

COMITE DE COORDINATION MAROC POUR LE SIDA ET LA TUBERCULOSE

Assemblée Générale

20 mars 2018

DÉTAIL DE LA RÉUNION					
Pays		Maroc	Nb. total de membres ayant le droit de vote présents (y compris les cotitulaires)		23 Tutlaires
Référence de la réunion		AGO 01/2018			
Date		20 mars 2018	Nb. total de membres d'entités autres que le ccm / observateurs présents (dont le personnel du secrétariat du ccm)		3
Coordonnées de la personne présidant la réunion					
Nom/organisation	Prénom	Zoubida	Le quorum a été atteint (oui ou non) ?		Oui
	Nom	BOUAYAD	Durée de la réunion (en heures)		3heures
	Organisation	SOS TB	Salle / lieu	DELM	
Rôle au sein du CCM	Présidente		Type de réunion	Assemblée Générale Ordinaire	

RESUME DES POINTS DE L'ORDRE DU JOUR	
Point 1	Situation actuelle du CCM/SP
Point 2	Renouvellement des membres du CCM mandat 2018-2020
Point 3	Etat d'avancement des subventions en cours
Point 4	Activités de la veille stratégique
Point 5	Echange d'informations sur la préparation des propositions régionales au Fonds mondial
Point 6	Divers

DEROULEMENT
Après vérification du quorum, la réunion a été ouverte par Mme la présidente qui a remercié les participants de leur présence notamment ceux et celles qui se sont déplacés de loin. Elle a rappelé le projet d'ordre du jour tout en invitant les participants à y introduire d'autres points sous le volet divers. N'ayant subi aucune modification, le projet d'ordre du jour a été validé. Egalement, le PV de la dernière réunion de l'Assemblée Générale tenue le 31 octobre 2017 a été validé par les membres.

En raison de l'engagement des responsables des UGFM et UGP/RSS dans d'autres événements, la réunion a commencé par le point 3 : état d'avancement des subventions en cours. Aussi, le point 4 « activités du comité de veille stratégique » a été avancé par rapport au point 3 sur le renouvellement afin de traiter d'abord les points concernant l'année 2017 avant de passer aux points de l'année 2018.

SITUATIONS EVENTUELLES DE CONFLITS D'INTERETS

Aucune situation de conflit d'intérêt n'a été déclarée.

DOCUMENTS D'APPUI DISTRIBUES

**Documents envoyés par Email
avant la réunion**

- **Projet d'ordre du jour ;**

**Documents distribués à la
réunion**

- **Projet d'ordre du jour ;**
- **PV de la dernière AG 31 octobre 2017 ;**
- **Synthèse de l'auto-évaluation à mi-parcours du
programme d'appui au RSS.**

Point N 3	Etat d'avancement des subventions VIH/TB et RSS
Résumé de la présentation et des questions traitées	
Situation des subventions VIH et TB 2014-2017 Mme Boutaina ELOMARI, coordinatrice de l'UGFM, a donné un aperçu global sur les principaux indicateurs des deux subventions VIH/TB pour l'année 2017 et sur le démarrage du nouvel accord de subventions VIH/TB pour la période 2018-2020. Les points saillants de la présentation sont : • Rappel du contexte de l'année 2017 marqué par la dernière année de la subvention, l'année de finalisation et de lancement des nouveaux plans stratégiques de lutte contre le VIH et la TB et l'année de préparation de la demande de nouvelles subventions 2018-2020. C'était aussi l'année de passage de la comptabilité de trésorerie à la comptabilité d'engagement et de finalisation du manuel de procédures. • Indicateurs VIH : ○ Indicateurs Impact-Effet : ▪ Taux de prévalence du VIH chez les UDI : 7,1% (cible <8%) avec des disparités entres les sites, Nador enregistre le taux le plus élevé ; ▪ Taux de prévalence du VIH chez les HSH : 4,5% (cible <5%). Casablanca enregistre un taux de 9% ; ▪ % de HSH rapportant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport anal : 50% (cible 60%), soit taux de réalisation de 90%. ○ Indicateurs de couverture auprès des populations clés tout en notant la généralisation du code unique en 2017 : ▪ PS : 43 754 (cible 53 250), soit un taux de réalisation de 82% ; ▪ HSH : 26 750 (cible 28 800), soit un taux de réalisation de 93% ; ▪ UDI : 769 (cible 800), soit un taux de réalisation de 96%. ○ Indicateurs de couverture (Dépistage VIH) : ▪ PS : 22 036 (cible 22 500), soit un taux de réalisation de 98% ; ▪ HSH : 13 100 (cible 11 250), soit un taux de réalisation de 116% ; ▪ UDI : 211 (cible 300), soit un taux de réalisation de 70%. ○ % de personnes recevant un traitement substitutif aux opiacés depuis au moins 6 mois : ▪ % de personnes recevant un traitement substitutif aux opiacés depuis au moins 6 mois : (223/234) 95% (cible (306/360) 85%), soit un taux de réalisation de 112% ; ▪ %de personnes Vivant avec le VIH adultes et enfants recevant une association d'ARV : (11635/25082) 46% (Cible (11044/25082) 44%), soit un taux de réalisation de 105%. Ceci sachant que le nombre de cas estimé durant la période devait être revu à la baisse (22 000). ○ Dépenses de la subvention sur toute la période (en Euro): ▪ 85% d'absorption globale toutes catégories de coûts confondues	

