

REPOBLIKAN'i MADAGASIKARA

Tanindrazana - Fahafahana - Fandrosoana

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/Sida
SECRETARIAT EXECUTIF



Plan d'Action de Madagascar pour une lutte efficace contre le VIH/Sida 2007-2012

*«En moi, en toi, en nous se trouve la clé de
la victoire sur le VIH/Sida»*

SOMMAIRE

LE MOT DU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

LISTE DES ABBREVIATIONS

1^{ère} PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION

1. PRESENTATION DU PAYS
2. STATUT ET DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE DU VIH/Sida
3. CIBLES DES INTERVENTIONS

2^{ème} PARTIE : ANALYSE DE LA REPONSE

1. RENFORCEMENT DU CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL
2. MISE EN PLACE ET RENFORCEMENT DES SERVICES CLINIQUES PREVENTIFS ET THERAPEUTIQUE
3. PLAIDOYER, COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET TRANSFORMATION SOCIALE
4. MISE EN PLACE ET STIMULATION DE LA REPONSE LOCALE
5. RENFORCEMENT DU PARTENARIAT ET DE LA COLLABORATION INTERNATIONALE

3^{ème} PARTIE : ORIENTATIONS STRATEGIQUES et CADRE LOGIQUE

1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA
2. AXES STRATEGIQUES, OBJECTIFS STRATEGIQUES ET ACTIVITES GENERIQUES
3. CADRE LOGIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION
4. BUDGETISATION
5. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

ANNEXES

Schéma organisationnel du SE/CNLS au niveau central

Liste des communes absolument prioritaires pour les interventions et visualisation cartographique

Liste des communes à couvrir en priorité par les activités de communication

Liste des enquêtes, études et recherches à mener dans le cadre du Plan d'Action 2007-2012

Calendrier pour l'élaboration du Plan d'Action 2007-2012

Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du Plan d'Action 2007-2012

LE MOT DU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE



La communauté internationale et la grande famille des scientifiques se mobilisent à l'unisson pour freiner la vertigineuse et inquiétante progression de la propagation du VIH et sa cohorte de malheurs, de dégâts et d'entraves à la bonne marche de la vie du pays.

A l'instar de tous les pays conscients des menaces, des catastrophes et des impacts néfastes pour le développement liés à cette épidémie, Madagascar a rallié le mouvement planétaire de la lutte contre le VIH/Sida, en mobilisant toutes les forces en présence dans une guerre sans merci d'interventions programmatiques multisectorielles sous le label du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida 2001-2006 (PSN), traduction de sa volonté et de sa détermination politiques à conjurer une catastrophe annoncée.

Les résultats sont là: les communautés s'organisent et s'approprient la lutte à travers les OCB (Organisations Communautaires de Base) ; les services sont mis à la portée de la population jusque dans les communes pour un meilleur accès aux soins, aux traitements et à la prise en charge (Kit IST, FIMAILO, CTV Mobiles, dépistage dans les formations sanitaires, réseau associatif de PVVIH, etc.) ; les informations sont véhiculées dans les régions les plus reculées du pays pour mobiliser les populations à relever les défis du Développement (Unités Mobiles de Vidéo, Radios de proximité, Groupes d'écoute/Radios à manivelle, etc.).... La pleine satisfaction n'étant pas le lot de ce monde, des obstacles dus à de nombreux facteurs ont également limité les actions pour une réponse élargie, globale et équilibrée, telle qu'on l'a voulue.

Il est entendu que seul un cadre stratégique national bien élaboré peut gagner la confiance des partenaires à développer ensemble une réponse organisée et rationnelle. Le Plan d'Action 2007-2012 qui est en cet instant entre vos mains, s'inscrit dans la droite ligne du Plan d'Action pour Madagascar ou « Madagascar Action Plan », s'agissant du renforcement des actions pour la santé en général et de la lutte contre le VIH/Sida en particulier, pour les cinq ans à venir.

Il s'agit d'un document de référence pour tous ceux qui entendent grossir nos rangs dans cette noble mais exaltante tâche. C'est la « feuille de route » que j'invite à consulter par tous ceux qui consentent à faire le chemin ensemble avec la Coordination Nationale de la lutte.

