discriminatoires ou coercitives dans les établissements de soins de santé qui pourraient influer sur l'accès et l'utilisation des services liés au VIH par les femmes vivant avec le VIH, y compris celles issues des populations clés et marginalisées ?

Oui

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐ Planification familiale forcée

☐ Avortement forcé

☐ Stérilisation forcée

✓ Stigmatisation des femmes vivant avec le VIH

✓ Discrimination à l'égard des femmes transgenres

✓ Stigmatisation et discrimination des consommateurs de drogues

☐ Refus d'accès à la contraception et à l'avortement alors que la loi les permet.

Question 7. Y a-t-il des signes de pratiques discriminatoires dans la magistrature et de la part des agents de la force publique (y compris la police) qui pourraient empêcher les femmes, les filles, ou n'importe quelle autre population clé ou marginalisée d'accéder à leurs droits ? Si tel est le cas, veuillez donner plus de précisions.

Oui, un abus de pouvoir dans l'application des lois : condamnation sur la base de l'utilisation des moyens de prévention chez les populations-clés : préservatif, pilule contraceptive, seringue jetables

Question 8. Quel est le pourcentage de femmes dans les organes législatifs (parlement/sénat) ? Quel est le pourcentage de femmes au gouvernement (y compris dans les entités qui lui sont rattachées) ?

Le parlement, après les élections de 2011, compte 67 femmes députées sur un total de 395 parlementaires soit 17% au lieu de 10,5% en 2007. Mais, seul 1 groupe parlementaire, sur les 8 que compte la 1ère chambre du Parlement, est dirigée par une femme. Sur les 14 membres du Bureau du Parlement, 4 sont des femmes. 2 commissions parlementaires[7] sur 8 sont présidées par des femmes. Par conséquent, seulement 7 femmes occupent des postes leur permettant d'influer sur le fonctionnement du Parlement[8].

La présence des femmes dans le gouvernement est passée de 21,2% en 2007, à 3,1% en 2012 puis à 12,8% en 2014 .Le gouvernement est composé de 39 ministres dont 6 femmes : 2 ministres et 4 ministres déléguées.

Sur le plan de la représentativité des femmes dans les instances dirigeantes des pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire, les résultats de l'enquête emploi réalisée par le HCP en 2012, montrent que les femmes restent sous représentées (24,2%) dans les fonctions de responsabilité, notamment en tant que « membres des corps législatifs, responsables hiérarchiques de la fonction publique, directeurs et cadres dirigeants des entreprises », alors que leur présence est marquée parmi « les cadres supérieurs», 41,9%. Par milieu, ces taux sont nettement plus élevés dans les villes (respectivement 24,5% et 42,8% contre 10,5% et 25 ,9% en milieu rural). L'étude sur la présence des femmes dans les postes de responsabilité, réalisée en 2012 par le du Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration, a fait ressortir le faible niveau de participation des femmes aux postes de responsabilités. En effet, les femmes représentent seulement 6% parmi les secrétaires généraux, 9% pour les inspecteurs généraux, 11% pour les directeurs, 11% pour les chefs de division, 19% pour les chefs de service, 16% pour les ambassadeurs. Aussi, les femmes représentent-elles 20% de tous les postes judiciaires, 21% des juges et 11,8% des procureurs.

La représentation des femmes aux postes décisionnels de rang élevé dans la fonction publique est particulièrement faible. Alors qu'elles représentent plus du tiers du nombre total de fonctionnaires, 12 %

[7]Organes spécialisés du Parlement

[8] Voir le site web du Parlement : www.parlement.ma

seulement d'entre elles occupent des postes de direction[9]. Il n'y a que deux femmes gouverneurs, et 10 des 84 ambassadeurs seulement sont actuellement des femmes.

[9] Etude sur la présence des femmes dans les postes de responsabilité, Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration, 2012

PHASE 3

Connaître les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida

Étape 1 : PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION DE GENRE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE VIH : POLITIQUES ET PROGRAMMES

Étape 1.1 • LUTTE GLOBALE CONTRE LE VIH/SIDA

Question 1. Quelles populations les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida visent-elles ? Veuillez ventiler les données par âge, par sexe, par identité de genre ou orientation sexuelle, le cas échéant.

- ✓ Personnes vivant avec le VIH
- ✓ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- ✓ Migrants/populations déplacées
- ✓ Orphelins et enfants vulnérables carence : orphelins
- ✓ Consommateurs de drogues injectables
- ✓ Détenus
- ✓ Professionnel(le)s du sexe
- ✓ Communauté transgenre
- ✓ Femmes et filles
- ✓ Jeunes hommes jeunes femmes
- ✓ Autres populations clés ou vulnérables [personnes victimes de violence sexuelle ; population passerelle (marins, routiers, ouvrières et ouvriers, hommes en uniforme …)
- ✓ professionnels de santé

1.1 Les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida incluent-elles les personnes handicapées ? Si oui, y a-t-il des programmes spécifiquement conçus pour les personnes handicapées ? Ces interventions répondent-elles différemment aux besoins des hommes/garçons et à ceux des femmes/filles ?

Non (carence à adresser en créant des liens avec les institutions concernés)

1.2 Les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida incluent-elles les personnes âgées, en particulier les femmes âgées ? Si oui, y a-t-il des programmes spécifiques pour répondre à leurs besoins, par exemple des dispositions pour les soins de longue durée, y compris le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Information à collecter dans le service de Gériatrie, DP et Service du Kc, DELMet DP

Question 2. Les interventions de lutte contre le VIH/sida reconnaissent elles, prennent-elles en compte et abordent-elles les questions de genre liées aux éléments suivants :

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐Spécificités rurales/urbaines

☐ Statut socio-économique

☐Migration forcée et/ou volontaire

☐ Mariage précoce ou forcé

☐ Origine ethnique

☐ Incapacités liées au VIH

On reconnait, on aborde mais on ne prend pas suffisamment en considération.

Question 3. Les problèmes liés à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle ont-ils été reconnus dans la politique/stratégie sur le VIH ?

Oui

Si oui, quelles sont les recommandations en matière de services liés au VIH concernant la stigmatisation, la discrimination et les droits humains ?

Voir stratégie nationale 2012-2016

Question 4. Dans quelle mesure les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida sont-elles financées par des sources nationales et dans quelle mesure sont-elles financées par des sources externes ?

Dans la mesure où ils s'inscrivent dans le cadre des plan d'actions sectoriels des départements concernés : Ministère de la santé, Ministère de l'éducation nationale, CNDH….

Budgets sectoriels, exercice NASA

4.1 Les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida comprennent-elles déjà des interventions en matière d'égalité des sexes ?

Oui, suite aux recommandations des revues de l'intégration du genre dans le PSN 2007-2011et s'inscrivant dans les synergies nationales de promotion des droits des femmes, un agenda national sur les femmes, les filles, l'égalité des genres et le VIH/sida est mis en œuvre intégrant les actions de départements gouvernementaux concernés et associations.

Si oui, comment ces interventions sont-elles financées ? Veuillez donner un pourcentage indicatif, selon le tableau ci-dessous. Ajoutez si nécessaire d'autres partenaires.