- L'analyse du reliquat du budget fait ressortir notamment d'économies sur la rubrique médicaments (29%) et sur la rubrique RH (30%) ;
- A noter également que la majorité des réallocations accordées ont été mises en œuvre
- Le taux d'absorption par entité de mise en œuvre varie entre 79% et 96% malgré les contraintes.
- En conclusion,
 - La majorité des objectifs et résultats ont été atteints ;
 - Contribution à la baisse de nouvelles infections VIH entre 2014 et 2017 qui ont passé de 1300 à 900 ;
 - Progression vers les objectifs 90 90 90 : amélioration de la connaissance du statut sérologique par les PVVIH estimée à 63% et taux de couverture des PVVIH par le traitement ARV qui est estimée à 48% en fin 2016.
- Principaux acquis :
 - Introduction et généralisation du code unique ;
 - Réalisation de plusieurs cartographies auprès des populations clés ;
 - Extension du dépistage VIH à plus de 1300 centres de santé ;
 - Adoption du « tester et traiter » et amélioration de la couverture en matière de personnes sous ARV.
- Principaux défis :
 - Résorption de la liste d'attente des personnes sous-méthadone ;
 - Manque de supervision au niveau du PR pour les structures de prise en charge VIH et les centres de dépistage ;
 - Instabilité dans les délais de lancement et livraison des commandes sur le budget de l'Etat (risque de rupture et/ou de péremption) ;
 - Opérationnalisation des mécanismes de recours de la stratégie Droits humains et VIH.

• **Indicateurs TB :**

- Indicateurs Impact-Effet :
 - TB I-3 : Taux de mortalité par tuberculose (pour 100 000 habitants) : le taux de réalisation a atteint 78% ce qui reste une contreperformance puisque la cible était d'avoir un taux de 7,3% alors qu'il se maintenait au 31 décembre à 9,3% ;
 - TB O-4 : Taux de succès thérapeutique- tuberculose multirésistante (MDR-TB) : % de cas de tuberculose résistante à la rifampicine (RR-TB) et/ou multirésistante (MDR-TB) bactériologiquement confirmée, traités avec succès : 56% rapport à une cible de 50%, soit un taux de réalisation de 112% ;
 - TB O-5 : couverture de traitement de la TB: % nouveaux cas et rechutes qui ont été notifiés et traités parmi le nombre estimé de cas de TB dans la même année (toutes formes de TB - bactériologiquement confirmées et cliniquement diagnostiquées) : 87,6% rapport à une cible de 86%, soit un taux de réalisation de 102%.
- Indicateurs de couverture :
 - DOTS-1a : Nombre de cas notifiés, toutes formes de tuberculose : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée cliniquement (nouveaux cas et rechutes) : 14 558 pour une cible de 15 700, soit un taux de réalisation de 93% ;
 - TCP-2 : Taux de succès thérapeutique - toutes formes : Pourcentage de cas de tuberculose (toutes formes : bactériologiquement confirmée + diagnostiquée

cliniquement) traités avec succès (patients guéris et dont le traitement est terminé) parmi les cas de tuberculose, toutes formes, enregistrés pour le traitement pendant une période spécifiée (nouveaux cas et récidives) : 83% pour une cible de 88%, soit un taux de réalisation de 94% ;

