PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE DE MADAGASCAR

SECRETARIAT GENERAL

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT EXECUTIF

RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU SIDA A MADAGASCAR

Période considérée :

Janvier 2012 – Décembre 2013

Avril 2014

Sommaire

I) Aperçu de la situation

1. Processus de rédaction du rapport
2. Situation actuelle de l'épidémie
3. Tableau des indicateurs

II) Descriptif de l'épidémie

III) Riposte nationale au sida

1. Les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période 2012-2013
2. Les liens entre l'environnement politique
3. Nouvelles directives et mise en œuvre de la réponse
4. Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques et stratégies

IV) Meilleures pratiques

V) Principaux défis et solutions

VI) Soutien des partenaires du développement

VII) Suivi et évaluation

Acronymes

AAH	:	Alignement, Appropriation, Harmonisation
ARV	:	Antirétroviral
AGR	:	Activités génératrices de revenus
BIT	:	Bureau International du Travail
CDI	:	Consommateur de drogue injectable
CNLS	:	Comité National de Lutte Contre le Sida
GIZ	:	Deutsche Gesellchaft für Internationale Zusamnenarbeit (Coopération Allemande)
CPN	:	Consultation Pré-natale
CECJ	:	Centre d'écoute et de conseils juridiques
CCM	:	Country Coordinating Mechanism
ENSOMD	:	Enquête Nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
ESB	:	Enquête de surveillance biologique
ESBC	:	Enquête de surveillance biologique et comportementale
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GESIS	:	Gestion du Système d'Information Sanitaire
HSH	:	Homme ayant des rapports sexuels avec un homme
IST	:	Infection sexuellement transmissible
JICA	:	Japan International Cooperation Agency
NASA	:	National Aids Spending Assessment
NCPI	:	National Commitments and Policy Instrument
MINSANP	:	Ministère de la Santé Publique
MIO	:	Médicaments pour les Infections Opportunistes
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le développement
OEV	:	Orphelins et enfants vulnérables
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OSC	:	Organisation de la Société Civile
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	:	Professionnels de sexe
PEC	:	Prise en charge
PSN	:	Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida
PTME	:	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH
SE/CNLS	:	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida
SIDA	:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
UNICEF	:	United Nations Children's Fund
VIH	:	Virus de l'Immuno Déficience Humaine

I. Aperçu de la situation

1. Processus de rédaction du rapport

Le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS), en collaboration étroite avec l'ONUSIDA, a commencé la préparation de l'élaboration et la rédaction du « Global Report 2014 » dès le début de l'année 2014. Le processus a été focalisé sur les quatre points techniques suivants : (i) l'estimation et de projection (Spectrum) ; (ii) les dépenses liées au VIH (NASA) ; (iii) les indicateurs de base du « Global Report » et (iv) le rapport narratif.

*1.1 **Réunion préparatoire : mise en place de l'équipe technique***

- Réunions de travail préalables organisées avec des personnes ressources provenant de l'ONUSIDA, du Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS), du Programme National de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé Publique (PNLS/MINSANP), du Service des Statistiques Sanitaires/MINSANP, de l'UNICEF et de l'OMS. Ces réunions avaient pour objectif de (1) établir le chronogramme des activités de préparation du rapport, (2) faire une revue des indicateurs à rapporter (définitions, méthode de collecte) pour la préparation de la collecte des informations ;
- Réunion de lancement du processus d'élaboration du rapport national avec les différents partenaires nationaux et internationaux suivi de discussion sur la feuille de route pour développer le rapport national ;
- Spectrum : séances de discussion avec les membres du groupe technique de suivi et évaluation sur les mises à jour nécessaires de la projection des estimations : nouveautés sur le logiciel, données à utiliser et définition des hypothèses ;
- NASA : Envoi des fiches – fiches de collecte des réalisations techniques aux différents points focaux de toutes les institutions (secteur public, secteur privé, ONG/Associations, partenaires internationaux), suivi des séances d'information - explication sur la collecte d'informations et réalisations techniques ;
- Indicateurs techniques : séances de discussion technique avec les membres du groupe technique de suivi et évaluation sur les mises à jour des indicateurs du pays suivant le changement dans les définitions des indicateurs ; inventaire et mise à jour des nouvelles données disponibles, récapitulation des situations du pays en 2013;
- Partage des données mises à jour aux premiers responsables pour informations et feedbacks (SE/CNLS, ONUSIDA, PNLS, UNICEF, OMS).

1.2 **Mise à jour du Spectrum** :

(i) Introduction de toutes les données mises à jour dans le logiciel ; discussion sur les premiers résultats ;

(ii) Préparation du fichier à envoyer à l'ONUSIDA et sortie des résultats de la projection du pays ;

(iii) Réunion de validation officielle des résultats de la projection du pays par les membres du Groupe Technique de Suivi Evaluation et,

(iv) Soumission du fichier Spectrum à Genève

1.3 NASA : Collecte d'informations sur les réalisations techniques et financières 2013

1.4 Feedback del'ONUSIDA/Genève

- Finalisation des données de Spectrum ;
- Saisie et traitement des données par l'équipe NASA ;
- Le Comité Technique Multisectoriel s'est réuni le 19 et 20 mars 2014 pour pré-valider les résultats des indicateurs et discuter des réponses aux questions relatives aux NCPI à travers des travaux de groupe (questionnaire à remplir par les différentes parties prenantes). Un examen préalable des réponses aux questionnaires NCPI, NASA et du tableau résumé du questionnaire relatif aux GARPR pour la préparation des propositions de réponses à discuter et à valider au niveau du Forum des Partenaires a été alors réalisé pendant cette réunion.
- Saisie des données sur les indicateurs dans l'outil online ;
  Elaboration et partage du draft du rapport narratif ;
- Validation du rapport national : Tous les résultats et les questionnaires ont été présentés et a fait l'objet de validation lors de la réunion du Forum des partenaires en date du 27 mars 2014.

Le remplissage de la NCPI a vu la participation active des parties prenantes au cours d'un atelier regroupant le secteur public, le secteur privé, la société civile et les partenaires techniques et financiers.

En résumé, des séances de travail concernant les autres indicateurs du « Global Report » ont été tenues avec les responsables nationaux des différents services concernés et/ou avec les responsables du SE/CNLS sous la conduite des coordinateurs désignés à cet effet. La collecte des différentes informations a été possible grâce à la contribution des différentes parties prenantes et leurs rapports transmis auprès du SE/CNLS, et à la disponibilité des résultats d'études menées par le SE/CNLS en collaboration avec le PNLS au cours des années 2012 et 2013.