Question 5. Existe-t-il un système officiel de responsabilisation pour les interventions de lutte contre le VIH/sida qui permet à la société civile, aux agences des Nations Unies et aux citoyens de surveiller les dépenses consacrées à la prise en compte de la dimension de genre dans les interventions de lutte contre le VIH/sida ? Si oui, comment fonctionne-t-il ?

Stratégie et plans d'actions annuels, audits ...

Étape 1.2 • PARTICIPATION SIGNIFICATIVE

Question 1. Les réseaux et les organisations œuvrant pour les personnes vivant avec le VIH, les droits des femmes, la santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes, la jeunesse et les autres populations clés, telles que les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports

sexuels avec des hommes (HSH), les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables (CDI) et les transgenres, participent-ils à la prise de décisions à différents stades ou niveaux et dans différents domaines de la lutte contre le VIH/sida du pays, y compris à la conception et à la mise en œuvre des interventions ?

Les progrès réalisés résultent de l'engagement politique soutenu de la part du gouvernement et des autres acteurs impliqués mais aussi d'un partenariat bien développé avec les différents secteurs gouvernementaux et les ONG, de l'alliance avec de nouveaux acteurs stratégiques, le CNDH et l'INDH notamment avec la mise en place d'actions concertés cohérentes et coordonnées

- Le Plan stratégique national de lutte contre le sida 2012-2016, est le résultat d'un travail collectif engagé par tous les acteurs institutionnels et associatifs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida.
- La société civile (ONG) a participé activement à toutes les étapes du processus de planification stratégique depuis l'analyse de la situation et de la riposte jusqu'à l'élaboration de la stratégie nationale.
- Des consultations externes ont concernés :
    - les interventions de prévention proximité auprès des populations vulnérables menées par les ONG,
    - la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH),
    - la décentralisation des activités au niveau des régions.

Les PVVIH et populations clés sont impliquées dans l'élaboration des stratégies nationales et régionales et sont représentées dans le CCM.

1.1 Veuillez documenter les observations qui sont pertinentes dans une perspective sexospécifique concernant la participation de la société civile à la lutte contre le VIH/sida.

Question 2. Y a-t-il des mécanismes formels (par exemple des forums de partenariat, des groupes thématiques mixtes sur le VIH, des commissions/conseils nationaux sur le sida, un CCM) garantissant que les points de vue, les besoins et les droits de ces populations sont pris en compte dans les processus de prise de décision pour les interventions de lutte contre le VIH/sida ? Si oui, veuillez décrire ces mécanismes en mettant particulièrement l'accent sur les questions de genre et en donnant si possible des exemples.

<u>Au niveau national</u>

- ✓ CCM
- ✓ Comité de pilotage au sein du CNDH
- ✓ Comité de pilotage au sein du Ministère de la Santé
- ✓ Comités de prise en charge, pTME, dépistage…
- ✓ CRILS

<u>Au niveau international :</u>

- ✓ Appui du Système des Nations unies à la riposte nationale au sida 2012 – 2013
- ✓ Appui du Fonds mondial à la riposte nationale au sida, période 2012-2013
- ✓ Appui du système des agences de coopération bilatérale

Question 3. Quelles dispositions juridiques et politiques existe-t-il pour que ces populations accèdent à des financements nationaux et/ou internationaux, pour le soutien des interventions nationales de la lutte contre le VIH/sida?

Dans le contexte marocain pénalisant le travail du sexe, les HSH, les UDI, ces populations ne peuvent accéder au financement qu'à travers des associations thématiques.

Question 4. Quelles dispositions (juridiques, politiques, financières) existe-t-il pour renforcer les capacités et allouer des ressources dans le but d'encourager la participation des femmes, des filles et des femmes transgenres aux interventions de lutte contre le VIH/sida ?

Code de la famille, nouvelle Constitution, stratégies des départements ministériels, politiques encourageant l'implication de la société civile dans les programmes de développement.

Question 5. Une catégorie de population clé est-elle dans l'incapacité – à cause des lois, des règlements ou des politiques – de s'engager dans les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida ?

Le contexte juridique et socioculturel ne permet pas aux HSH, PS et UDI de se déclarer à visage découvert, mais peuvent s'engager en tant que personne relais dans les actions de prévention et de sensibilisation

Étape 1.3 • COORDINATION DE LA PRISE EN COMPTE DES INÉGALITÉS LIÉES AU GENRE DANS LES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE VIH/sida

Question 1. Le mécanisme national de coordination sur le VIH met-il particulièrement l'accent sur l'égalité des sexes ? Si oui, indiquez comment.

Oui, les mesures prises par le Ministère de la Santé en matière de lutte contre le VIH s'inscrivent dans l'objectif « accès égal et équitable aux services de santé » du plan gouvernemental pour l'égalité.

Parmi les principes directeurs du PSN, toutes les interventions doivent s'inscrire dans l'approche genre et droits humains

1.1. Existe-t-il d'autres mécanismes de coordination dans différents secteurs gouvernementaux (condition féminine, santé, droits humains, etc.) et à différents niveaux permettant d'agir conjointement en faveur de la prise en compte de l'égalité des sexes dans les interventions nationales de lutte contre le VIH/SIDA ? Si tel est le cas, veuillez donner plus de précisions.

- ✓ Comité de pilotage au sein du CNDH et commissions régionales des DH
- ✓ CCM
- ✓ Comités national, régional et provincial de lutte contre la violence fondée sur le genre

Question 2. La société civile est officiellement impliquée dans l'un des mécanismes de coordination précédemment cités, en particulier les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les représentants des populations clés identifiées et les groupes qui travaillent sur les questions liées à l'égalité des sexes et aux droits des femmes ?

Oui

Question 3. Existe-t-il, au sein de la société civile, des mécanismes de coordination sur le VIH et le genre, et si oui, quels sont les groupes impliqués ?

Information à collecter auprès de la société civile

Étape 1.4 • PRISE EN COMPTE DE L'ÉGALITÉ DES SEXES DANS LA CONCEPTION DES POLITIQUES/ DIRECTIVES NATIONALES

Question 1. Sur quelle politique/directive nationale relative à l'égalité des sexes les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida s'appuient elles ?

- ✓ Stratégie nationale sur les Droits Humains liés au VIH/sida
- ✓ L'agenda national sur les femmes, les filles, l'égalité des genres et le VIH/sida intégrant les actions de départements gouvernementaux concernés et associations.
- ✓ Le plan gouvernemental de l'égalité 2012-2016

1.1 Leur élaboration est-elle guidée par l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité entre les sexes dans le contexte du VIH/sida

1.2 ? (Pour plus d'informations sur l'Agenda de l'ONUSIDA sur l'égalité des sexes et le VIH, voir la partie 2 du guide de l'Outil.)

Oui, dans le cadre de cet Agenda de l'ONUSIDA, une feuille de route pour des actions accélérées au profit des femmes et des filles a été mise en œuvre en 2013 par le PNLS avec l'appui de ses partenaires.

Question 2. La politique de lutte contre le VIH/sida reflète-t-elle un engagement en faveur de l'égalité des sexes ?