- TB/HIV-6 : Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH, sous traitement antirétroviral au cours du traitement de la tuberculose : 88% pour une cible de 92%, soit un taux de réalisation de 96% ;
- MDR TB-3 : Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou multirésistante qui ont commencé un traitement de deuxième intention : 217 pour une cible de 240, soit un taux de réalisation de 90%.
- Dépenses de la subvention sur toute la période (en Euro) :
 - 87% d'absorption globale toutes catégories de coûts confondus ;
 - L'analyse du reliquat du budget fait ressortir 39% sur les RH, 30% sur la formation et assistance technique et 28% sur le S&E ;
 - Le taux d'absorption par entité de mise en œuvre varie entre 74% et 90% malgré les contraintes tout en notant qu'un SR n'a pas réalisé d'activités.
- En conclusion,
 - Atteinte des objectifs et résultats fixés :
 - Taux de détection : 91% ;
 - Taux de succès thérapeutique de la TB sensible : 81% ;
 - Taux de succès thérapeutique pour les TBMR : 56% ;
 - Taux d'absorption à hauteur de 87%.
- Principaux défis :
 - Manque de supervision au niveau du PR à tous les niveaux central et régional ;
 - Instabilité dans les délais de lancement et livraison des commandes sur le budget de l'Etat (risque de rupture et/ou de préemption).

Situation des subventions VIH et TB 2018-2020

- Réception du courrier officiel du Fonds mondial avec l'autorisation d'utiliser les fonds reliquats pour le démarrage (bridge) ;
- Ouverture des nouveaux comptes au niveau du PR et des SR ;
- Envoi des virements pour les SR ;
- Signature des conventions avec le Fonds mondial en mars 2018 ;
- Evaluation externe par le FM des programmes de proximité auprès des HSH, PS et UDI au mois de février.

A venir :

- Signature des conventions avec les SR ;
- Evaluation à mi-parcours du programme RSS axé sur le programme TB ;
- Evaluation des sous-bénéficiaires avec mise à jour de l'outil d'évaluation ;
- Démarrage des activités à tous les niveaux à intensifier pendant les prochaines semaines ;

Situation de la subvention RSS

Dr IDRISSE AZZOUZI, coordinateur de l'UGP/RSS, a présenté la situation de la subvention RSS. Il s'agit en fait des résultats de l'auto-évaluation à mi-parcours de la 5^{ème} réunion de suivi du PRSS. Il a commencé par rappeler que l'objectif de cette auto-évaluation qui visait un retour d'expérience à mi-parcours permettant de faire le suivi des réalisations du PRSS sur les plans programmatique, financier et atteinte des cibles du cadre de performance, formuler des recommandations pour améliorer la gouvernance du programme et la mise en place d'un planning pour rattraper les retards.

Il a fait un rappel de la structure modulaire du programme RSS et de sa gouvernance. En effet, le programme est organisé en 6 modules, 14 interventions et 160 activités. Le programme est aussi structuré en 7 projets dont la révision et l'intégration du paquet minimum de services constitue l'axe central stratégique. Dr IDRISSE AZZOUZI a aussi rappelé la cartographie des bienfaits par rapport aux objectifs stratégiques avant de présenter l'état d'avancement programmatique.

En effet, 126/160 activités, soit 78 % de l'ensemble des activités du programme qui est étalé sur 3 ans, ont été programmées pour la première année. Ces activités concernent 75% du budget de la subvention. A la fin de la période :

- 37 activités sont terminées ;
- 15 commencés ;
- 24 en cours ;
- et 50 non commencées (reportés à la période suivante).

Le retard accusé au démarrage (4 mois), les difficultés liées à la réalisation des assistances techniques (31 AT durant cette période) et les conditions suspensives du FM pour certaines activités ont eu une influence négative sur le nombre d'activités réalisées et donc l'absorption de la subvention.