Ci-dessous, les institutions qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport, à travers leur participation active aux processus :

- le SE/CNLS,
- le Ministère de la Santé Publique et les autres ministères sectoriels,
- les organisations de la société civile (Associations et ONG) telles que les réseaux de soutien aux PVVIH, des professionnelles de sexe et des HSH, les organisations de jeunes, les organismes confessionnels,
- les organisations du secteur privé et des travailleurs,
- les partenaires (bilatéraux, le Système des Nations Unies et autres multilatéraux).

2. Statut de l'épidémie[1]

Madagascar fait partie des pays de l'Afrique Sub-saharienne où la prévalence du VIH est restée relativement basse. Cependant, en une décennie environ, l'épidémie à VIH est passée d'un stade d'épidémie naissante à une épidémie concentrée au niveau des populations clés dites les plus exposées aux risques d'infection. La prévalence du VIH est ainsi estimée à 0,5 % chez les adultes âgés entre 15 et 49 ans, bien que les circonstances de l'épidémie qui pèsent sur les groupes de population clé varient considérablement. La prévalence de l'infection à VIH est de 14,7% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), 7,1% chez les consommateurs des drogues injectables (CDI) et 1,3% chez les professionnelles du sexe (PS). Selon les résultats de l'analyse des modes de transmission, 99,3% des nouvelles infections proviennent des groupes sus-cités : les HSH et leurs partenaires masculins, les CDI, les PS et leurs clients.

Malgré l'insularité et la faible exposition au virus, l'isolement géographique, la circoncision masculine quasi-généralisée avant la puberté, et les programmes de prévention et de prise en charge des IST, Madagascar pourrait éventuellement évoluer vers une croissance épidémique du VIH. En effet, les facteurs de risque dont le multipartenariat sexuel particulièrement le commerce du sexe, la mobilité professionnelle, les rites et coutumes et le taux de prévalence élevé des infections sexuellement transmissibles demeurent très présents. Le Gouvernement de Madagascar conscient du danger que représente la croissance progresive de l'épidémie, s'est fixé l'objectif national d'inverser la tendance actuelle et de réduire l'impact de l'épidémie à VIH.

Pour se donner les moyens de cette ambition le pays, conformément aux recommandations internationales, s'est rangé parmi les nations qui ont souscrit à la mise en œuvre de la Déclaration politique sur le VIH afin d'atteindre l'Objectif zéro. Les efforts déployés vont vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien, à travers les interventions axées principalement sur les populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH et les populations infectées ou affectées par le VIH

Politique et programme de riposte

Sur le plan politique, depuis la découverte des premiers cas d'infection à VIH en 1987, Madagascar a mis en place une réponse guidée successivement par les plans stratégiques 1987-2000, 2001-2006, 2007-2012 et 2013 – 2017. Ce dernier a été structuré autour de la vision de Madagascar : un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès dû au sida et zéro discrimination.

Sur le plan programmatique, le fait d'une part que l'épidémie du VIH à Madagascar soit peu active et d'autre part qu'il persiste des facteurs de risque et vulnérabilité susceptibles de créer des conditions favorables à une progression de l'épidémie, appelle au développement d'une stratégie qui tienne compte de cette réalité. Il a été jugé pertinent de placer la prévention au cœur de la réponse face au VIH à Madagascar. Cette prévention devrait être réalisée prioritairement en direction des groupes les plus exposés au risque d'infection au VIH. La prévention passe également par la connaissance du statut sérologique. Par ailleurs, afin de mettre en œuvre les interventions prioritaires conformément

[1] Toutes les informations épidémiologiques sont approximatives et fondées sur les meilleures données disponibles. Celles contenues dans ce rapport proviennent de l'estimation et projection 2013. Pour en savoir plus, consultez le fichier Spectrum Madagascar 2013.

aux objectifs de la déclaration politique de 2011, le pays a développé, d'une manière inclusive et participative, une feuille de route 2013-2015.

3. Tableau des indicateurs

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle ***Population générale***	1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	**homme : 25.5%** **femme : 22.9%**	Nov 2012-Janvier 2013	ENSOMD 2012
	1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	**homme : 9.3%** **femme : 15%**	Nov 2012-Janvier 2013	ENSOMD 2012
	1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	**homme : 4.6%** **femme : 0.62%**	Nov 2012-Janvier 2013	ENSOMD 2012
	1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	**homme : 8.3%** **femme : 9.3%**	Nov 2012-Janvier 2013	ENSOMD 2012
	1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	**homme : 1.7%** **femme : 2.2%**	Nov 2012-Janvier 2013	ENSOMD 2012

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
	1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH* (aucune nouvelle information)	**0.10%**	Sept 2010 – Nov 2010	ESB 2010
Professionnel(le)s de sexe	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	**65.6%**	Nov 2012-Décembre 2012	ESBC 2012
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	**66.4%**	Nov 2012-Décembre 2012	ESBC 2012
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat* (*) pas au cours des 12 derniers mois mais ayant déjà effectué un test VIH et qui en connaissent le résultat	**49,5%***	Nov 2012-Décembre 2012	ESBC 2012
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	**1.3%**	Nov 2012-Décembre 2012	ESBC 2012
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes* ***(*) pas de nouvelles informations***	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	**ND**		
	1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	**65%**	Sept 2010 – Nov 2010	ESBC 2010

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
	1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	**49,6%**	Sept 2010 – Nov 2010	ESBC 2010
	1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH.	**14.66%**	Sept 2010 – Nov 2010	ESBC 2010
Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues* (*) aucun échange de seringue effectué au cours de l'année 2013	**0***	Janvier 2013-décembre 2013	ESBC 2012
	2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	**41,27%**	Janvier 2012-Février 2012	ESBC 2012
	2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	**80.7%**	Janvier 2012-Février 2012	ESBC 2012
	2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	**22.3%**	Janvier 2012-Février 2012	ESBC 2012
	2.5	Pourcentage de consommateurs de	**7,1%**	Janvier 2012-Février 2012	ESBC 2012

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
		drogues injectables qui vivent avec le VIH			
Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	**2,8%**	Janv 2013 – Déc 2013	GESIS 2013
	3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	**0%**	Janv 2013 – Déc 2013	PNLS
	3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	**38,1%**		Spectrum
Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	**0,96%**	Janv 2013 – Déc 2013	Régistre de thérapie ARV
	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	**68.8%**	Janv 2013 – Déc 2013	Régistre de thérapie ARV
Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	**12.8%**	Janv 2013 – Déc 2013	GESIS 2011
Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à	6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement		**Cf NASA**	