Nous avons pris la route en 2002 avec le PSN qui s'est achevé en 2006. Il n'y pas de raison de ne pas continuer. Je vous exhorte à la poursuivre avec moi, avec nous ! Merci pour votre engagement et bonne route !

Marc RAVALOMANANA
Président de la République

LISTE DES ABREVIATIONS

ABC	Abstinence - Bonne Fidélité - Condom
ABCD	Abstinence - Bonne Fidélité – Condom – Demande pour les services cliniques préventifs et thérapeutiques
AFD	Agence Française pour le Développement
ARV	Anti-Rétro Viraux
ASAP	
BCIR	Bureau de Coordination Inter-Régionale
BM	Banque Mondiale
CAC	Cadre d'Auto-évaluation des Compétences
CAP	Connaissance Attitude Pratique
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CID	Centre d'Information et de Documentation
CISCO	Circonscription Scolaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CLLS	Comité Local de Lutte contre le SIDA
CPN	Consultation Pré-Natale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CTV	Conseil et Test Volontaire
DAS	Direction des Affaires Sociales
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FAP	Fonds d'Appui à la Prévention
FM	Fonds Mondial
GAMET	
GSS	Groupe Stratégique Sectoriel
GTZ	Coopération Allemande pour le Développement
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
IPM	Institut Pasteur de Madagascar
IO	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAP	Madagascar Action Plan
MINDEF	Ministère de la Défense Nationale
MINSANPF	Ministère de la Santé et du Planning Familial
OCB	Organisation communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
ONG	Organisation non Gouvernemental

ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PEC	Prise En Charge
PF	Planning Familial
PIP	Programme d'Investissement Public
PLACE	Priorités aux efforts locaux de contrôle du Sida
PLLS	Plan Local de Lutte contre le SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PMPS	Projet Multisectoriel pour la Prévention du VIH/Sida
POI	Plan Opérationnel Intégré
PRM	Présidence de la République de Madagascar
PSI	Population Services International
PSN	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida
PTA	Plan de Travail Annuel
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PU	Précaution Universelle
PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus du SIDA
SBCI	Surveillance bio-comportementale intégrée
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIG	Système d'Information pour la Gestion
SNU	Système des Nations Unies
SSD	Service de Santé de District
TB	Tuberculose
TDS	Travailleurs de Sexe
TS	Transfusion Sanguine
UDI	utilisateurs de drogues injectables
UCR	Unité de Coordination Régionale
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (Session spéciale en Juin 2001 : Déclaration d'Engagement de l'Assemblée Générale des Nations Unies)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME EXECUTIF

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida (PSN) 2001-2006 a été caractérisée par trois phases. La première phase (2002-2003) a été axée sur la mise en place des mécanismes institutionnels, la définition des axes majeurs d'intervention, la création d'un partenariat et la mobilisation des leaders pour un engagement des parties prenantes dans la mise en œuvre de la réponse nationale. La seconde phase (2003-2004) a été marquée par : (i) le renforcement du cadre politique et institutionnel de la réponse nationale, avec l'engagement présidentiel, la poursuite des Trois Principes d'Unicité et le renforcement du partenariat intersectoriel et de la collaboration internationale, qui s'est soldé, à partir de fin 2003, par une intensification sans précédent des activités, financées par un nombre croissants de partenaires ; (ii) la mise en place d'une « veille informationnelle » et d'un réseau de communication de proximité qui a permis de faire connaître l'existence du VIH/Sida dans l'ensemble des communes du pays et a été axée sur la promotion des comportements sexuels à moindre risque (Abstinence, Bonne fidélité, utilisation du Condom) ; (iii) la mise en place et renforcement de la disponibilité des services cliniques préventifs et thérapeutiques et des préservatifs ; (iv) l'implication des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans la programmation et la mise en œuvre des activités ; (v) une mobilisation des leaders locaux pour une organisation de la communauté et sa participation active dans les activités promotionnelles. La troisième phase (2005-2006) s'est traduite par une intensification des activités menées lors de la deuxième phase : (i) la stimulation du partenariat pour une réponse multisectorielle au VIH/Sida, l'adoption d'une approche programme versus projet dans la gestion de la réponse nationale et un meilleur alignement des efforts des bailleurs de fonds sur les systèmes nationaux ; (ii) le renforcement du paquet d'activités promotionnelles et cliniques accompagné de mesures propres à faciliter l'accessibilité géographique et financière des cibles aux services et le maintien de leurs droits ; (iii) la consolidation de la réponse locale qui a été mise en œuvre dans 52% des communes du pays et constitue un axe programmatique transversal, parce qu'orienté vers la décentralisation dans la gestion et mise en œuvre des interventions ; (iv) la documentation et capitalisation de l'expérience pour en maximiser l'efficacité et l'impact. Le Programme national de lutte contre le VIH/Sida commence à être reconnu au niveau international pour son dynamisme et les investissements qu'il a consentis en termes de réflexion stratégique.