Les cibles du cadre de performance se résument comme suit :

Indicateurs	Cible 2017	Réalisation	Commentaires
Nombre de décès liés au SIDA pour 100,000 habitants	600	Rapport ONUSIDA Les décès sont estimés à 700 en 2016 (numérateur)	Les estimations sont revues chaque année par Spectrum avec effet rétrospectif sur les estimations précédentes de ce fait, l'estimation a été revue à la hausse en 2016 et la valeur de 700 a été retenue Sur le PUDR, une valeur de 600 a été retenu pour 2017 (reportée en 2018) et de 500 pour 2018 (reportée en 2019)
Nombre de consultations externes pour 10 000 habitants	A déterminer	0.62	Ces données ont été validées par la DPRF Cette valeur constitue la Baseline pour 2018
Nombre de CS offrant le PMS révisé	10	10 (100 %)	Voir commentaire en bas de page
Nombre d'agents de santé nouvellement recrutés dans les centres de premier contact dans les 12 derniers mois déclinés en % des cibles de recrutement planifiés	55 %	76 %	La valeur cible étant 55% et le taux de réalisation de 76 %. Cet indicateur dépasse 100% Les résultats au niveau de Direction des Ressources Humaines / Division du Personnel

Ainsi, les principaux constats sont :

- Retard du démarrage du programme ;

- Prévisions programmatiques initiales trop ambitieuses ;
- Processus de mobilisation des AT trop lourd ;
- Retard dans la levée des conditions suspensives ;
- Faible institutionnalisation de la Gestion de Projet ;

Modifications prévues du programme : Demande de réallocation de 4 millions d'économies :

1. Réaménagement de 4 Laboratoires régionaux de biologie (LRB) ;
2. Acquisition de deux laboratoires de simulation ;
3. Renforcement des capacités en gestion de projet en faveur de structures de mise en œuvre de la subvention RSS y compris acteurs associatifs ;
4. Edition et impression de rapports non prévus initialement ;
5. Adaptation du Paquet minimum de service aux unités de santé des prisons ;
6. Organisation de réunions de suivi du volet communautaire.

En plus de ces demandes de réallocation, la DELM a proposé deux demandes de reprogrammation :

- Elaboration d'un didacticiel de formation pour la TB ;
- Elaboration d'un guide de prévention en addictologie.

Résumé des contributions / préoccupations / questions et recommandations spécifiques soulevées par les membres ou les secteurs :

Résumé des discussions des subventions VIH/TB 2014-2017 :

Les échanges ont porté essentiellement sur les points suivants :

- **Code unique** : Pour quand le code unique pour tous les patients PVVIH ?
le processus avec les populations clés a démarré depuis 2013 et il a fallu pratiquement 3-4 ans pour le généraliser. Pour les PVVIH, la discussion est en cours pour opter pour le numéro de la CIN. Le programme pousse pour utiliser le code unique afin de faciliter le suivi (cascade) des patients lorsqu'ils entrent dans le circuit de la prise en charge.
- **Avancement de l'instauration d'un système de suivi au niveau national** : Le FM a validé l'achat des équipements à condition que la MS y contribue et n'a validé la partie soft (architecture seulement) que vers fin septembre ce qui n'a pas laissé le temps pour la réalisation de cette architecture (fin de la subvention). Le programme négociera pour NADIS et dossier du malade pour la subvention encours. L'accent a été mis sur l'importance de ce code unique pour le suivi des PVVIH n'est-ce que pour pouvoir réaliser les études et les indicateurs de suivi (taux de décès, taux de réussite et d'échec thérapeutique, etc.).
- **Révision de la cible des UDI puisque le taux à atteint les 112% ?** : En réponse à cette question, il a été précisé qu'il s'agit du taux de rétention de personnes sous méthadone après 6 mois de traitement. Ce taux montre la faisabilité de la méthadone et il faudrait peut-être revoir à la hausse les taux de recrutement des bénéficiaires afin de réduire la liste d'attente.

Résumé des discussions des subventions RSS :

- Présentation plutôt axée sur des aspects de gouvernance, très importants pour la gestion du programme, mais le CCM s'attendait, d'un point de vue suivi, plutôt à avoir des éclaircissements

sur l'état d'avancement de la subvention en termes d'activités, d'indicateurs de performance et d'absorption du budget. Autrement dit, le CCM s'attendait plus à connaître l'impact des activités du programme sur le terrain.