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
revenu faible ou intermédiaire					
Objectif 7 : Eliminer l'inégalité entre les sexes	7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	**Violence physique : 12.1%** **Violence sexuelle : 7.2%**	Novembre 2012 – Janvier 2013	ENSOMD 2012
Objectif 8 : Eliminer la stigmatisation et la discrimination	8.1	Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans qui rapportent des attitudes non discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	**H : 4.7%** **F : 4.1%**	Novembre 2012 – Janvier 2013	ENSOMD 2012
Objectif 10 : Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH	10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	**Part A : 59,6%** **Part B :** **N.D.**	Novembre 2012 – Janvier 2013	ENSOMD 2012
	10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre (cash transfert)* (*) aucune nouvelle information disponible	**50,9%**	Août 2010 – Oct 2010	Enquête Permanente auprès des Ménages 2010

II. Descriptif de l'épidémie

Comme mentionné dans le chapitre précédent, l'épidémie du VIH à Madagascar est de type concentré et selon les estimations, 0,4 % des adultes âgés entre 15 et 49 ans vit avec le VIH avec une prévalence variable selon les groupes de population. Ce niveau relativement bas de la prévalence se présente cependant de façon inédite, voire paradoxale par rapport à la présence des différents facteurs de risques telle que la forte prévalence des IST classiques (1 femme enceinte sur 20 et 1 professionnelle de sexe (PS) sur 7 sont positives à la syphilis), et de la prévalence élevée du VIH chez les HSH (1 HSH sur 7 soit 14,7% serait séropositif à Madagascar) et chez les consommateurs de drogue injectable (7,1%).

Les données disponibles au sein de la population générale et les jeunes 15-24 ans montrent une fois de plus que la connaissance des moyens de prévention du VIH n'est pas encore acquise pour une grande partie des jeunes, ne leur permettant pas de prendre des mesures adéquates pour se protéger contre la contamination : comme en 2009, moins du tiers d'entre eux ont pu décrire correctement les moyens de prévention du VIH et rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH (indicateur n° 1.1) ; l'entrée précoce dans la vie sexuelle concerne environ une jeune fille sur sept (indicateur 1.2).

Bien que l'utilisation de préservatifs est considérée jusqu'alors comme le moyen de protection le plus efficace contre les risques de contamination par les IST et le VIH moins d'un adulte sur dix (femme et homme âgé de 15 à 49 ans) déclare avoir utilisé de préservatifs lors du dernier rapport sexuel (indicateur n° 1.4).

Indicateurs	2012
Jeunes de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	**F : 22,9%** **H: 25,5%**
Jeunes de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	**F : 15%** **H: 9,3%**
Adultes de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	**F : 0,6%** **H: 4,6%**
Adultes de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel	**F : 9,3%** **H: 8,3%**
Adultes de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	**F : 2,2%** **H: 1,7%**

Concernant les populations les plus exposées aux risques, les études et l'estimation de taille, menées auprès de ces trois groupes de population, ont été réalisées sur des sites sentinelles. Cependant, les données existantes sur les tailles de ces populations sont soit anciennes (datant de 2007 pour les HSH et reposant sur une méthode d'estimation très globale basée sur des indicateurs approximatifs), soit contradictoires (suivant la méthode spécifique utilisée à ces groupes, la taille des CDI dans la ville d'Antananarivo a été estimée à près de 11 500 en 2010 alors que les PS de la même ville ont été estimées à environ 1 200 en 2012).

Ainsi, afin de disposer d'une estimation de taille mise à jour auprès de chacune de ces trois groupes, une cartographie programmatique avec une estimation des tailles des populations clés les plus

exposées aux risques d'infection au VIH est programmée dans 35 localités vers le milieu de cette année 2014. Les résultats de cette étude détermineront avec plus de précision les tailles estimées de ces populations et par conséquent du taux de couverture par les programmes de prévention de chacun de ces groupes de population.

Bien que les indicateurs liés aux comportements sexuels enregistrés au niveau des Professionnelles de sexe (PS) soient meilleurs que ceux enregistrés au niveau de la population générale (adultes 15-49 ans et jeunes 15-24 ans), les données existantes montrent une persistance de comportements sexuels à hauts risques d'infection au VIH au sein de ce groupe de population et un risque de propagation rapide de l'épidémie au sein de la population générale. Selon les résultats de l'enquête récemment menées auprès de ce groupe cible, seules la moitié des PS ont déjà effectué le dépistage du VIH (indicateur 1.7), près du tiers d'entre elles n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leur client (indicateur 1.8).

Population les plus exposées	HSH	CDI	PS
Année de l'étude	2010	2012	2012
Estimation de la taille	51.100 (2013)*	14.445 (2013)	72.300 (2013)*
Prévalence du VIH	14,7% [12,5 - 16,9]	7,1% [5,9 - 25,9]	1,3% [0,3 - 2,5]
Couverture par les programmes de prévention	ND	ND	65.6%
Soumission au test VIH avec résultats	59.6%	22.3%	49.5%
Utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel	65%	-	66.4%
Utilisation de matériel d'injection stérile lors de la dernière injection de drogue	-	80.7%	-

Enfin, en 2013, 1.054 personnes vivant avec le VIH ont été enregistrées dans la file active, dont 519 sous traitement ARV, contre 821 personnes vivant avec le VIH identifiées en fin 2011, dont 383 sous traitement ARV.

Selon l'analyse par Spectrum 2013, on estime actuellement à près de 46.200 le nombre de personnes adulte vivant avec le VIH dont 18.950 ont besoin d'ARV. Malgré une évolution par rapport en 2011, on enregistre toujours un très faible taux de couverture en traitement ARV (indicateur 4.1).

III. Riposte nationale au sida

1. Les changements apportés par rapport à l'engagement national et la mise en œuvre du programme au cours de la période 2012-2013

Le nouveau plan stratégique 2013-2017 élaboré en 2012 est structuré autour de la vision « Madagascar un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès dû au sida et zéro discrimination », conformément aux objectifs mondiaux. Vu les objectifs ambitieux fixés par le pays dans ce PSN pour tendre vers un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement, afin d'améliorer la performance dans la mise en œuvre du programme, il a été convenu d'adopter une approche de gestion axée sur les résultats et de déterminer les stratégies par résultats (impacts, effets et produits).

Le plan tient compte de la concentration de l'épidémie chez les populations les plus exposées aux risques d'infection au VIH tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe et sur la base d'une analyse approfondie de la situation et de la réponse entre 2007-2012, un effort a été fourni pour indiquer clairement les groupes ainsi que les zones d'interventions prioritaires.