Oui , c'est un principe directeur mais il faut qu'il soit porté par tous les intervenants aux niveaux national ,régional et local selon une approche communautaire systémique

Question 3. Cet engagement se traduit-il par une prise en compte des aspects suivants dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida :

3.1 Inégalité entre les femmes/filles (y compris les femmes transgenres) et les hommes/garçons ? Oui,sans spécifier les femmes transgenres

3.2 Stigmatisation et discrimination des personnes vivant avec le VIH, notamment des femmes et des filles vivant avec le VIH (y compris les femmes transgenres), dans les services de santé en lien ou non avec le VIH ainsi que les services sociaux et judiciaires ? Oui, sans spécifier les femmes transgenres

3.3 Stigmatisation et discrimination à l'encontre des populations clés ? Oui

Question 4. Cet engagement se traduit-il par l'allocation d'un budget permettant de prendre des initiatives et de proposer des services tenant compte des sexospécificités et influant sur l'égalité des sexes ? Veuillez donner des exemples.

- Organisation d'atelier d'évaluation basée sur le genre de la riposte
- Sensibilisation et plaidoyer
- Lutte contre la violence basée sur le genre …

Étape 1.5 • CONNAISSANCES ET SENSIBILISATION SUR L'ÉGALITÉ DES SEXES

Question 1. Peut-on penser que les personnes participant aux interventions de lutte contre le VIH/sida, notamment les décisionnaires et les chefs de services, témoignent d'une sensibilité et d'une connaissance des conséquences des inégalités entre les hommes et les femmes et/ou de la marginalisation de certaines populations dans le contexte du VIH ? Veuillez donner des exemples.

Oui, en raison de leur implication dans l'élaboration de la stratégie nationale et dans le plaidoyer et leur participation sur les formations sur le genre et droits humains.

Question 2. Le programme de formation initiale des travailleurs de la santé comprend-il des séances de sensibilisation sur le genre, les droits humains, la stigmatisation et la discrimination ? Si tel est le cas, veuillez cocher les cases appropriées concernant les sujets abordés.

- ✓ Droits humains
- ✓ Égalité des sexes
- ✓ Stigmatisation et discrimination
- ✓ Violence sexiste
- ☐ Droits sexuels
- ☐ Santé sexuelle
- ☐ Droits reproductifs
- ☐ Santé reproductive
- ☐ Conseil et dépistage volontaire, y compris pour les couples.

Veuillez ajouter d'autres sujets, le cas échéant.

Question 3. Le programme de formation continue des travailleurs de la santé fournissant des services liés au VIH comprend-il des séances de sensibilisation sur le genre, les droits humains, la stigmatisation et la discrimination ? Si oui, quels sont les thèmes spécifiques qui sont abordés?

Le PSN 2012-2016 a déjà initié un plan de formation en direction des professionnels de santé et sociaux, intégrant le genre, les droits humains et la lutte contre la discrimination. Ce plan de formation a pour objectif d'améliorer les conditions et les modalités de l'accès aux services des populations clés exposées aux risques d'infection.

Organisation d'atelier de formation sur le VIH et genre

Les formations sur le dépistage incluent un volet sur la stigmatisation et discrimination

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de personnel des ONG et de santé formés en matière de genre et de lutte contre la stigmatisation en matière de lutte contre le sida	50	100	150	200	200

3.1 Quelle est la fréquence des séances de formation continue et ont-elles été évaluées ? Les formations ont ciblé cinq régions : Tadla-Azilal, Sous-Massa-Drâa, Tanger-Tétouan, Fès/Boulmane et grand Casablanca .D'autres sessions de formations sont programmées pour les autres régions en 2015-2016

Étape 1.6 • ÉVALUER LA RÉPARTITION DES DÉPENSES

Question 1. Existe-t-il dans le pays un système d'information accessible sur les dépenses (nationales et externes) allouées aux questions de genre et à la lutte contre le VIH/sida, comme le Mécanisme d'évaluation des dépenses nationales sur le sida (NASA) ?

Oui, NASA

1.1 Quels sont les facteurs qui influencent les décisions budgétaires en matière de genre et/ou de lutte contre le VIH/SIDA (par exemple ressources disponibles, priorités actuellement financées, religion, facteurs socioculturels, contexte juridique) ? Plan d'action budgétisé de la stratégie nationale avec les priorités politiques

1.2 Quels sont les obstacles à l'exécution des budgets alloués au genre et/ou à la lutte contre le VIH/SIDA (engagement politique, manque de données, insuffisance des capacités, etc.) ? Plus ou moins l'insuffisance en ressources humaines et également l'engagement politique

Question 2. Selon le type d'épidémie et les groupes de population touchés, les besoins spécifiques des femmes, des filles, des hommes, des garçons et des femmes transgenres sont-ils pris en compte dans le budget alloué aux interventions nationales de lutte contre le VIH/sida ?

Le PSN intègre les besoins spécifique des femmes et filles, des hommes et garçons dans ses programmes et actions par conséquent l'estimation du budget nécessaire pour sa mise en œuvre inclus l'estimation du budget alloué au résultat 3 relatif au genre .Mais il n'y a pas d'informations sur le budget alloué pour répondre aux besoins des femmes et des filles pour réduire leur vulnérabilité

	2012	**2013**	**2014**
Estimation besoins financiers pour la mise en œuvre du résultat 3 du PSN	19.2	24.0	27.2

2.1 Le montant alloué est-il suffisant pour répondre aux besoins de ces communautés dans le contexte du VIH ? Veuillez différencier les groupes dans votre réponse.

Question 3. Les données financières concernant les interventions de lutte contre le VIH/SIDA sont-elles ventilées par sexe, par âge et/ou par population clé ?

Par population clé

Étape 2 : UNE LUTTE GLOBALE CONTRE LE VIH/SIDA

Étape 2.1 • PRÉVENTION DU VIH

Question 1. Les services de soutien et de prévention du VIH suivants sont-ils généralement disponibles ?

Veuillez cocher les cases appropriées.

- ✓ Accès à l'information sur le VIH
- ✓ Services de conseil et de dépistage volontaire
- ✓ Préservatifs (masculins et ~~féminins~~)
- ✓ Prévention de la transmission verticale (également connue sous le nom de « transmission de la mère à l'enfant »)
- ✓ Communication pour le changement de comportement
- ✓ Circoncision masculine
- ✓ Mesures de réduction des risques liés à la consommation de drogues

Ajouter si nécessaire d'autres services ; centres d'addictologie, centres référents de PEC des PVVIH

Question 2. Y a-t-il des facteurs liés au genre qui empêchent les femmes, les filles, les hommes, les garçons et les populations clés, notamment les femmes transgenres, d'accéder, d'avoir recours et d'adhérer aux services de prévention, et qui devraient être pris en compte et corrigés ?

Ces facteurs influant sur l'accès, le recours et l'adhésion aux services peuvent comprendre la stigmatisation, la discrimination, la violence sexiste, les normes sexospécifiques néfastes (par exemple les inégalités entre les sexes et les définitions néfastes de la masculinité et la féminité), l'accès aux ressources, la discrimination fondée sur l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine ethnique ou le statut marital. (Se reporter au guide de l'Outil pour plus d'informations.)

Les facteurs influant sur l'accès, le recours et l'adhésion aux services :

- la stigmatisation, la discrimination sexiste,
- la violence fondée sur le genre
- les normes sexonéfastes (par exemple les inégalités entre les sexes et les définitions néfastes de la masculinité et la féminité),
- l'accès limité aux ressources,
- la non-adhésion aux services par manque d'autonomie.
- la discrimination fondée sur l'identité sexuelle,
- l'orientation sexuelle,
- l'âge, l'origine ethnique ou
- le statut marital. (Se reporter au guide de l'Outil pour plus d'informations.)