- Dr IDRISS AZZOUZI a précisé qu'il a fait le choix de présenter le volet stratégique du programme et les différentes contraintes liées à son management. Toutefois, il a promis de se focaliser plus sur le cadre de performances (indicateurs) lors de la prochaine réunion du CCM.
- **GeneXpert** : Le programme prévoit l'achat et la distribution mais ceux déjà disponibles sont sous-utilisés notamment à Casablanca. Il va falloir penser à assurer la continuité de leur utilisation. Il a été précisé que le programme PNALT assurera l'installation d'au moins un appareil par région et son fonctionnement (consommables, etc.).
- **Indicateur Agents de santé formés** : Le taux est à 75% par rapport à une cible de 55% mais lors des visites de terrain, le manque de RH est un élément qui revient toujours et partout notamment dans les centres de prise en charge des PVVIH.
- **La demande de réallocation** : Elle prévoit le réaménagement de laboratoires régionaux. Est-ce que ces laboratoires vont aussi servir à l'hépatite ? En réponse à cette question il a été clarifié que la subvention RSS ne prévoit pas l'achat de GeneXpert. Les laboratoires une fois réaménagés serviront aussi bien au VIH qu'à la TB et l'hépatite.
La demande de réallocation prévoit également le renforcement de capacités en gestion de projets. Une fiche technique sur cette formation a été envoyée aux membres du CCM. Le CCM aimerait bien savoir comment le PRSS impacterait les programmes VIH et TB. En réponse, il a été précisé qu'on est actuellement dans une phase d'implantation du projet et non dans l'analyse de l'impact. Il a été précisé que la subvention PRSS n'est pas un appui direct aux programmes de VIH ou TB, il ne faudrait donc pas s'attendre à des actions avec des résultats à court terme. Le PRSS a pour objectif d'apporter un changement à long terme en réduisant les contraintes auxquelles font face les programmes VIH et TB et de système de santé afin d'en assurer la durabilité. Ce qui est attendu de cette subvention c'est L'intégration des VIH et TB dans le paquet minimum de services, le renforcement du partenariat avec les communautés cible. Il a été aussi mentionné le manque de visibilité sur le suivi par le CCM des indicateurs de performances.
- **Guide de prévention d'addictologie** : l'UGP/RSS attend l'accord du FM.
- **Equiperment des centres de santé, de quels équipements s'agit-il ?** Il s'agit d'équipements au niveau de la première ligne de 50 centres de santés et aussi de 10 ONG dans la région pilote (Fès-Meknès).

Décisions prises et modalités de prise de décisions

Mesures prises, le cas échéant, /Principal responsable/échéance

Il a été convenu de faire une recommandation au FM par le CCM. Une recommandation afin pour que FM atténue sa lenteur à donner son feedback. Cette lenteur impacte aussi bien la mise en œuvre des différentes subventions que le fonctionnement du CCM.