Au terme de l'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH, les priorités suivantes ont été définies pour la période 2013-2017 :

- Intensification des efforts visant à promouvoir les comportements et pratiques sexuelles à moindre risque, notamment chez les populations clés les plus exposées à l'infection à VIH ;
- Renforcement de l'offre de services de prise en charge syndromique des IST aux groupes de population les plus exposées à l'infection à VIH ;
- Extension et amélioration de la qualité de l'offre de services de counseling et dépistage volontaire, avec accroissement de la couverture des populations clés les plus exposées à l'infection à VIH et leurs partenaires;
- Extension et amélioration de la qualité de l'offre de services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, y compris l'élimination de la syphilis congénitale ;
- Renforcement des actions visant à assurer la sécurité transfusionnelle et à prévenir et traiter les accidents d'exposition au sang aussi bien en milieu de soins qu'à la suite des violences sexuelles ;
- Extension et amélioration de la qualité de l'offre de services de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, y compris l'accès au traitement antirétroviral ;
- Renforcement des actions visant à la création d'un environnement favorable à l'épanouissement des orphelins et autres enfants vulnérables ;
- Renforcement du système de suivi-évaluation et des mécanismes de coordination de la réponse nationale au VIH et au sida.

En vue de garantir et accélérer la réalisation des objectifs convenus conformément aux objectifs de la déclaration politique de 2011 ci-dessous, un plan de mise à l'échelle du traitement ARV et une

feuille de route 2013-2015 indiquant les interventions prioritaires ont été développés d'une manière participative et impliquant tous les partenaires.

Les actions relatives aux objectifs sur la dimension genre, le droit humain et l'intégration des services sont pris en considération dans les interventions du fait de leur transversalité. Les actions prioritaires de la feuille de route sont les suivants :

- *Réduire de 50% d'ici à 2015 le taux de transmission du VIH par voie sexuelle,* par l'accroissement de la couverture en matière de prévention chez les jeunes marginalisés et déscolarisés et les sous-populations les plus exposées au risque, dans les communes vulnérables, pour atteindre au moins 70% de ceux-ci sur l'ensemble du territoire national (50% en 2013 et 60% en 2014). L'ampleur des comportements sexuels à risque (rapports sexuels précoces et non protégés), ainsi que le faible accès des populations cibles aux services de santé sont autant de défis à relever.
- *Réduire de 50% d'ici à 2015 le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables*, par l'extension des programmes auprès des CDI dans les 7 sites où sont localisés le plus grand nombre de CDI (5 en 2013 et 6 en 2014).
- *Enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici à 2015*, *et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au Sida*, par (1) l'accroissement de la couverture en PTME des femmes en âge de procréer pour atteindre au moins 40% de ceux-ci sur l'ensemble du territoire national (20% en 2013 et 30% en 2014) ; (2) la focalisation du paquet PTME sur les volets (i) dépistage du VIH et (ii) prise en charge des femmes enceintes VIH+ et actions moindre avec les volets (iii) prévention primaire et (iv) prévention de la grossesse chez les femmes VIH+.
- *Assurer un traitement ARV salvateur à 7.275 de personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015 (2.676 en 2013 et 4.975 en 2014),* par la mise en œuvre le plan de mise à l'échelle de traitement ARV par des actions de recherches actives des perdues de vue et une amélioration du système d'approvisionnement en médicaments (ARV, MIO). Le passage à l'échelle du traitement ARV est un chemin obligé et conditionnée par une augmentation de la couverture du dépistage du VIH et un meilleur ciblage, une recherche active des PVVIH perdues de vue, une meilleure rétention des patients sous traitement et un enrayement des ruptures de traitement. Le suivi de la qualité des interventions des promoteurs et le renforcement des capacités nationales pour une gestion rationnelle et efficace des intrants y compris les ARV doivent être de mise.
- *Eliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH* à travers des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et liberté fondamentale. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination commence par la sensibilisation des personnes proches des PVVIH et des prestataires de services.

2. Les liens avec l'environnement politique

La crise politique qui a débuté en mars 2009 a entraîné un dysfonctionnement du CNLS et a eu une répercussion sur le soutien politique acquis dans la mise en œuvre du programme. Malgré cela, le SE/CNLS a tout mis en œuvre pour assurer une coordination efficace de la réponse et maintenir le partenariat et la collaboration avec ses partenaires techniques et financiers. Le forum des partenaires

a constitué le cadre privilégié de prise de décisions stratégiques nécessaires dans la réponse face au VIH. Toutefois, un projet de texte portant révision de l'organisation de la réponse au sida prend en compte la nouvelle organisation politico-administrative du pays est déjà soumis à la Présidence.

En 2013, seuls trois ministères sur dix-sept (soit 17,5%) ont déclaré avoir alloué un budget spécifique pour leurs activités relative au VIH et sida. En dépit de cette situation, tous les ministères ont manifesté leur volonté d'apporter leur contribution dans la réponse dont la majorité des actions sont soit supportées par les partenaires techniques et financiers soit intégrées dans les autres activités.

Il convient néanmoins de mentionner qu'étant donné la situation du pays en régime de transition, l'appui financier de certains partenaires était suspendu (cas de l'appui de la GIZ, JICA, USAID).

Grâce au financement de la BIT, la Politique Nationale sur le VIH et sida dans le monde de travail a été finalisé avec l'implication des différentes parties prenantes et validé en août 2013.

Pendant cette période, le processus de décentralisation de la gestion de la réponse se poursuit à travers l'appui du SE/CNLS et de ses partenaires aux structures régionales en charge de la réponse. L'élaboration du plan annuel de réponse se fait ainsi d'une manière ascendante sur la base des plans régionaux, avec une participation active et effective des bénéficiaires et de la société civile.

Le Système des Nations Unies, à travers son plan de travail conjoint des NU sur le VIH aligné au PSN 2013-2017 et à l'UNDAF intérimaire 2012-2013, a apporté son appui technique et financier dans la réponse au VIH, particulièrement dans le domaine de la coordination – le suivi et évaluation – la prévention – la prise en charge des PVVIH – et la mitigation.

2. Nouvelles directives nationales et mise en œuvre de la réponse

Concernant la prévention clinique des IST, une mise à jour du protocole de prise en charge des IST et une révision des outils de monitoring des services ont été effectuées dans le but d'améliorer la qualité des services. L'intégration des services de conseil et de dépistage et de prise en charge des IST dans les paquets d'activités des centres de santé de base a continué dans le but d'améliorer l'accès de la population aux services de prévention.

Enfin, le document de protocole de prise en charge médicale des PVVIH mis à jour, tenant compte des récentes recommandations de l'OMS en 2013, a été finalisé et actuellement disponible.

a) Réduction des nouvelles infections

De par la situation épidémiologique du pays et suivant les recommandations lors de l'élaboration du PSN 2013-2017, les actions en matière de prévention sont axées essentiellement sur le renforcement des interventions de proximité auprès des groupes clés les plus exposés aux risques d'infection au VIH (HSH, CDI, PS), les personnes détenues, les jeunes 15-24 ans et les femmes enceintes à travers l'extension des programmes existants, l'utilisation des supports de communication adaptés à ces groupes et l'appui aux services de santé en vue de l'amélioration de leur accès aux informations et aux services cliniques de prévention.