Les principales faiblesses rencontrées dans la mise en œuvre du PSN 2001-2006 sont : (i) une définition et couverture insuffisante des groupes les plus susceptibles de contracter et diffuser l'infection dans la population générale ; (ii) un « pilotage à vue » dans la définition des zones géographiques prioritaires pour les interventions en direction de la population générale ; (iii) une intégration sectorielle réduite de la programmation VIH/Sida ; (iii) une coordination intra sectorielle insuffisante dans le secteur crucial de la santé ; (iv) un démarrage tardif dans la dynamisation de la lutte contre les IST classiques ; (v) une couverture des activités de dépistage du VIH et de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH insuffisante par rapport aux objectifs nationaux ; (vi) une communication qui s'est concentrée sur la promotion de l'ABC, aux dépens de la demande pour les services cliniques ; (vii) un morcellement dans la documentation relative au programme. Ces faiblesses sont liées à la jeunesse du programme, qui n'a véritablement pris forme qu'à partir de fin 2003, s'est greffé à de multiples autres priorités de santé publique et de développement et dont la mise en œuvre a été sous-tendue par l'approche du « learning by doing ». Cette approche a permis de construire les fondations d'un programme structuré et éprouvé par les réalités du terrain en un temps record. Elle a également permis d'isoler les trois « piliers » du PSN 2007-2012 : (i) la compréhension de la dynamique de l'infection ; (ii) le renforcement et la décentralisation de la gestion de programme (personnel qualifié, outils et mécanismes) ; (iii) l'intensification des activités promotionnelles et cliniques

dans les communes vulnérables, notamment à travers des «Initiatives à Résultats Rapides» et la motivation des acteurs qui réalisent des objectifs annuels de couverture réalistes.

Le PSN 2007-2012 est baptisé Plan d'Action de Madagascar pour une lutte efficace contre le VIH/Sida pour la période 2007-2012. La première partie du document consiste en une analyse de la situation du pays face au VIH/Sida. Elle identifie les cibles prioritaires et orientations programmatiques du Plan d'Action qui sont dictées par le stade de l'épidémie à Madagascar et l'analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité sous-tendant la dynamique de l'évolution de l'infection dans le pays. La seconde partie du document consiste en une analyse de la réponse du pays face au VIH/Sida. Elle documente les acquis et contraintes dans la mise en œuvre du PSN 2001-2006 par rapport aux cibles et orientations stratégiques définies par l'analyse de la situation. En explicitant la logique programmatique qui sous-tend les réalisations du PSN 2001-2006 et en tirant les implications stratégiques des leçons tirées de l'expérience, elle montre clairement la continuité qui existe entre le PSN 2001-2006 et le Plan d'Action 2007-2012. La troisième partie du document inscrit les orientations programmatiques identifiées dans un cadre logique des interventions et de suivi et évaluation. Le Plan d'action 2007-2012 ne prétend pas être un document exhaustif : il fournit la synthèse des données disponibles actuellement et les analyse dans le but de définir « ce qu'il faut faire et pourquoi » pour orienter la réflexion stratégique future du SE/CNLS et ses partenaires sur « qui doit le faire et comment » pour améliorer l'efficacité des interventions. Le Plan d'action 2007-2012 a en effet pour priorité fondamentale d'intensifier la mise en œuvre des interventions – maintenant relativement bien définies – pour une amélioration tangible dans la réalisation des objectifs nationaux de contrôle de l'infection à VIH.

La vision de Madagascar en matière de lutte contre le VIH/Sida est la suivante : « D'ici 2015, Madagascar sera un pays où tous les Malagasy et en particulier les jeunes sont conscients des risques personnels, s'impliquent activement avec l'engagement des leaders dans la lutte contre le VIH/ Sida. Chaque individu accèdera facilement aux méthodes de prévention appropriées et les utilisera de façon responsable. Individu, famille et communauté apporteront soins et soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH.»