Veuillez indiquer lesquels de ces facteurs peuvent influer sur les différentes communautés, telles que les jeunes femmes, les consommateurs de drogues injectables, notamment les femmes qui consomment des

drogues, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leurs partenaires, ainsi que les transgenres.

Communauté des PS	Communauté des HSH	Communauté des UDI
la stigmatisation, la discrimination, le statut marital, la violence basée sur le genre, l'accès limité aux ressources, la peur des représailles	la stigmatisation, la discrimination, les normes sexo-néfastes, la peur des représailles	la stigmatisation, la discrimination, la non-adhésion aux services par manque d'autonomie, l'accès limité aux ressources, la peur des représailles

Question 3. Les services de prévention respectent-ils, soutiennent-ils et protègent-ils les droits des femmes, des filles, des hommes, des garçons et des populations clés indépendamment du statut marital, de la profession et de l'âge, ou y a-t-il des signes de violation de ceux-ci, en ce qui concerne :

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐ La santé et les droits sexuels?
☐ L'orientation sexuelle?
☐ L'identité de genre?
☐ Les droits reproductifs et la santé reproductive?
☐ Le conseil et le dépistage volontaire?
✓ La divulgation et l'acceptation de leur séropositivité, sans discrimination?
✓ L'accès à la justice et la protection de la loi?
☐ La protection contre les normes et les pratiques sexospécifiques néfastes?
☐ La lutte contre toute forme de violence (y compris celle venant des partenaires, de la famille, de la communauté ou de l'État)?

Question 4. Quelle est la couverture globale des services de prévention de la transmission verticale ?

Grâce aux efforts, 38.000 tests ont été réalisés parmi les femmes enceintes en 2012 et 83.661 en 2013 (contre 3622 en 2011, 5.630 dans le graphique) et une augmentation de couverture des femmes enceintes séropositives par les ARV de 12% en 2007 à 45% en 2013, ce qui correspond exactement à l'objectif du PSN

4.1 Quel est le nombre estimé d'enfants nés avec le VIH ?

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

2011	24%
2012	16.9%
2013	17.5%

4.2 Quel est le taux global de perte de suivi jusqu'à la fin de l'allaitement ?

Voir les données de l'Epidémiologie

4.3 Quel est le taux de couverture à chaque niveau de la prestation de services de prévention de la transmission verticale ?

Voir les données de l'Epidémiologie

% de couverture des femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant de l'accouchement assisté dans les structures du Ministère de la santé : 37.5% (en 2012) 50% en 2013, 58% en 2014

4.4 Peut-on émettre des hypothèses, dans une perspective sexospécifique, quant aux raisons de la non-adhésion à ces services, et qui concerne-t-elle ?

La non-accessibilité géographique, la méconnaissance du circuit de prévention, la stigmatisation et discrimination qui est plus accentuée chez la femme, le manque d'autonomie, de pouvoir de décision et de ressources chez les femmes, la crainte du rejet et des préjugés

4.5 Quels sont les groupes exposés qui ne sont pas touchés par le programme national de prévention de la transmission verticale. Donnez des exemples ou citez des sources.

Tous les groupes sont concernés

4.6 La prévention de la transmission verticale encourage-t-elle la participation des partenaires ? Si oui, quels sont les résultats ? Certains signes laissent-ils penser que ces programmes empêchent l'accès des femmes ?

La question n'est pas claire, on a besoin des étapes de prévention et les partenaires sexuels ou institutionnels

Étape 2.2 • TRAITEMENT

Question 1. Quel est le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat ?

4.7% (en 2007) et 4.52% (en 2012)

1.1 Quel est le pourcentage des professionnels du sexe qui ont subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat18 ?

25.54% (en 2011)

1.2 Quel est le pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat19 ?

30.99% (en 2010)

1.3 Quel est le pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat ?

9.7% (2010-2011)

Question 2. Quelle est la couverture thérapeutique actuelle dans le pays (avec de préférence des données ventilées par âge et par sexe, si elles sont disponibles) ?

Epidémiologique

Question 3. Les femmes, les hommes et les populations clés ont-ils un accès égal aux services de traitement ? Si ce n'est pas le cas, quels sont les facteurs sexospécifiques limitant ou empêchant l'accès ?

En principe, les femmes et les hommes ont accès égal aux services de traitement mais dans la réalité les populations-clés notamment les PS, les UDI trouvent des difficultés d'accès aux services publiques ; elles /ils passent par le biais des associations

Question 4. Quel est le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après avoir commencé un traitement antirétroviral ?

4.1 Qui (âge, sexe, population clé, zone géographique, statut socio-économique) est affecté par le non-respect du traitement et en quoi est-ce lié au genre ?

Question 5. Les services de traitement respectent-ils, soutiennent-ils et protègent-ils les droits des femmes, des filles, des hommes, des garçons et des populations clés indépendamment du statut marital, de la profession et de l'âge, ou y a-t-il des signes de violation de ceux-ci, en ce qui concerne :

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐ La santé sexuelle ?
☐ L'orientation sexuelle ?
☐ L'identité de genre ?
☐ La santé reproductive ?
☐ L'avortement sans risque ?
☐ Le conseil et le dépistage volontaire ?
☐ La divulgation et l'acceptation de leur séropositivité, sans stigmatisation ni discrimination ?
☐ L'accès à la justice et la protection de la loi ?
☐ La protection contre les normes et les pratiques néfastes ?
☐ La violence ou discrimination basée sur le genre (venant notamment des conjoints, de la famille, de la communauté ou de l'État) ?

Ajoutez d'autres domaines si nécessaire.

Étape 2.3 • SOINS ET SOUTIEN

Question 1. Y a-t-il des facteurs liés au genre qui ont de l'influence sur le recours et l'adhésion aux services de soins et de soutien par les femmes, les filles, les hommes, les garçons et les populations clés, et qui devraient être pris en compte et corrigés ?

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐ Soins à domicile
☐ Soins palliatifs
☐ Soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables affectés par le VIH
☐ Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH
☐ Services de protection sociale
☐ Services de soutien juridique
☐ Conseil en matière de santé sexuelle et reproductive

Ajoutez d'autres domaines si nécessaire.

Question 2. Les services de soins et de soutien respectent-ils, soutiennent-ils et protègent-ils les droits des femmes, des filles, des hommes, des garçons et des populations clés

indépendamment du statut marital, de la profession et de l'âge, ou y a-t-il des signes de violation de ceux-ci, en ce qui concerne :

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐ La santé sexuelle ?
☐ L'orientation sexuelle ?
☐ L'identité de genre ?
☐ La santé reproductive ?
☐ L'avortement sans risque ?
☐ Le conseil et le dépistage volontaire ?
☐ La divulgation et l'acceptation de leur séropositivité, sans stigmatisation ni discrimination ?
☐ L'accès à la justice et la protection de la loi ?
☐ La protection contre les normes et les pratiques néfastes ?
☐ La violence ou discrimination basée sur le genre (venant notamment des conjoints, de la famille, de la communauté ou de l'État) ?

Ajoutez d'autres domaines jugés pertinents.