Les interventions auprès des populations clés ont vu la participation de ces groupes comme à la fois acteurs et objets du changement de comportement. Ils ont pour cela formé des associations ou ont été touchés par des associations ayant de fortes expertises dans leur domaine. Néanmoins, du fait des caractères généralement cachés de ces groupes et l'insuffisance des moyens financiers, la couverture de ces programmes spécifiques reste encore très faible : par rapport à l'objectif fixé en 2013, le taux de couverture en matière de communication interpersonnelle est évalué autour de 20% pour les HSH. Selon les enquêtes en 2012, 65.6% de PS et 12.1% des CDI ont été touchés par les programmes de prévention. Pour les CDI, le programme de réduction des risques lié à la toxicomanie s'est limité à une seule ville en 2013, seules des activités préparatoires pour l'extension du programme ont pu être menées dans d'autres villes.

Concernant la réduction des nouvelles infections, les services de dépistage du VIH et la prise en charge des IST ont été intégrés dans les soins de santé primaire de 1.718 centres de santé soit un environ 57% de toutes les formations sanitaires opérationnelles. L'extension des services de dépistage a permis d'enregistrer 322.327 personnes ayant effectué le dépistage et ayant reçu les résultats en 2013 avec une amélioration par rapport à l'année 2012 (259.519), et un total de 367 et 277 personnes séropositives au VIH respectivement au cours de ces deux années. Grâce au meilleur ciblage des interventions, le nombre de PVVIH identifiées ne cesse ainsi d'augmenter.

Le dépistage à l'initiative des soignants et les stratégies mobiles ont été les approches adoptées dans l'offre de service de dépistage du VIH. Le dispositif de diagnostic précoce du VIH chez les nouveaux nés a été mis en place depuis 2011 mais faute de réactifs, aucun examen n'a pu être effectué en 2012-2013.

En 2013, parmi les 897 374 grossesses attendues, 557 615 femmes (soit 62%) ont pu faire leur première consultation prénatale et seulement 231 615 (soit 26% des grosses attendues) ont été dépistées au VIH probablement à cause de la faible couverture des services de dépistage limité à 57% des formations sanitaires.

En ce qui concerne la PTME, la couverture des besoins reste également très faible. Sur 2 230 femmes enceintes estimées avoir besoin de PTME, seules 62 (soit 2,8%) ont bénéficié d'une prophylaxie en ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette faible performance résulte en grande partie du nombre relativement faible des femmes enceintes ayant effectué le test du VIH au cours des CPN, et donc celui des femmes enceintes séropositives pouvant bénéficier des services de PTME. Toutefois, si l'on se réfère aux données disponibles, force est de constater que le dispositif de prise en charge mis en place ne permet de couvrir qu'environ 50% (62/129) des besoins des femmes enceintes séropositives identifiées au cours de l'année. A cet effet, il convient de noter que le paquet de PTME offert dans les CSB n'est pas complet, les femmes séropositives au VIH sont obligées de se déplacer vers les centres dits d'éclatement pour pouvoir confirmer la positivité du test, et dans les centres de référence régionaux pour bénéficier du traitement antirétroviral. De plus, le nombre limité du personnel de santé qualifié travaillant dans les centres de santé de base affecte la qualité du counseling et le suivi des femmes séropositives. Les problèmes cruciaux rencontrés sont ainsi la faible couverture des services de PTME, la faible accessibilité géographique des services de santé pour les Consultations Pré Natales (CPN) et/ou accouchement, les difficultés d'accès des femmes séropositives au VIH aux services complets de PTME et le problème de disponibilité des ARV pour la prophylaxie dans les centres de consultation prénatale.

Par rapport à la promotion de l'utilisation de préservatifs, les actions menées ont permis de distribuer/vendre au total 20.621.851 préservatifs masculins sur les 23.069.000 prévus, soit une couverture de près de 89% des besoins estimés pour l'année 2013. L'évolution des progrès dans la distribution de préservatifs féminins est appréciable, le nombre de préservatifs féminins mis à disposition des bénéficiaires est presque triplé en l'espace d'une année, passant de 32.865 en 2012 à 66.377 en 2013. Ce nombre reste malgré tout largement insuffisant par rapport aux besoins exprimés par les professionnelles de sexe dans le pays. Il couvre 48,8% des besoins estimés en 2013.

b) Lutte contre la discrimination et la stigmatisation

Suite à à la formation des responsables juridiques sur les droits humains, la lutte contre la discrimination, le VIH, le conseil juridique et l'orientation des groupes vulnérables vers les services d'appui socio-économique (AGR,…), 16 responsables des structures d'appui ITAFA (Ivontoerana – Tantsoroka - Fampivoarana) et de centres d'écoute et de conseils juridiques (CECJ), mises en place à l'initiative du PNUD et du FNUAP, et 54 responsables de Cliniques juridiques sont disposés à intervenir en faveur du respect des droits des PVVIH et des autres groupes vulnérables depuis 2012. La collaboration avec ces structures, contribue en effet à élargir l'accès de ces groupes en quête d'une meilleure condition de vie à des services de conseil et d'accompagnement. La disponibilité de ces services leur permettra également d'avoir des voies de recours en justice pour faire valoir leurs droits. Il faut toutefois noter que les structures ayant bénéficié de ce type d'appui ne couvrent que treize localités dans sept régions.

Dans ce sens, une collaboration a été établie entre les centres ITAFA, le réseau MAD'AIDS et l'Association des Femmes Samaritaines qui travaille en faveur des professionnels de sexe pour organiser une formation à l'intention de ces dernières en gestion d'activités génératrices de revenus et assurer leur accompagnement dans ce sens.

Par ailleurs, un renforcement de capacité sur les droits humains, le genre et VIH, le leadership et le plaidoyer a été effectué à l'endroit du Réseau des femmes séropositives au VIH.

c) Réduction de la mortalité chez les PVVIH

Depuis 2011, le nombre de PVVIH identifiées et celles qui sont éligibles au traitement ARV et y ayant accès se sont largement accrus. Cette situation résulte des efforts d'extension de l'accès aux services de prévention et de traitement, avec un accent particulier sur l'amélioration de la qualité des services, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, l'augmentation du nombre des centres de santé de base intégrant le VIH et la santé de la reproduction, l'augmentation du nombre de centre de référence disposant d'un plateau technique de laboratoire de qualité et pouvant initier le traitement ARV et le suivi des PVVIH. La disponibilité de services de proximité de prise en charge globale des PVVIH constitue l'un des grands défis.