Le Plan d'Action 2007-2012 se fixe pour but de matérialiser cette vision par : (i) la réduction de l'incidence du VIH, qui sera mesurée par la réduction de la prévalence des IST dans les groupes (les plus) vulnérables ; (ii) la maintenance de la prévalence du VIH à moins de 2% dans les groupes les plus vulnérables et à moins de 1% dans la population générale ; (iii) l'amélioration de la qualité de vie et bien être des PVVIH, mesurée par la couverture de services de PEC clinique et psychosociale « amis » des PVVIH et l'existence d'instruments de protection de leurs droits. En ligne avec les meilleures pratiques internationales, il retient comme objectifs généraux : (i) l'adoption de comportements susceptibles de réduire la transmission des IST et du VIH par les groupes (les plus) vulnérables ; (ii) l'utilisation accrue des services cliniques préventifs et thérapeutiques par les groupes (les plus) vulnérables ; (iii) le maintien des droits des PVVIH dans la société, particulièrement en matière d'accès aux soins et de participation à la vie sociale et économique ; (iv) la constitution d'une « *immunité* » de la société malgache face au VIH, évaluée à partir des actions prises par les éléments-clés du corps social pour la développer .

Les données épidémiologiques sur les IST et le VIH/Sida sont parcellaires. Les groupes cibles et types d'interventions prioritaires ont donc été définis sur la base d'une analyse qualitative des facteurs de risque et de vulnérabilité sous-tendant la dynamique de l'épidémie du VIH à Madagascar, encore classée comme peu active. La définition de ces groupes cibles devra être vérifiée/ajustée sur la base de données bio-comportementales additionnelles, à recueillir dans le cadre d'une surveillance élargie et intégrée au

système de planification et de suivi et évaluation. La nature des interventions devra également être revue sur cette base, pour un ajustement dans la distribution des ressources existantes/à mobiliser pour la couverture des différents groupes de population, en raison notamment de la discordance notée entre la faible prévalence du VIH et la forte prévalence des IST dans la population générale, également observée aux Seychelles et aux Comores et catégorisée par certain comme « le paradoxe de l'Océan Indien ».

Le PSN 2007-2012 se fixe comme cibles prioritaires des interventions les groupes de population les plus susceptibles de contracter et diffuser l'infection par voie sexuelle (TDS et leurs clients) et les groupes de population générale en situation de vulnérabilité accrue face au VIH/Sida parce qu'ayant des contacts sexuels avec les premiers ou vivant dans une commune où ils sont concentrés considérée comme foyer de diffusion de l'infection à VIH, y compris les femmes, les jeunes et tout autre groupe de population disproportionnellement affecté par les facteurs de risque et de vulnérabilité. Il met ainsi davantage l'accent sur la couverture des groupes (les plus) vulnérables que le PSN 2001-2006. Les stratégies prioritaires pour ces groupes de population incluent le renforcement de : (i) l'accessibilité des préservatifs ; (ii) la promotion de comportements sexuels responsables (ABC) ; (ii) le renforcement de la disponibilité et de la demande pour les services cliniques préventif ; (iii) le renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH ; (iv) le renforcement des précautions universelles/sécurité transfusionnelle dans les milieux médicaux) ; (v) la création d'un environnement favorable à la prévention et PEC du VIH/Sida, au niveau sociétal, communautaire et familial. Par rapport au PSN 2001-2006, le PSN 2007-2012 met également davantage l'accent sur : (i) la compréhension des facteurs sous-tendant la dynamique de diffusion de l'infection à Madagascar ; (ii) la promotion du délais dans le début de la vie sexuelle chez les jeunes ; (iii) la dynamisation de la lutte contre les IST classiques ; (iv) l'intensification du dépistage du VIH avec des tests rapides et son inscription dans une référence opérationnelle pour la prise en charge à la fois médicale et psychosociale des PVVIH ; (v) la lutte contre la stigmatisation et discrimination des PVVIH, particulièrement dans le milieu médical et du travail ; (vi) la consolidation du système de suivi et évaluation.