Question 3. Y a-t-il prise en compte de l'égalité entre les sexes chez les prestataires de soins et de soutien au niveau communautaire ? Décrivez la situation.

Oui

Question 4. La politique nationale sur le VIH reconnaît-elle les soins et de soutien, et prévoit-elle des mécanismes de compensation pour les prestataires de soins et de soutien ?

Oui | Non

4.1 Si oui, prévoit-elle ?

☐ Un accès fiable aux produits de soin à domicile ?
☐ Une formation et un soutien pour les soins palliatifs ?
☐ Un rôle et des responsabilités clairement définis pour les soignants rémunérés ?
☐ Une compensation financière pour les aidants principaux et secondaires ?
☐ Une prise en charge globale (sociale et psychologique) pour les aidants non professionnels ?
☐ Une reconnaissance et une prise en compte de la charge et de l'impact des soins pour les femmes et les filles ?

Remarque : Si possible, fournir des données ventilées par âge concernant les aidants non professionnels : les femmes et les filles, par exemple les jeunes filles déscolarisées pour donner des soins, les grands-mères à la tête de ménages de petits-enfants, les femmes comme uniques chefs de familles.

Étape 2.4 • LA VIOLENCE SEXISTE (VS)

Question 1. La politique nationale sur le VIH et/ou l'égalité des sexes invite-t-elle, dans les interventions de lutte contre le VIH/SIDA, à reconnaître le lien entre la violence sexiste et le VIH,

dans le sens où la violence accroît le risque de transmission du VIH, notamment en situation de conflit et post-conflit?

1.1 Si c'est le cas, comment la question est-elle traitée dans les programmes et les services liés au VIH ?

Dans le cadre de l'action pour l'atteinte du résultat 1.2 du PSN, la prévention des IST/VIH prend en compte le contexte des femmes et notamment la question des violences fondées sur le genre (violence sexuelles)

1.2 Quelles sont les populations qui bénéficient de ces initiatives ?

Les populations exposées : femmes – filles et jeunes garçons

1.3 Si ce n'est pas le cas, pourquoi la question n'a-t-elle pas été abordée ?

Question 2. La politique nationale sur le VIH et/ou sur l'égalité des sexes invite-t-elle, dans les interventions de lutte contre le VIH/SIDA, à reconnaître le lien entre la violence sexiste et le VIH, dans le sens où la violence accroît le risque de transmission du VIH et où les personnes vivant avec le VIH subissent des violences en raison de leur séropositivité ?

2.1 Si c'est le cas, comment la question est-elle traitée dans les programmes et les services liés au VIH et quelles sont les populations qui bénéficient de ces initiatives ?

Question 3. Existe-t-il une politique (multisectorielle) en matière de lutte contre la violence sexiste ? Si c'est le cas, aborde-t-elle la question du VIH dans les programmes, les initiatives ou les services sectoriels de lutte contre la violence sexiste ?

Le Maroc a mis en place en 2002, une stratégie nationale de lutte contre la violence à l'égard des femmes. Après 10 ans de mise en œuvre les orientations de cette stratégie sont déclinées au niveau du PGE au niveau d'un axe 2 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et également au niveau de l'axe sur « le renforcement de l'accès égal et équitable aux services de santé » qui comprend 2 objectifs à savoir

- ✓ Renforcement des programmes de santé sexuelle et reproductive
- ✓ Amélioration de l'accès des femmes aux services de santé.

Le 2ème objectif définit un certain nombre d'actions relatives : prévention et contrôle des Infections sexuellement transmissibles et du VIH.
Cela pourrait par exemple se faire en proposant des conseils sur le VIH, en parlant du dépistage volontaire ou en proposant une prophylaxie post-exposition en cas de violence basée sur le genre.

3.1 Si c'est le cas, quelles sont les actions entreprises et les populations visées ?

3.2 Si ce n'est pas le cas, pourquoi la question n'est-elle pas abordée ?

Question 4. Existe-t-il des lois visant à réduire et à condamner la violence à l'égard des femmes et la violence sexiste ?

Oui**,** le projet de loin°103.13 relatif à la lutte contre la violence à l'égard des femmes, élaboré par le Ministère de la solidarité de la femme de la famille et du développement social, en collaboration avec le Ministère de la Justice et de Libertés et en concertation avec tous les acteurs, a été soumis au secrétariat général du gouvernement, puis présenté au Conseil de Gouvernement le 07 Novembre 2013.

Une commission ministérielle présidée par le chef du gouvernement, a été constituée pour l'étude et la révision du contenu du projet de loi et l'introduction des amendements conformément à une approche participative.

Le ministère travaille actuellement sur la révision du projet de loi suite aux différents avis et recommandations issues des différentes instances politique et instances des droits de l'Homme et mémorandum des ONG de la société civile pour que ce projet gagne le consensus national aspiré.

4.1 Si oui, comment les fait-on respecter ? S'il y a des restrictions, veuillez les décrire.

Question 5. Les interventions de lutte contre le VIH/SIDA s'attaquent-elles, de quelque façon que ce soit, aux attitudes (de tolérance) de la société face à la violence à l'égard des femmes et à la violence sexiste ?

Question 6. Les interventions de lutte contre le VIH/sida s'attaquent-elles, de quelque façon que ce soit, aux attitudes (de stigmatisation ou de tolérance) des agents des services publics (travailleurs de la santé, policiers, militaires, enseignants, etc.) face à la violence à l'égard des femmes et à la violence sexiste ?

6.1 Si oui, de quelle manière ? IEC – formation approche Droit

Remarque : Cela pourrait par exemple se faire à travers des supports d'information, d'éducation et de communication – IEC –, notamment avec différents types de campagnes ainsi que la formation et la sensibilisation du personnel de santé, des enseignants, des forces de l'ordre, des travailleurs des médias, etc.

6.2 Sinon, pourquoi ?

Question 7. Les pouvoirs publics et les partenaires, notamment les agences des Nations Unies, ont-ils conclu des partenariats avec les réseaux et les organisations œuvrant pour les droits des femmes et représentant les femmes vivant avec le VIH et/ou les transgenres et les populations clés, afin de développer et de mettre en œuvre des programmes et des initiatives qui s'attaquent à la VEF et à la VS dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida ?

7.1 Si ce n'est pas le cas, quelle en est l'explication ?

Question 8. Si le pays accueille des interventions d'aide humanitaire, y a-t-il un programme spécifique visant à lutter contre la violence sexiste et la violence à l'égard des femmes et des filles et à faire le lien avec le VIH ? Veuillez le décrire.

8.1 Si oui, offre-t-il des services de santé sexuelle et reproductive aux femmes et aux filles, aux hommes et aux garçons, ainsi qu'à toute population clé spécifique dans le contexte humanitaire ?

Étape 2.5 • DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS

Question 1. Le pays dispose-t-il d'une politique en matière de DSSR (autonome ou dans le cadre de la politique sur le VIH) qui reconnaît et prend en compte les liens entre le VIH, la santé maternelle et la santé infantile, ainsi que la santé des femmes au-delà de leur rôle dans la procréation, en tant que questions interdépendantes ? Si oui, veuillez la décrire.

Question 2. Quels sont les services de santé sexuelle et reproductive dont disposent les femmes et les filles, les femmes transgenres, les hommes et les garçons, et les populations clés dans le pays ? Quels services ne sont pas disponibles ?