Point N 4	Activités de la veille stratégique : Visite de terrain de décembre 2017										
Résumé de la présentation et des questions traitées											
Activités de la veille stratégique : Dr Alami a précisé que durant le dernier trimestre de 2017 le comité de veille stratégique a poursuivi ses activités. Le comité a tenu une réunion de suivi des tableaux de bord VIH/TB et aussi les performances du PRSS malgré l'absence d'un tableau de bord et d'indicateurs pour ce programme. Il a ensuite introduit la visite de terrain effectuée en fin décembre à Rabat Casablanca. M. DADSI c'est chargé de présenter la synthèse du rapport de cette visite. Les principaux points saillants de la synthèse : • Le choix de Casablanca se justifie par étant la région qui enregistre le plus grand nombre de cas TB notifiés et Rabat par étant la 4^{ème} région en terme de nombre de PVVIH ; • Rappel des objectifs des visites de terrain qui permettent de renforcer le dispositif de suivi des activités sur le terrain ; • Rappel des différentes structures visitées ainsi que les participants : <table border="1" data-bbox="150 1016 1439 1442"> <thead> <tr> <th data-bbox="150 1016 245 1072">Domaines</th><th data-bbox="245 1016 1439 1072">Structures visitées</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="150 1072 245 1290">VIH</td><td data-bbox="245 1072 1439 1290"> • La prise en charge globale des PVVIH (Adultes et enfants) • La PTME • La prévention auprès des populations vulnérables (migrants, TS HSH, etc.) </td></tr> <tr> <td data-bbox="150 1290 245 1442">TB</td><td data-bbox="245 1290 1439 1442"> • Centre Référent de prise en charge des PVVIH • Service de Pédiatrie I • Association Soleil • OPALS • ALCS </td></tr> <tr> <td data-bbox="150 1290 245 1442"></td><td data-bbox="245 1290 1439 1442"> • La prise en charge de la tuberculose inclus les MDR/XDR • Les établissements pénitenciers (mieux à haut risque VIH/TB) </td></tr> <tr> <td data-bbox="150 1290 245 1442"></td><td data-bbox="245 1290 1439 1442"> • CDTMR de Ben Msik, Casablanca • Hôpital 20 Aout • Prison de Casablanca </td></tr> </tbody> </table> • Les principaux points forts de la mise en œuvre des deux programmes, les contraintes et les points à améliorer et les différentes recommandations formulées au niveau de chaque structure visitée ; • Le rapport détaillé de cette visite de terrain a été partagé avec les membres du CMM au mois de janvier 2018.		Domaines	Structures visitées	VIH	• La prise en charge globale des PVVIH (Adultes et enfants) • La PTME • La prévention auprès des populations vulnérables (migrants, TS HSH, etc.)	TB	• Centre Référent de prise en charge des PVVIH • Service de Pédiatrie I • Association Soleil • OPALS • ALCS		• La prise en charge de la tuberculose inclus les MDR/XDR • Les établissements pénitenciers (mieux à haut risque VIH/TB)		• CDTMR de Ben Msik, Casablanca • Hôpital 20 Aout • Prison de Casablanca
Domaines	Structures visitées										
VIH	• La prise en charge globale des PVVIH (Adultes et enfants) • La PTME • La prévention auprès des populations vulnérables (migrants, TS HSH, etc.)										
TB	• Centre Référent de prise en charge des PVVIH • Service de Pédiatrie I • Association Soleil • OPALS • ALCS										
	• La prise en charge de la tuberculose inclus les MDR/XDR • Les établissements pénitenciers (mieux à haut risque VIH/TB)										
	• CDTMR de Ben Msik, Casablanca • Hôpital 20 Aout • Prison de Casablanca										
Résumé des contributions / préoccupations / questions et recommandations spécifiques soulevées par les membres ou les secteurs :											

<u>Résumé des discussions :</u>	
- Pourquoi pas la région Souss-Massa ? : Il a été précisé que cette région avait déjà été visitée mais peut être la prochaine fois. Le comité essaye de diversifier les régions à visiter afin de couvrir tous les sites concernés. - Est-ce qu'il y a un espoir de voir le « cotiférent » exécuté dans les CDTMR qui n'existe actuellement que dans le secteur privé ? : Ce test de TB est très efficace mais aussi coûteux (1000 à 1500 DH dans les labos privés à Casablanca). Il donne le même résultat que la Tuberculine mais celle-ci n'est plus disponible dans les labos publics.	
Décisions prises et modalités de prise de décisions	
Mesures prises, le cas échéant, /Principal responsable/échéance	

Point N 1	Situation actuelle du CCM
Résumé de la présentation et des questions traitées	
Situation actuelle du CCM : Mme la présidente a donné un aperçu global sur la situation actuelle du CCM. Elle a rappelé les difficultés auxquelles le fonctionnement du CCM a fait face depuis pratiquement le mois de septembre 2017 dues essentiellement à la résiliation de la convention de gestion par Tanmia et les délais d'approbation par le FM. Actuellement, la situation a été débloquée par : - La signature d'une nouvelle convention avec l'AMPF pour gérer les fonds et le personnel du CCM. Mme la présidente a saisi cette occasion pour remercier, au nom du CCM, Mme Bakhadda (directrice exécutive) et l'AMPF d'avoir débloqué cette situation ; - l'autorisation par le FM d'utiliser le reliquat du budget 2017 dans l'attente de la validation de la proposition du budget 2018 ; - La passation du reliquat du budget et des biens non financiers a été faite entre Tanmia et l'AMPF. La validation et le décaissement du budget 2018 par le FM se fera une fois la vérification des dépenses 2016 et 2017 soit finalisée par le LFA la semaine du 02 avril. Elle a ensuite présenté la nouvelle équipe du secrétariat permanent et son rôle pour assurer le bon fonctionnement du CCM.	
Résumé des contributions / préoccupations / questions et recommandations spécifiques	

soulevées par les membres ou les secteurs :
<u>Résumé des discussions :</u>
Décisions prises et modalités de prise de décisions
Mesures prises, le cas échéant, /Principal responsable/échéance