Le Plan d'Action 2007-2012 assigne à la mise en œuvre de ces interventions les principes directeurs suivants : (i) leadership national ; (ii) appropriation nationale de la réponse ; (iii) renforcement des capacités nationales en gestion et mise en œuvre de la réponse et pérennisation des interventions ; (iv) poursuite des trois Principes d'Unicité et alignement des efforts des partenaires ; (v) respect de l'équité dans l'accès aux interventions ; (vi) responsabilité collective et (vii) obligation pour le Gouvernement Malagasy et ses partenaires de procéder à l'exercice d'un contrôle et de rendre des comptes.

Sur la base des leçons tirées de la mise en œuvre du PSN 2001-2006, le Plan d'Action 2007-2012 préconise d'opérationnaliser ces stratégies à travers : (i) le renforcement de l'intégration du VIH/Sida dans les plans de développement nationaux et sectoriels, avec un accent particulier sur le secteur de la santé, de l'éducation et de la sécurité ; (ii) le renforcement des capacités en gestion de programme, i.e en planification, budgétisation, gestion des intrants et suivi et évaluation des performances par rapport à des objectifs annuels de couverture ; (iii) le renforcement de la coordination intra sectorielle et du partenariat avec la société civile, y compris le secteur privé, avec un accent particulier sur le secteur de la santé, le secteur de la communication et le milieu du travail, notamment dans les secteurs économiques vulnérables ; (iv) la décentralisation de la gestion de programme pour une réponse multisectorielle coordonnée à son niveau opérationnel de mise en œuvre – la région et ses districts ; (v) l'intégration des prestations cliniques IST et VIH/Sida dans les services de routine aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (stratégie fixe et avancée) dans une double perspective de renforcement de l'efficacité du programme de lutte contre les IST et VIH/SIDA et du renforcement du système de santé ; (vi) l'intensification d'une « veille informationnelle » et d'une communication de proximité caractérisés par une approche

participative/interactive sur des thèmes plus diversifiés ; (vii) la mobilisation et organisation communautaire pour une réponse par l'individu là où il vit et il travaille ; (viii) l'évaluation des besoins et la mobilisation des ressources techniques et financières pour assurer une couverture effective des groupes et communes vulnérables prioritaires.

Les objectifs stratégiques du Programme national sont repris dans le tableau suivant:

AXE STRATEGIQUE 1 : Mise en place d'un cadre juridique, politique et opérationnel pour une réponse aux IST/Sida multisectorielle, intégrée, efficace et protégeant les droits des personnes
OS 1.1: Renforcer le dispositif juridique et politique de lutte contre les IST et le VIH/SIDA en veillant au respect des droits des PVVIH et à la mise en place de dispositifs appropriés à la lutte et en diffusant au moins deux documents de meilleures pratiques de la réponse chaque année
OS 1.2 : Renforcer la Coordination intra –sectorielle dans la mise en œuvre de la réponse nationale aux IST et VIH/Sida en assurant l'intégration de la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans les plans d'action de tous les ministères d'ici 2012
OS 1.3 : Renforcer la décentralisation de la gestion du programme pour une réponse locale aux IST et au VIH/SIDA à travers l'élaboration et la mise en œuvre de Plans locaux de lutte contre le SIDA au niveau de chacune des 1549 communes que compte le pays et en encourageant l'implication des PVVIH dans la coordination de la lutte au niveau d'au moins 10% des communes d'ici 2012
OS 1.4: Renforcer l'efficacité du système de la santé dans la réponse aux IST et au VIH/SIDA en assurant une gestion efficace des réactifs, consommables et médicaments pour éviter les ruptures et pour réduire le taux de péremption des stocks à moins de 1%
OS 1.5: Renforcer l'engagement du secteur travail dans la réponse nationale aux IST et au VIH/SIDA à travers des appuis pour la mise en œuvre et l'adoption de politique de lutte contre le VIH/SIDA dans 80% des grandes entreprises d'ici 2012.
AXE STRATEGIQUE 2 : Amélioration de l'Accès à l'information et à des services cliniques de prévention des IST et du VIH/SIDA de qualité
OS 2.1 : Promouvoir les comportements à moindre risque face aux IST et du VIH/Sida et la demande des services de cliniques en touchant lors des interventions des activités de proximité environ 4 000 000 de personnes par an dont 15% des jeunes de 15-24 ans et 15% de groupes vulnérables (y compris les TDS), et en distribuant environ 20 000 000 préservatifs par an et contribuer à l'atteinte d'un taux d'utilisation du préservatif chez les jeunes garçons âgés de 15 à 24 ans de 45 %et chez les Travailleurs de Sexe de 95 % d'ici 2012
OS 2.2 : Intensifier le dépistage de la Syphilis et de la PEC des cas d'IST classiques en assurant le dépistage de la Syphilis des femmes enceintes au moins dans 70 % des CSB mais aussi en assurant une prise en charge correcte des IST d'au moins 80% des TDS identifiés et d'atteindre une réduction de 25 % de la prévalence des IST d'ici 2012
OS 2.3 : Intégrer le Conseil et Dépistage confidentiel et volontaire du VIH dans les services de routine dans au moins 70 % des communes et en dépistant au moins 3 000 000 de personnes dont 15 % parmi les jeunes de 15-24 ans et 15% parmi les groupes vulnérables (TDS, camionneurs, HSH, UDI, militaires, etc) d'ici 2012
OS 2.4 : Renforcer la disponibilité de services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en rendant fonctionnels des sites PTME au niveau d'au moins 70 % des communes et avec un taux d'acceptation de 90 % et en dépistant 1700 femmes enceintes dont 80% parmi celles qui sont dépistées positives seront mis sous prophylaxie ARV pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de dans les sites PTME d'ici 2012
OS 2.5 : Intensifier les précautions universelles et la prévention de la transmission sanguine du VIH/SIDA en milieu de travail en assurant la sécurisation de toutes les poches de sang utilisées et en assurant la prise en charge d'au moins 80% des cas d'accident d'exposition au sang rapportés
AXE STRATEGIQUE 3 : Réduction de l'impact du VIH et du SIDA sur les personnes infectées et affectées par l'épidémie
OS 3.1 : Renforcer l'accessibilité et la disponibilité des services de PeC médicale des PVVIH en rendant disponible et fonctionnel des centres de référence dans 45% des districts pour assurer la prise en charge et le traitement sous ARV de 2500 PVVIH d'ici 2012, et en assurant la survie des 95% d'entre eux après 12 mois du début de traitement

OS 3.2 : Renforcer la disponibilité de la prise en charge psychosociale des PVVIH au niveau communautaire en assurant le prise en charge de 5000 PVVIH et de 5000 OEV d'ici 2012

AXE STRATEGIQUE 4 : Renforcement de la gestion de la réponse nationale

OS 4.1 : Mettre en place un système de planification et de suivi et évaluation intégré fonctionnel pour une meilleure gestion de la mise en œuvre des interventions afin d'atteindre un taux de complétude du dépôt des rapports des communes à 80% d'ici 2012

OS4.2 : Mobiliser des fonds pour la mise en œuvre du plan d'action 2007-2012 en faisant le plaidoyer auprès des partenaires nationaux et internationaux et pour l'effectivité des trois Principes d'Unicité à tous les niveaux

PREMIERE PARTIE

ANALYSE DE LA SITUATION

1. PRESENTATION DU PAYS

Localisation : Madagascar est situé dans le Sud-Ouest de l'Océan Indien et est séparé du continent africain par le canal du Mozambique.