Néanmoins, les efforts pour maintenir les PVVIH sous le traitement devraient être poursuivis, En 2013, Madagascar a enregistré au total 78 PVVIH perdues de vues (soit environ 7% de ceux ou celles qui sont suivis), et une réduction du taux de survie des PVVIH 12 mois après l'initiation du traitement ARV de 94% en 2007 à 70.9% en 2012 et 68.8% en 2013[2]. Des dispositifs pour l'amélioration du suivi

[2] On note toutefois auparavant une certaine confusion dans le calcul de cet indicateur : seules les PVVIH ayant débuté le traitement au cours des 12 derniers mois sont considérées dans le dénominateur

des PVVIH ont été mis en place. Cependant, le faible niveau socioéconomique des PVVIH associé à l'absence d'un appui externe de soutien psychosocial, le problème d'accessibilité géographique aux centres de référence combinée à des ruptures de stocks en intrants de santé (réactifs de dépistage et ARV) et l'absence d'un dispositif de soutien à l'adhérence au traitement constituent les problèmes majeurs de la prise en charge globale des PVVIH.

La prise en charge psychosociale de ces PVVIH est assurée par le réseau MAD'AIDS et les associations membres. Pour améliorer la réponse dans ce domaine, un comité de soutien social et économique aux PVVIH a été mis en place, des renforcements de capacités de médiateurs en éducation thérapeutique du VIH et/ou médecins référents sur la prise en charge pédiatrique ont été organisés, en accompagnement de la mise à disposition d'outils de gestion ou de document de référence (fiche d'éducation thérapeutique, guide de prise en charge pédiatrique, lois protégeant les droits des PVVIH).

Selon les données disponibles, 627 PVVIH soit environ 60% de la file active ont bénéficié d'un soutien psychologique à travers des counseling et 97 PVVIH indigents ont bénéficié d'un soutien financier. D'autres types d'appui (appui nutritionnel, éducation thérapeutique, soutien scolaire, etc) ont également été octroyés aux PVVIH. Ainsi, 624 PVVIH ont bénéficié d'un minimum de deux services de prise en charge psychosociale (soutien psychologique accompagné d'un autre type appui).

4) **Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques et stratégies (Engagements et moyens d'actions nationaux (NCPI)**

Le tableau suivant résume l'indice composite des politiques nationales (NCPI), suivant les notations octroyées aux différents domaines reflétant les progrès réalisés dans l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, stratégies et lois concernant le VIH et sida.

Domaine	2003	2005	2007	2009	2011	2013*
PARTIE A : Notations attribuées par les représentants du Gouvernement						
Plan stratégique	5	7	8	7	8	N/A
Soutien politique et leadership	4	6	8	6	6	3
Droits humains	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Prévention	4	7	8	9	9	6
Traitement, Soin et Soutien	2	5	3	7	8	6
Suivi –évaluation	2	5	7	8	8	7

Suivant la nouvelle directive 2014 sur l'élaboration des indicateurs, aucune appréciation globale de l'élaboration du Plan Stratégique n'est demandée. Ainsi, contrairement aux années précédentes, aucun score n'a été attribué dans ce domaine. Toutefois, on peut noter que le PSN 2013-2017 a été élaboré suivant un processus largement inclusif et participatif incluant toutes les parties prenantes des niveaux central et décentralisé, y compris les bénéficiaires. Le score relatif au soutien politique et leadership a beaucoup régressé, vu la situation politique du pays entrainant une faible implication du leadership de très haut niveau et ayant une répercussion sur les progrès en matière de prévention et de soins et traitement.

Domaine	2003	2005	2007	2009	2011	2013
PARTIE B : Notations attribuées par la société civile et les partenaires techniques et financiers						
Participation de la société civile	5	6	7	8	8	8
Soutien politique et prévention	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Droits* humains Droit de l'homme lies au VIH Lois et règlements lies au VIH	2 2	5 4	7 5	6 4	6 5	6 5
Prévention	4	7	8	7	6	7
Traitement, Soin et Soutien	1	4	4	3	6	6

Selon les notations attribuées par les représentants de la société civile et des partenaires techniques et financiers, d'une manière générale, le niveau de performance est maintenu. La participation de la société civile à l'élaboration de la politique et la mise en œuvre de la réponse a été appréciée du fait qu'elle fait partie intégrante de l'instance de coordination CCM et du Forum des Partenaires, et a participé aux différentes séances de travail organisées tout au long du processus de l'élaboration du PSN et à sa validation technique. En matière de droits humains, des renforcements des capacités des intervenants et des personnes concernées sur leurs droits, une vulgarisation des lois et textes at été effectuée bien que l'application de l'intégralité de la loi n'est pas encore effective. Par rapport à la prévention, la continuation de l'extension des services de conseils et dépistage du VIH à travers l'intégration de ces services dans le paquet minimum d'activités des centres de santé de base a été

particulièrement mentionnée. Enfin, l'appui à la société civile pour la prise en charge psychosociale (réseau MAD'AIDS) est d'une importance cruciale, bien que celui-ci reste encore insuffisante. Le dispositif de continuum de soins est en place mais beaucoup d'efforts doivent être fournis pour assurer son efficacité.

Il convient néanmoins d'appréhender l'évolution de ces notations avec beaucoup de prudence car l'évaluation de l'indice composite est avant tout une approche essentiellement qualitative. Elle varie nécessairement avec les perceptions et les compositions des responsables qui ont eu la charge de l'élaboration de l'indice au cours de ces années respectives.

IV. Bonnes pratiques

Avec l'appui du PNUD, une documentation sur la capitalisation des meilleures pratiques a été élaborée en 2013. Ci-après quelques exemples pour illustrer les acquis dans la prévention des IST, du VIH et du SIDA.

Milieu de travail et lutte contre le VIH - cas de la Société Accord Knits

Les objectifs de l'intervention sont de promouvoir la prévention des IST, du VIH et du SIDA parmi les travailleurs et leurs familles et de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liés aux IST, au VIH et au SIDA.

Le projet est un exemple de prévention des IST, du VIH et du SIDA en milieu de travail, par la promotion de l'adoption d'un comportement sexuel responsable et la prise en charge des cas d'IST chez les employés et familles de la société Accord Knits. L'engagement de l'entreprise s'est matérialisé par l'implication des dirigeants en tant que formateurs des pairs éducateurs, l'allocation d'un financement continu pour l'intégration effective du volet VIH/Sida dans le programme santé et sécurité au travail et la mise en place d'un centre médical autonome pour les travailleurs et leurs familles. Accord Knits est une société de tricotage composée de 6 sections. Trente pairs éducateurs sont responsables de la sensibilisation des 1200 employés. Le programme de prévention du VIH au sein d'Accord Knits se caractérise par la possibilité pour les travailleurs, pendant les heures de travail, de recevoir de la part des éducateurs pairs des messages simples sur feuille de papier et de parler/discuter du VIH et du Sida. Ils peuvent également obtenir les préservatifs gratuitement et bénéficient du privilège de la proximité du service de dépistage du VIH offert par le centre médical autonome. Ces actions de la société Accord Knits se conforment aux obligations de l'entreprise suivant les textes règlementaires en matière de lutte contre le sida en milieu de travail et les recommandations 200 de BIT.