2.1 Ces SSR sont-ils intégrés dans les services liés au VIH ?

2.2 Veuillez indiquer si les services proposés sont accessibles sur un pied d'égalité aux populations clés, notamment aux femmes transgenres, aux hommes homosexuels et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

2.3 Y a-t-il des signes de coercition, de discrimination et/ou de violence dans l'accès aux produits ou aux soins de santé, en particulier à l'encontre des femmes, des filles, des femmes transgenres, des hommes et garçons homosexuels ou d'autres populations clés ?

Question 3. Les engagements régionaux et internationaux en matière de droits et de santé sexuels et reproductifs concernant les femmes et les filles se retrouvent-ils dans les interventions de lutte contre le VIH/sida ? Si oui, de quelle manière ?

Question 4. Quels sont les obstacles et les défis les plus courants en matière d'égalité des sexes, concernant l'accès à des services et produits liés au HIV/aux DSSR intégrés sur le terrain ?

4.1 Comment ont-ils été identifiés ?

4.2 Comment ont-ils été pris en compte dans la stratégie nationale ?

Question 5. Y a-t-il des partenaires de développement et des organisations de la société civile qui fournissent des services clés liés au VIH, aux droits et à la santé sexuels et reproductifs et à la violence sexiste, notamment la violence à l'égard des femmes et des filles ainsi que les populations clés ?

Vous avez maintenant atteint la fin de l'étape 2 de la phase 3. Veuillez examiner et analyser les principales lacunes dans la lutte contre les différences entre les sexes dans les programmes sur le VIH et les résumer ci-dessous.

Remémorez-vous les questions de genre en rapport avec l'épidémie du VIH ainsi que les facteurs contextuels qui ont précédemment été identifiés.

Étape 3 : CONSIDÉRATIONS SEXOSPÉCIFIQUES SELON LES DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS

Étape 3.1 • LES FEMMES ET LES FILLES

Question 1. Existe-t-il une politique nationale sur l'égalité des sexes ?

Oui, il s'agit du plan gouvernemental pour l'égalité PGE.

Le Plan Gouvernemental pour l'Egalité « ICRAM» constitue le cadre de convergence des différentes initiatives visant l'autonomisation des femmes. Une des vertus de ce plan ICRAM est qu'il impose de facto, une démarche qui privilégie la transversalité, comme préalable aux analyses sectorielles.
Le plan gouvernemental« ICRAM » comprend 24 objectifs, traduits en 156 mesures. Il se base sur des principes fondateurs de la Constitution de 2011, qui aspirent à la construction de nouveaux rapports sociaux entre les femmes et les hommes, garantissant la participation équitable et égalitaire dans la conception et le suivi des politiques et des programmes de développement dans les différents domaines et le partage équitable et égal des bénéfices et des profits tirés de cette participation.

1.1 Cette politique s'attaque-t-elle efficacement aux problématiques suivantes concernant la vulnérabilité accrue au VIH et les entraves à l'accès, au recours et à l'adhésion aux services liés au VIH ?

Veuillez cocher les cases appropriées.

- ☐ L'égalité des sexes dans les relations intimes
- ☐ L'égalité des sexes dans les décisions familiales
- ☐ L'accès des femmes et des filles aux ressources financières (émancipation économique)
- ☐ L'accès des femmes et des filles à l'éducation, notamment à une éducation complète à la sexualité
- ☐ Faire évoluer les conceptions de la masculinité qui encouragent la prise de risques sexuels au détriment des comportements favorables à la santé
- ☐ L'accès à des moyens d'émancipation économique, notamment grâce aux microcrédits ou aux transferts d'argent
- ☐ La stigmatisation et la discrimination fondée sur le sexe des personnes vivant avec le VIH
- ☐ L'accès équitable aux services de santé, notamment de santé sexuelle et reproductive
- ☐ L'accès aux services sociaux
- ☐ L'égalité des sexes dans les politiques relatives au lieu de travail
- ☐ L'accès aux institutions judiciaires et aux forces de l'ordre, notamment pour connaître et faire valoir ses droits
- ☐ L'accès aux services de lutte contre la violence sexiste

1.3 La politique nationale sur l'égalité des sexes oriente-t-elle les interventions de lutte contre le VIH/SIDA de manière à reconnaître et à prendre en compte les aspects sexospécifiques de l'épidémie de VIH ainsi que les risques et la vulnérabilité spécifiques des femmes et des filles en matière de VIH, notamment celles issues des populations clés ? Oui/Non. Veuillez étayer votre réponse.

Le plan gouvernemental de l'égalité (PGE) 2012-2016 consacre un axe « Renforcement de l'accès égal et équitable aux soins de santé » avec un objectif spécifique : « Renforcement du programme de santé sexuelle et reproductive notamment à travers, la prévention, contrôle des infections sexuellement transmissibles et du VIH »

Étape 3.2 • LES HOMMES ET LES GARÇONS

Question 1. Les politiques nationales sur le VIH et/ou l'égalité des sexes orientent-elles les interventions de lutte contre le VIH/sida afin de travailler avec les hommes et les garçons pour remettre en question les normes culturelles et historiques néfastes pouvant avoir un impact négatif sur la vulnérabilité au VIH et l'accès/le recours aux services relatifs au VIH ?

Oui

Si oui, de quelle manière ?

Veuillez cocher les cases appropriées.

- ☐ Réfléchir à la manière dont les conceptions de la masculinité peuvent conduire à accroître le risque de contracter le VIH à la fois pour eux et pour leurs partenaires sexuels, notamment quand ils dissuadent d'avoir recours aux services liés au VIH et encouragent les comportements sexuels à risque ainsi que la violence sexiste
- ☐ Promouvoir des formes de masculinité positives qui favorisent l'accès à la santé

☐ Reconnaître les relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes, les garçons et les filles

☐ Comprendre et respecter les droits des femmes et des filles ainsi que ceux des populations clés, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les LGBT et les professionnels du sexe

☐ Reconnaître la stigmatisation et la discrimination subies par les femmes et les filles et par les populations clés dans de nombreux aspects de la vie (social, économique, politique, santé), de la sphère familiale aux relations de travail

☐ Combattre les conséquences des normes de masculinité pour les femmes et les filles ainsi que pour les populations clés, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les LGBT et les professionnels du sexe, en termes de recours aux soins (y compris aux services liés au VIH), de comportements sexuels à risque et de violence sexiste ?

Question 2. Cela a-t-il donné lieu à des programmes ou à des initiatives à l'échelle nationale ? Veuillez donner des exemples.

Programme de formation sur le genre, DH et VIH au profit des professionnels de santé et ONG.

Question 3. Quelle est l'efficacité de ces politiques dans la promotion du changement social ? Veuillez donner des précisions.

PSN, la stratégie nationale des Droits humains et VIH

Résultats des études « comportement à risque chez les PS », 2013, étude HSH, étude UDI

Étape 3.3 • LES POPULATIONS CLÉS

Question 1. Les politiques nationales sur l'égalité des sexes et le VIH et/ou le plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida reconnaissent-ils et prennent-ils en compte les risques et la vulnérabilité spécifiques des populations clés en matière de VIH ?