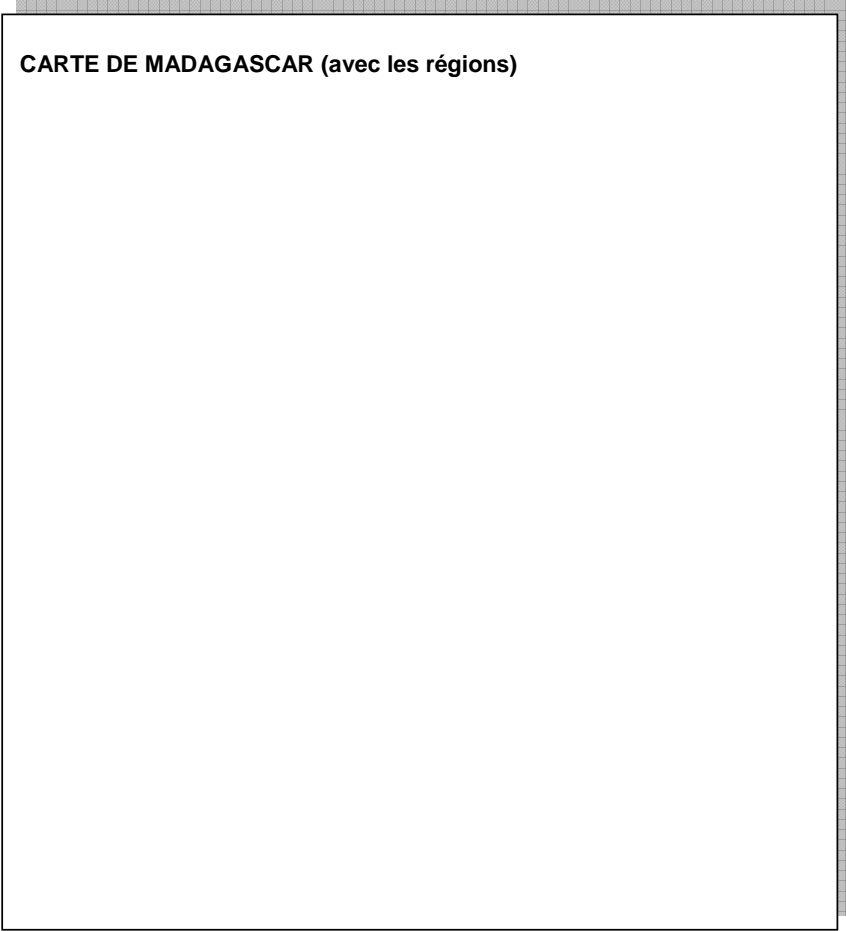
Superficie : la superficie de la « Grande Ile » est de 587 401 km². Elle s'étend sur une longueur de 1 500 kilomètres et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur et comprend plus de 5 000 kilomètres de côtes baignées, à l'Ouest, par le canal de Mozambique et, à l'Est, par l'Océan Indien, avec des petites îles dont les plus importantes sont Nosy Be et Sainte Marie.

Population : Au 30 juin 2006, la population de Madagascar était estimée à 17,8 Millions d'habitants, dont environ 70% vivent en milieu rural, près de 5% dans la capitale et 25% dans les autres milieux urbains. Elle est essentiellement composée de groupes de population d'origine africaine et indonésienne et comprend des sous-groupes de population d'origine indienne et chinoise. Le pays est uni dans cette diversité par une même langue, le Malagasy, qui ne connaît que de faibles variations dialectales.

Division administrative : L'île était, jusqu'en 2003, divisée en six provinces administratives autonomes. Elle comprend maintenant vingt deux régions administratives. Les régions, sont à leur tour découpées en 116 districts et 1549 communes, qui sont elles-mêmes divisées en quartiers (17 222 Fokontany), constituant l'unité administrative de base.

Espérance de vie à la naissance : La baisse continue de la mortalité infantile et juvénile a fortement contribué à améliorer la qualité de vie de la population malgache. Evaluée à 52,1 ans en 1993, l'espérance de vie à la naissance a atteint 55,5ans en 2005.

CARTE DE MADAGASCAR (avec les régions)



Indice synthétique de fécondité : En dépit de la baisse enregistrée, la fécondité des femmes malgaches demeure élevée, chaque femme ayant donné naissance, en moyenne, à 5,2 enfants en fin de vie féconde. Toutefois, il existe une disparité importante entre le milieu urbain et le milieu rural : l'indice synthétique de fécondité est de 3,7 enfants par femme en milieu urbain contre 5,7 en milieu rural.

Alphabétisation : Reconnaisant l'éducation et l'alphabétisation comme des fondements du développement humain durable, le pays a déployé des efforts considérables dans ce domaine. Le taux d'alphabétisation des adultes malgaches est passé de 58% en 1990 à 63% en 2005. L'écart entre les milieux urbain et rural est considérable mais la différence entre les sexes est relativement faible.

PIB/habitant : Avec un PIB par habitant évalué à 294 USD en 2003, Madagascar fait face au défi majeur de la réduction de la pauvreté. En 2003, on évaluait à 74% la population vivant en dessous du seuil national absolu de pauvreté, avec une grande majorité vivant en milieu rural. La mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (DSRP) depuis 2003, maintenant renforcée par le « Madagascar Action Plan 2007-2012 » où la lutte contre le VIH/Sida a également été intégrée, traduit la volonté manifeste du pays à sortir de cette situation.