Réduction des risques liés à la toxicomanie auprès des CDI, faire accepter le programme au niveau local

Les objectifs de l'intervention sont de développer un environnement favorable à l'accès des CDI aux services de prévention, d'intensifier l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement et la création de la demande de services auprès de ce groupe de population. Il s'agit d'un programme de prévention des IST, du VIH et du Sida chez les CDI à travers la sensibilisation, la distribution de préservatifs, la mise en place d'un programme d'échange de seringues et offre de services de conseils et dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites viraux.

Avec l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la Tuberculose, l'association AINGA/AIDES, un des Sous Récipiendaires de la subvention MDG-809-G11-H, a assuré le lancement du programme de réduction des risques liés à la toxicomanie auprès des CDI dans la ville de Toamasina, en partenariat avec le SE/CNLS, le Taskforce Régional VIH/Sida de la Région Atsinanana et la Commission Interministérielle de Lutte contre la Drogue. Un plaidoyer fort à différents niveaux, l'approche par les pairs et l'intégration du paquet de réduction des risques liés à la toxicomanie dans le centre hospitalier de référence régional d'Atsinanana ont permis de prévenir le VIH et les maladies liés à la toxicomanie auprès de 300 consommateurs de drogues injectables en

l'espace de un an. Le programme mis en place a permis de susciter la prise de conscience des autorités locales face au danger de la drogue et soutien à la mise en place du programme de réduction des risques liés à la toxicomanie chez les CDI malgré les contraintes légales et juridiques, et l'intégration du paquet de réduction des risques liés à la toxicomanie au sein d'un service de neuropsychiatrie combinée aux actions à base communautaire.

Confiance des PVVIH aux services de santé - cas du Service des Maladies Infectieuses HUJR Befelatanana

L'objectif de l'intervention est d'améliorer la confiance des PVVIH pour limiter la propagation de la maladie et assurer un suivi continu.

Le nombre de PVVIH perdues de vue en cours de traitement a augmenté au sein du service Maladies Infectieuses de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana pour plusieurs raisons dont le problème de discrimination et de stigmatisation auquel les PVVIH sont confrontées et la non prise de conscience par elles-mêmes de l'importance du suivi et traitement.

L'intervention de MAD'AIDS, un réseau national regroupant des associations de prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH au sein de ce service a permis d'assurer un offre de soin intégré de prise en charge médicale et psychosociale par une équipe multidisciplinaire et de mettre en place un dispositif efficace de continuum de soins. La mise en confiance des malades par les prestataires, l'instauration de groupe de soutien et l'assistance aux plus démunis ont permis de récupérer un grand nombre d'entre eux. Pour les nouveaux cas : le patient passe directement au major du service qui effectue un test de confirmation, puis le dosage de CD4. Le malade est ensuite orienté le médecin référent qui prescrit les analyses. Quant au malade en période de suivi, il passe tous les mois au major de service et tous les 3 mois au médecin référent après avoir effectué le dosage de CD4.

L'approche utilisée a permis de réduire la stigmatisation des PVVIH dans les services de prise en charge. Les cibles bénéficient maintenant d'un meilleur traitement grâce aux différentes stratégies instaurées. Elle a aussi permis aux PVVIH d'éviter un déplacement car les deux prises en charge sont dispensées dans le même centre.

Education à la vie et à l'amour - cas de la Conférence des Evêques de Madagascar (CEM)

Il s'agit d'un programme national multisectoriel que l'Eglise Catholique a développé pour accompagner les jeunes vers l'adoption de comportement responsable et revenir aux vraies valeurs de la vie et de l'amour. L'intervention a de multiples objectifs dont (1) promouvoir le changement de comportement à risque de transmission de VIH chez les adolescents, les jeunes et les couples par l'Education à la Vie et l'Amour (2) développer la capacité organisationnelle et institutionnelle du CCLS au niveau national et les Centres Diocésains de Lutte contre le SIDA (CDLS) au niveau des diocèses (3) assurer la prise en charge de qualité des IST, du VIH et du SIDA dans les formations sanitaires catholiques et (4) faciliter la prise en charge psychologique et spirituelle des PVVIH.

Conscient de l'importance de l'éducation dans la lutte contre le sida, la Conférence des Evêque de Madagascar (CEM) a décidé que l'éducation à la vie et à l'amour (EVA) constitue un fondement de

la stratégie pour la réponse face au sida. Pour atteindre les objectifs fixés, une approche basée sur la famille en considérant les jeunes et les parents en même temps a été adoptée, et un document cadre unique servant de référence de l'intégration de l'EVA dans les programmes et projets de développement a été établi. Les interventions sont ainsi adaptées aux réalités et problématique locale. L'EVA a pu être intégrée dans le cursus scolaire et les projets de développement de l'église catholique. Plusieurs diocèses ont mis en place une structure de lutte contre le sida. Au minimum dix diocèses ont leur Comité Diocésain de Lutte contre le SIDA. Huit commissions assurent la mise en œuvre de l'EVA : commission santé, commission éducation, commission communication, commission vie consacrée, commission CEPAL, commission CARITAS, commission famille et commission Bible et Liturgie. Chaque commission intègre l'EVA dans ses propres mandats.

Le programme a vu une forte implication et engagement des leaders religieux catholiques dans la réponse face au sida en soutenant l'éducation par les pairs dans les écoles, la mise en place des Clubs EVA et les mouvements des jeunes (scouts, …). Une compréhension mutuelle et communication entre parents et jeunes grâce à «L'école des parents» améliorée.

V. Principaux défis et solutions

Les résultats sont limités notamment par les moyens disponibles. Beaucoup d'efforts sont encore nécessaires pour parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien en matière de VIH. Les principaux défis relevés lors de l'élaboration du présent rapport dans les différents domaines sont :

1. Implication du leadership de très haut niveau,
2. Coordination des interventions des OSCs,
3. Mise en place d'un plan de renforcement de capacités des OSCs,
4. Identification des localisations géographiques, estimation des tailles et implication des populations clés,
5. Décentralisation effective et Déconcentration,
6. Vulgarisation des lois,
7. Sécurisation financière du PSN.