Oui

Question 2. La politique en matière de lutte contre le VIH/SIDA oriente-t-elle les programmes et les initiatives visant les populations clés de manière à ce qu'ils :

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐soient fondés sur les droits ?

☐réduisent les obstacles sexospécifiques à l'accès au diagnostic, au traitement et aux soins ?

☐combattent la stigmatisation et la discrimination sexistes ?

☐combattent la violence sexiste contre les populations clés ?

☐donnent les moyens aux populations exp (pas toutes les populations) de connaître et de faire valoir leurs droits humains ?

Étape 3.4 • LES JEUNES

Question 1. Le pays dispose-t-il d'une politique (autonome ou dans le cadre de la politique sur la lutte contre le VIH/sida) sur la jeunesse ou, s'il n'y a pas de politique spécifique en la matière, existe-t-il des règlements dans le cadre du système de santé et/ou des interventions de lutte contre le VIH qui s'intéressent à la vulnérabilité spécifique des jeunes ?

Oui, la stratégie nationale sur les jeunes a intégré la composante du VIH et une stratégie spécifique de prévention pour les adolescents et les jeunes les plus vulnérables a été initiée.

Question 2. Si oui, la politique comprend-elle des dispositions sur les aspects suivants :

Veuillez cocher les cases appropriées.

☐ L'accès à l'information sur la prévention, les soins et le soutien liés au VIH ?
☐ L'accès aux services de prévention, de soins et de soutien liés au VIH ?
☐L'accès aux préservatifs ?
☐ L'accès à l'éducation sexuelle ?
☐L'accès au dépistage du VIH ?pas pour les mineurs
☐ L'âge légal pour se procurer des préservatifs ?
☐ L'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive ?
☐ L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive ?
☐ L'accès à la planification familiale ?
☐ L'accès à l'avortement sans risque ?
☐ L'égalité d'accès entre les sexes?
☐ La protection contre la violence sexiste ?
☐ La protection à l'égard d'orientations sexuelles différentes ?
☐ La protection à l'égard des diverses identités sexuelles ?
☐ L'âge de la prise de décision en matière de traitement ?
☐ L'âge du mariage ?
☐ Le consentement des parents ou du conjoint pour entamer un traitement médical ? pas pour le conjoint

Question 3. De quelle manière la politique aide-t-elle les jeunes à se protéger contre la transmission du VIH, contre la violence sexiste, et en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment concernant les grossesses non désirées ? Veuillez donner des précisions.

A travers notamment les campagnes de sensibilisation et d'information.

Question 4. Les interventions nationales de lutte contre le VIH/sida comprennent-elles des programmes spécifiquement conçus pour répondre aux besoins et protéger les droits des jeunes issus des populations clés ? Veuillez donner des précisions.

Oui, dans le cadre du PSN 2012-2016, normes et standards de travail avec les PS et les HSH : prévention combinée auprès des populations clés, changement de comportement, l'estime de soi, pouvoir de négociation

Question 5. Veuillez indiquer si ces services spécifiques sont accessibles sur un pied d'égalité aux filles, aux jeunes femmes, aux garçons et aux jeunes hommes, y compris des populations clés.

Les femmes et les jeunes de 18 ans ont un accès limité à ces services. En milieu rural, l'accès à ces services est très faible

Les détenus n'ont pas accès aux moyens de prévention (préservatif et PES)

5.1 Les jeunes femmes, les jeunes hommes et les jeunes transgenres sont-ils en mesure d'accéder aux services et aux produits liés au VIH et aux DSSR dans les mêmes conditions que n'importe quel adulte ? Veuillez donner des précisions.

Les jeunes femmes, les jeunes hommes et les jeunes transgenres n'accèdent pas de manière égale que les adultes aux services et produits liés au VIH et à la SSR notamment : les mineurs n'ont pas droit au dépistage et aux moyens de prévention et au traitement sans l'accord du tuteur.

5.2 Y a-t-il des entraves sexospécifiques à leur accès ? Si oui, lesquelles ?

-Le taux d'analphabétisme qui touche les jeunes femmes rurales

-Mariage des filles mineures

- L'absence d'éducation sexuelle

-Contexte socioculturel

-L'insuffisance des services de proximité pour faciliter l'accès aux jeunes femmes et aux adolescentes

-La difficulté d'accès à l'information surtout dans le rural et les zones enclavées

PHASE 4

Analyser et utiliser les résultats de l'évaluation pour concevoir des interventions de lutte contre le VIH/sida prenant en compte la dimension de genre

Analyse de l'épidémie et du contexte	
Données épidémiologiques	**Contexte socioculturel, économique et politique**
• La prévalence du VIH au Maroc reste faible et relativement stable chez la population générale (autour de 0,16% fin 2013, 0,09 chez les femmes et 0,17 chez les hommes) et chez les femmes enceintes (0,1%). • La prévalence chez les 15-24 ans est estimé à 0.13% chez les hommes et 0,06% chez les femmes. • Le nombre estimé de nouvelles infections fin 2013 est environ 3100 cas, ce qui représente une incidence de 0,02% (MoT 2013). • Selon le sexe, 50% des cas notifiés sont de sexe féminin. • Ce pourcentage est de 59% parmi les jeunes de 15-24 ans. • Sur le total de cas de VIH identifiés au Maroc, 50% ont été notifiés au cours de la période 2009-2013, Par rapport à l'âge, 3% correspondent aux enfants de moins de 15 ans, 11% aux jeunes de 15-24 ans et 75% à la population entre 25-44 ans. • Selon l'étude réalisée sur les modes de transmission (MoT) 67,4% des nouveaux cas d'infection surviendraient dans les réseaux commerciaux de sexe (femmes PS, clients), des HSH et des UDI. La majorité des femmes infectées (70,7%) le seraient par l'intermédiaire de leur conjoint. La transmission entre conjoints stables représente 25% de l'incidence. • La région enregistrant la plus forte incidence étant Souss-Massa-Drâa suivie de Marrakech et Casablanca. • Le pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui connait les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejette les principales idées reçues concernant la transmission du VIH : Etude CAP, jeunes, 2012 : 22.2% (les deux sexes). • Les connaissances des jeunes sont plus élevées chez les garçons que les filles (pour toutes catégories d'âge) Les jeunes ayant déclaré, en 2013, avoir une activité sexuelle, 7,9%, ont, elles-mêmes ou leurs	• Certaines pratiques socioculturelles peuvent contribuer à accroître le risque de transmission du VIH notamment chez les femmes et les filles : grossesses non suivies/non contrôlées, soins dentaires non médicalisés, piercing des oreilles à la traditionnelle, saignée traditionnelle, mariage précoce, mariage forcé, viol conjugal (nuit des noces), violence sexuelle, accouchement traditionnel, rapports sexuels non protégées, multi partenariat chez les hommes comme preuve de masculinité. **Les inégalités de genre accentuent la transmission du VIH/sida par** : • Manque d'autonomie chez les femmes et les filles. • Diminution de la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive, • Manque d'accès à l'information concernant la prévention du VIH/sida, le dépistage et la prise en charge. • Absence de pouvoir de négociation de l'usage du préservatif (PS) • L'inaccessibilité au préservatif féminin. **Les inégalités entre les sexes** stimulent la dissémination du VIH/sida en affaiblissant l'aptitude des femmes à faire des choix judicieux au sujet : • Des questions sexuelles ou de santé de la reproduction, à rechercher des informations adéquates sur la prévention du VIH/sida et le dépistage, prendre les mesures nécessaires pour prévenir sa transmission et pour obtenir et adhérer aux traitements. • De la violence contre les femmes et les filles, qu'elle soit le fait de membres de la famille ou de proches, de partenaires ou d'étrangers, augmente le risque pour les femmes d'être infectées par le VIH , à cause des violences. • Les femmes n'osent pas déclarer leur statut VIH à leurs partenaires, repoussent la recherche de traitement ;