Point N 2	Renouveau des membres du CCM
------------------	------------------------------

Résumé de la présentation et des questions traitées

Renouveau des membres du CCM :

Mme El Aouad, présidente du comité de renouvellement, a présenté l'état d'avancement du processus de renouvellement tout en rappelant que le mandat du CCM actuel a été reconduit jusqu'à fin mars.

Les principaux points de sa présentation :

- Rappel du contexte :
 - Prorogation du mandat des membres actuels jusqu'à fin mars 2018 au lieu de juin 2017 avec l'accord du Fonds mondial ;
 - Mise en place d'un comité de renouvellement multisectoriel avec des TdR et une feuille de route ;
 - Le Comité a été mandaté par le CCM pour piloter le processus de renouvellement conformément aux décisions et orientations suivantes :
 - Capitaliser sur le processus mené en 2014 ;
 - Mener des processus de sélection/élection plus légers et moins coûteux en temps et en fonds par rapport à celui de 2014.
 - Recours à l'assistance technique de l'initiative 5% pour appuyer le renouvellement des ONG Thématiques et locales membres :
 - Consultant sélectionné ;
 - Dates de la mission : en cours de finalisation.

Les travaux du comité de renouvellement ont permis de :

- Arrêter la composition du nouveau CCM :

Secteur	Sièges attribués		Modalité sélection/élection
	Titulaire	CoTitulaire	
Secteur gouvernemental + CNDH, INDH et Fondation	11	11	Désignation

Mohamed V			
Système des Nations Unies et Coopération bilatérale et multilatérale			
Système des Nations Unies	2	2	Sélection par les NU
Coopération bilatérale et multilatérale	2	2	Sélection par le secteur
Secteur non gouvernemental (Associations, secteur privé et universitaire)			
Secteur privé médical et entreprise	2	2	Sélection par le secteur
Secteur universitaire	1	1	Sélection par le secteur
Associations expérimentées VIH/SIDA ou de réduction des risques	5	5	Expert Initiative 5%
Associations expérimentées TB	1	1	Expert Initiative 5%
Associations locales SIDA/RDR et TB	4	4	Expert Initiative 5%
Réseau d'Associations féminines	1	1	Sélection par le secteur
Réseau d'Associations des droits humains	1	1	Sélection par le secteur
Représentants des populations clés (PVVIH, TB, PS, HSH et UDI)	5	5	Sous-comité de sélection
TOTAL sièges	35	35	

- Les résultats provisoires suivants :

Secteur	Sièges attribués		Sièges confirmés	
	T	CoT	T	CoT
Système des Nations Unies et Coopération bilatérale et multilatérale				
ONUSIDA (T) et UNICEF (CoT)	1	1	1	1
OMS (T) et FNUAP (CoT)	1	1	1	1
UE	1	1	1	----
Coopération Espagnole pour le Développement	1	1	1	----
Secteur non gouvernemental				
Secteur privé médical	1	1	1	1
CGEM	1	1	X	X
Secteur universitaire	1	1	1	1
Réseau d'Associations des droits humains	1	1	1	1
Réseau d'Associations féminines	1	1	1	1
Associations expérimentées VIH/SIDA ou de réduction des risques	5	5	En cours	En cours
Associations expérimentées TB	1	1	En cours	En cours
Associations locales SIDA/RDR et TB	4	4	En cours	En cours
Représentants des populations clés (PVVIH, TB, PS, HSH et UDI)	5	5	En cours	En cours
TOTAL sièges	24	24	8	6
Secteur gouvernemental + CNDH, INDH et Fondation Mohamed V				
Ministère de la santé	2	2	2	2
Ministère des Habous et des Affaires Islamiques	1	1	1	1
Forces Armées Royales	1	1	1	1
Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion	1	1	1	1
Ministère de l'Education Nationale	1	1	1	1
Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille, de l'Egalité et du Développement	1	1	1	En cours
Ministère de l'Economie et des Finances	1	1	1	En cours
Conseil National des Droits humains (CNDH)	1	1	1	1
INDH	1	1	X	X
Fondation Mohammed V pour la solidarité	1	1	X	X
TOTAL sièges	11	11	9	7

		35	35	17	13
--	--	----	----	----	----

TOTAL sièges attribués		TOTAL sièges potentiels/confirmés			
Titulaires	Suppléants	Titulaires		Suppléants	
35	35	Potentiels*	Confirmés	Potentiels*	Confirmés
		32	17	26	13

*Total sièges que les candidatures et désignations reçues permettront de remplir.