En outre, vu les contraintes dans la mise en œuvre de la réponse, les éléments clés suivants sont à renforcer dans la réponse sur les IST/VIH et le sida à Madagascar :

- Mobilisation de ressources suffisantes allouées aux interventions jugées efficaces et efficientes ciblant les populations clés (effectivité de l'A.A.H) ;
- Facilitation de l'accès géographique et financier des bénéficiaires aux services de prévention et de prise en charge de qualité ;
- Gestion rationnelle et approvisionnement continu en intrants de santé de qualité liés au VIH;
- Enrôlement et rétention de maximum de PVVIH suivies dans la file active et/ou sous traitement ARV ;
- Elimination de la stigmatisation et la discrimination sous toutes formes envers les populations clés ;
- Opérationnalité d'un système de suivi et évaluation fiable.

VI. Soutien des partenaires au développement

Au cours de l'année 2013, environ 90% des financements de la réponse au VIH proviennent des partenaires techniques et financiers internationaux. Selon l'exercice NASA, les ressources utilisées dans la réponse au VIH à Madagascar en 2013 s'élève à 14 907 777 539 Ariary, réparties comme suit, selon le type de financement :

Type financement	Montant (en Ariary)	%
Financement public	1 358 141 033	9.1%
Prêts remboursables	7 636 428 500	51.2%
Financements bilatéraux	1 541 584 795	10.3%
Système des Nations Unies	1 904 406 910	12.8%
Financement du Fonds mondial	2 216 950 194	14.9%
Financement prive (national et international)	213 896 126	1.4%
Autre financement international	36 369 981	0.2%
Total général	**14 907 777 539**	

Comparé aux résultats de l'analyse NASA des deux dernières années, le montant total des dépenses liées à la réponse au VIH est réduit de moitié. Le financement du gouvernement, comprenant les prêts remboursables, passe de 13.000.000.000 à moins de 9.000.000.000 Ariary, les financements bilatéraux passent de 4.880.000.000 à 1.500.000.000 Ariary et le financement du Fonds Mondial passe d'un peu plus de 9.000.000.000 à 2.220.000.000 Ariary.

	Année 2011	Année 2012	Année 2013
Gouvernement	2.4%	4.9%	9.1%
Prêts remboursables	40.9%	38.4%	51.2%
Financements bilatéraux	16,1%	15,0%	10.3%
Système des Nations Unies	10,2%	14,1%	12.8%
Financement du Fonds Mondial	29,9%	25,7%	14.9%
Financement prive	0,0%	1,9%	1.4%
Autres organismes internationaux	0,3%	0,1%	0.2%
Montant en Ariary	**30 331 899 762**	**21 019 895 034**	**14 907 777 539**

Aucun changement significatif n'a été observé dans la répartition de l'utilisation des ressources par type d'activité. Caractéristique des pays à épidémie concentrée, la moitié des ressources est consacrée à la prévention. Le quart des dépenses est réservé à la gestion et administration de programme. Les ressources humaines emploient près de 10% des dépenses.

Par type d'activité :

Type activité	2011	2012	2013
Prévention	52,8%	51,5%	56.0%
Service de soin et de traitement	5,2%	4,1%	3.7%
Orphelins et Enfants vulnérables	0,0%	0,1%	0.4%
Gestion et Administration du Programme	23,3%	29,3%	25.5%
Ressources humaines	13,9%	8,8%	10.1%
Service social et protection sociale	0,4%	0,5%	0.1%
Environnement propice et développement communautaire	2,7%	4,4%	4.2%
Recherches	1,8%	1,4%	0.0%

Par population cible :

Populations bénéficiaires	2011	2012	2013
Personnes vivant avec le VIH	5,6%	5,3%	4,3%
Populations clés les plus exposées aux risques	15,1%	7,7%	9,3%
Autres populations clés	3,6%	5,1%	6,2%
Groupes populations spécifiques accessibles	9,0%	17,0%	28,2%
Population générale	34,3%	22,4%	20,8%
Initiatives non ciblées	30,9%	42,4%	31,1%
Populations spécifiques n.c.a.	1,5%	0,2%	0,2%

Pour l'année 2013, la répartition des dépenses par groupe de population cible a changé notamment en ce qui concerne « les groupes de population spécifiques accessibles », la proportion pour cette catégorie étant passée de 9% à 28%. Il convient toutefois de mentionner que certaines informations fournies par les partenaires ne sont pas suffisamment détaillées. En effet, dans certains cas, il leur a été difficile de séparer les dépenses effectuées selon les groupes cibles (jeunes ou populations clés les plus exposées aux risques ou autres groupes classifiés dans le groupe des populations spécifiques accessibles) pour les mêmes types d'activités. Dans ces cas spécifiques, les dépenses ont été inscrites dans le « groupe de population spécifique accessible » qui a été jugé englobant les différents groupes à la fois. Pour les populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH, la proportion est passée de 15% à 9%. Malgré une augmentation par rapport à l'année 2012, cette proportion demeure relativement faible, probablement en raison du retard de démarrage des activités des ONG/Associations financées par le Fonds Mondial. Ces ONG/Associations se chargent, pourtant, de la majorité des interventions auprès de ce groupe de population. Pour la population générale, la proportion est passée de 34% à 20%.

VII. SUIVI ET EVALUATION

Le nouveau PSN 2013-2017 est accompagné d'un Plan de suivi évaluation pour la même période. Pour une meilleure appropriation du document, le cadre de suivi-évaluation a été élaboré avec la participation active des parties prenantes (sélection, définition des indicateurs clés et détermination des objectifs).

Pour améliorer la performance dans la mise en œuvre du suivi évaluation, une révision des outils de collecte de données non sanitaires a été réalisée. Les régions ont bénéficié d'appui pour la mise à jour de leur base de données et leur transmission régulière au niveau du SE/CNLS.

Toutefois, les problèmes liés à la promptitude, la complétude et la qualité des données demeurent des obstacles majeurs dans la mise en œuvre du suivi évaluation.

La diffusion de rapports annuels de suivi de la mise en œuvre du programme et de bulletins semestriels épidémiologiques sur le VIH ainsi que l'insertion d'informations à jour sur le site web du SE/CNLS (www.aidsmada.mg) ont été les moyens privilégiés pour le partage d'informations sur le VIH.

Enfin, afin d'aider dans la planification et l'évaluation des efforts en matière d'interventions auprès des groupes cibles, deux études biologiques et comportementales ont été réalisées auprès des CDI et PS en 2012. Une enquête nationale sur le suivi des OMD et une enquête comportementale auprès des jeunes 15-24 ans ont été également mises en œuvre au cours de la même année. Les rapports de ces études ont été validés et diffusés.

Les principaux défis dans la mise en œuvre du système de suivi évaluation peuvent être résumés par les points suivants :

- Culture de redevabilité,
- Utilisation effective des outils de collecte de données révisées,
- Complétude et promptitude de la remontée des données,
- Assurance qualité des données.