partenaires, déjà subi une grossesse non désirée, parmi elle, soit 70%, ont déclaré avoir subi un avortement, 5,8% des jeunes sexuellement actifs enquêtés, 1,41% de l'ensemble des enquêtés et 2,8% de l'ensemble des jeunes filles enquêtées. (Étude CAP 2012). • Toutes les études bio-comportementales comportent une section sur la stigmatisation et discrimination. Une étude stigma index est prévue à partir de janvier 2015.	• Sont moins en mesure d'adhérer aux régimes de traitement du VIH. Un accès inéquitable au traitement signifie qu'une moindre part de femmes est médicalement suivie en cas de maladies associées au sida, accentuant ainsi directement l'impact du VIH/sida. **Les déterminants sociaux** sont multiples et interviennent à tous les niveaux : • **Individuel** : dépendance (alcool, drogue), dépendance économique /financière (TS), analphabétisme, méconnaissance de la maladie, manque d'estime de soi, orientation sexuelle • **Sociétal** : inégalités économiques, disparités sociales (soins, informations éducation….), influence religieuse, influence culturelle

Analyse des interventions et des lacunes	
Politique actuelle en matière de lutte contre le VIH/sida	**Lacunes des programmes de lutte contre le VIH/sida**
• PSN : un plan stratégique national de lutte contre le sida pour assurer l'accès universel à la prévention, aux soins et à l'appui des personnes vivant avec le VIH. • Le plan stratégique constitue le cadre national dans lequel s'inscrivent toutes les interventions des différents acteurs à savoir : la société civile, les départements gouvernementaux, et les agences des Nations Unies, contribuant activement à l'atteinte des objectifs escomptés. • Le PNLS promeut le partenariat multisectoriel et appuie toute initiative visant l'intégration de la lutte contre le VIH dans les programmes de développement. • Les politiques nationales en matière de lutte contre le VIH prennent en compte la dimension genre et droits humains mais n'exploitent pas de façon globale les données par sexe : Femmes rurales/ Femmes en vulnérabilité socio-économique/Etudiantes/Femmes PVVIH/Mères célibataires/ Femmes plus âgées : dépistage du cancer du col lié au VIH. • Les politiques nationales en matière de lutte contre le VIH/SIDA se réfèrent et s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre des traités et conventions ratifiés par le Maroc. • Suite aux recommandations des revues de l'intégration du genre dans le PSN 2007-2011 et s'inscrivant dans les synergies nationales de promotion des droits des femmes, un agenda national sur les femmes, les filles, l'égalité des genres et le VIH/sida est mis en œuvre intégrant les actions de départements gouvernementaux concernés et associations.	• Absence de la dimension locale. • Pas de planification globale sexospécifique des populations ciblées par les programmes de riposte : les données ventilées par sexe ne sont pas intégrées aux cibles. • UDI femmes non ciblées spécifiquement. • Pas d'actions spécifiques aux personnes handicapées. • Non-implication des ONG thématiques dans la conception des politiques d'égalité des sexes. • Faible implication des associations des droits des femmes dans la conception des politiques nationales de lutte contre le VIH.

ANNEXE 2 : Membres du comité d'évaluation genre

NOM et Prénom	INSTITUTION
Dr AZIZA BENANI	Chef de Service, Programme National de lutte contre le sida, Ministère de la santé
Dr KAMAL ALAMI	Directeur de l'ONUSIDA/Maroc
Dr AMINA KHETANI	Programme National de lutte contre le sida
Mme MARIA FRIAS	ONUFEMMES
Mme SAIDA IDRISSI AMRANI	Consultante genre et VIH/sida

ANNEXE 3 : Références des documents en lien avec l'évaluation

- Ministère de la Santé : Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale, 2011
- Ministère de la Santé, PNLS : Études bio comportementales auprès des PS (2011-2012), HSH (2010-2011), UDI (2011-2012).
- Ministère de la Santé, PNLS : Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida 2012-2016
- Ministère de la Santé, PNLS : Rapport de la revue à mi-parcours de la déclaration politique sur le VIH/sida 2013 P
- Ministère de la solidarité de la famille développement social : Plan Gouvernemental de l'Egalité (2012-2016)
- Haut-commissariat au Plan : Enquête Nationale sur la Prévalence de la Violence à l'Egard des Femmes, 2009
- Haut-commissariat au Plan : Enquête Nationale sur l'Activité, l'Emploi et le Chômage, 2012
- Haut-commissariat au Plan : Enquête Nationale sur l'Activité, l'Emploi et le Chômage, 2012
- le Conseil Economique et Social et Environnemental(CESE) : Avis /rapports sur « la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie économique, sociale, culturelle et politique. » 2012 et 2014

ANNEXE 4 : Programme de l'atelier d'évaluation genre de la riposte nationale au sida

Mercredi 17 décembre 2014	
08h30	▪ Accueil des participant-e-s
09h00	▪ Mots d'ouverture : Ministère de la Santé, ONUSIDA, ONUFEMMES ▪ Présentation de la situation épidémiologique des femmes et des filles dans le contexte du VIH au Maroc
09h15	▪ Présentation des actions et mesures en faveur des femmes et des filles dans la riposte contre le VIH ▪ Présentation de l'outil d'évaluation basée sur le genre
10H00	**Pause-café**
10h15	▪ Présentation du déroulement de l'atelier ▪ Directives et répartition des groupes **Phase 2 :** ▪ Discussion autour de l'épidémie de VIH et du contexte ▪ Réactions aux réponses aux questions de l'Outil
13h00	**Pause Déjeuner**
14h00	▪ Réactions aux réponses aux questions de l'Outil (suite)
16h00	**Phase 3 :** ▪ Discussion autour des interventions nationales de lutte contre le VIH ▪ Réactions aux interventions nationales de lutte contre le VIH
17h30	Synthèse de la journée

Jeudi 18 décembre 2014	
9h00	▪ Evaluation de la première journée de travail **Phase 3 :** ▪ Suite des réactions aux interventions nationales de lutte contre le VIH
10h30	**Pause-café**
10h45	**Phase 3:** ▪ Réactions aux difficultés et formulation de critiques constructives ▪ Travail de groupe : définition des difficultés et propositions
12h30	**Pause Déjeuner**

14h00	**<u>Séance plénière</u> :** ▪ Synthèse des discussions de groupe ▪ Discussion approfondie autour des difficultés et propositions
15h30	**<u>Phase 4</u>** ▪ Planification : Lacunes et opportunités ▪ Définition des priorités
16h00	**<u>Séance plénière</u> :** ▪ Identification des prochaines étapes pour intégrer les résultats aux principaux processus nationaux
16h30	**Clôture de l'atelier**