Résumé des contributions / préoccupations / questions et recommandations spécifiques soulevées par les membres ou les secteurs :

Résumé des discussions :

Les échanges ont principalement porté sur la mission du consultant de l'Initiative 5% pour appuyer le CCM dans le processus de renouvellement de ses membres, les représentants des OSC en particulier. Ci-après les points saillants :

- Dr Zied MHIRSI a été sélectionné pour mener cette mission. Il a proposé de faire une première visite au Maroc à partir du 28 mars ;
- Le consultant devra travailler avec les ONG pour convenir du processus à mettre en œuvre. Ainsi, il va falloir vérifier les disponibilités des ONG candidates avant de confirmer les dates de la mission. En effet, une réunion de cadrage est prévue avec le consultant pour cadrer son intervention. L'accent a été mis sur l'importance de s'inspirer du processus de 2014 tout en cherchant à avoir une modalité de sélection/élection plus souple et bien documentée.

Décisions prises et modalités de prise de décisions
--

- Fixation de la date du 29 mars d'une réunion du comité de renouvellement avec le consultant afin de cadrer la mission de s'entretenir avec les ONG afin de convenir du processus.
- Mener deux missions, la première pour la définition du processus et la deuxième pour le mettre en œuvre.
- Proposer au consultant les dates du 27 mars au 02 avril pour la première mission et les dates de la 2^{ème} seront discutées lors de la réunion du 29 mars et en fonction des modalités à mettre en œuvre.

Mesures prises, le cas échéant, /Principal responsable/échéance
--

Point N 5	Echange d'informations sur la préparation des propositions régionales au Fonds mondial
------------------	--

Résumé de la présentation et des questions traitées
--

Dr Alami a fait une présentation sur le mécanisme de financement 2017-2019 du FM pour lequel seuls les mécanismes de coordination régionale et les organisations régionales peuvent soumettre à un appel à proposition. Il a surtout mis l'accent sur l'approche multi-pays qui est l'un des éléments des investissements à effet catalyseur. Il a aussi présenté les conditions d'éligibilité des organisations régionales et aussi des candidatures. Il a souligné la nécessité d'avoir l'approbation

des CCM pour qu'une candidature soit éligible d'où l'importance de l'implication du CCM dans le processus de concertation régionale. Egalement, Dr Alami a expliqué le processus de concertation en cours que ce soit au national (Maroc) ou au niveau de la région MENA. VIH : Pérennité des services pour les populations clés dans la région MENA est un appel à proposition pour une subvention de 7,5 million USD. Deux coalitions régionales sont en train de préparer leurs propositions. Il s'agit de : • MENAH qui propose l'Alliance Internationale comme BP et bénéficie de l'appui de l'ONUSUDA et l'OM au niveau régional ; • MENAL qui bénéficie de l'appui du PNUD (Régional) qu'il propose comme BP. Un effort de coordination afin de développer une vision commune est mené par l'AMSED qui membre de L'Alliance Internationale. Il été bien précisé que le CCM pourra appuyer les propositions des deux coalitions.
Résumé des contributions / préoccupations / questions et recommandations spécifiques soulevées par les membres ou les secteurs :
<u>Résumé des discussions :</u> Les discussions ont fait ressortir l'importance de déterminer des critères sur la base desquelles le CCM appuiera les propositions. Ci-après les 3 principaux critères proposés : • La proposition doit contenir des composantes suffisantes pour le Maroc et qui cadrent avec les subventions en cours et avec la PSN ; • Participation des ONG du CCM à l'élaboration de la proposition ; • Implication du CCM dans le processus du dialogue pays et régional.
Décisions prises et modalités de prise de décisions
Dossier à suivre
Mesures prises, le cas échéant, /Principal responsable/échéance