Indice de Développement Humain : Avec un IDH évalué à 0,499 en 2003, Madagascar est classé 146^{ème} sur 177 pays. Toutefois, il convient de noter une évolution croissante de l'indice du pays (0,400 en 1975).

Us et coutumes à Madagascar

La Communauté Malagasy croit en son Dieu, le « Zanahary » ou le « Andriamanitra » ou le « Andriananahary ». Dans beaucoup de cas, elle pratique en même temps le culte des ancêtres.

Le christianisme a été introduit au début du 19^{ème} siècle. Les chrétiens constituent actuellement environ 40% de la population appartenant essentiellement aux quatre églises issues de la FFKM (Fédération Œcuménique des Eglises de Madagascar) et au catholicisme. Les musulmans sont de l'ordre de 200.000¹. D'autres groupements religieux commencent à gagner du terrain (Jesosy Mamonjy, Eglises pentecôtistes ...).

Le pouvoir des chefs traditionnels et religieux est un atout pour la lutte contre le VIH/Sida dans la mesure où : (i) les anciens, les aînés, les « loholona », les « ray aman-dreny », les « mpitan-kazomanga » (détenteurs du spectre), les « ombiasy » occupent encore une place prépondérante au sein de la communauté rurale malagasy où ils sont considérés comme les garants et les détenteurs du savoir et de la sagesse et sont par conséquent consultés pour tous les problèmes qui touchent les familles et la communauté ; (ii) les leaders religieux ont un pouvoir de dissuasion, de réconciliation et sont souvent consultés par leurs ouailles pour trouver des solutions aux problèmes de la vie quotidienne ou sociale.

Du fait de la diversité de sa population, Madagascar est caractérisée par une grande variété de traditions et de coutumes. Certaines pratiques coutumières favorisent le multi partenariat sexuel. C'est le cas, par exemple, de la coutume régionale de « l'Ampela Tovo » dans le Sud de Madagascar qui consiste à séparer les jeunes femmes du domicile de leur parents. D'autres coutumes présentent aussi des risques pour la transmission du VIH/Sida telles que l'alliance par le sang et les tatouages.

2. STADE ET DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA

Le premier cas de Sida a été détecté à Madagascar en 1987. En 2005, l'épidémie du VIH/Sida a été classée comme peu active, avec une prévalence inférieure à 2% dans les groupes considérés comme les plus vulnérables (1.36 % parmi les Travailleuses du sexe et 0,69% parmi les clients IST) et inférieure à 1% dans la population générale, bien qu'elle présente une tendance à la généralisation. Chez les femmes enceintes, le taux de séroprévalence de l'infection à VIH était de 0,04% (1985-1988) et de 0,95% (2003), montrant une évolution du taux d'infection suffisamment élevée pour qu'elle puisse être considérée comme significative, indépendamment de la méthodologie utilisée pour les différentes enquêtes. Les dernières estimations faites par l'ONUSIDA donnent une prévalence du VIH de 0,5% dans la population adulte de 15 à 49 ans pour l'année 2005. Les données biologiques disponibles montrent que l'épidémie est présente dans chacune des 6 provinces de Madagascar, en zone urbaine et en zone rurale, mais ne permettent pas d'évaluer l'importance de l'infection qui peut varier d'une région ou d'un district à l'autre, en fonction de la localisation des foyers d'infection. Les tableaux qui suivent donnent un aperçu de la situation épidémiologique du VIH à Madagascar :

Tableau 1 : Disparités des taux de prévalence du VIH selon les provinces

Sites	Taux de prévalence du VIH (%)		
	Femmes enceintes	TDS*	Tuberculeux
Antananarivo	0,30	0,61	0,44
Antsiranana	1,51	2,75	0,84
Fianarantsoa	1,32	0,00	1,11
Mahajanga	1,49	2,01	2,25
Toamasina	0,79	1,33	0,43
Toliara	1,17	1,22	0,97
Ensemble	0,95	1,36	0,91

Source(s) : Femmes enceintes (Enquête de 2003), TDS (ESB 2005), Tuberculeux (Enquête de 2005)

* Données relatives aux chefs lieux de provinces

Tableau 2 : Données relatives au taux de prévalence du VIH

Année	Taux de prévalence (%)	Intervalle de confiance	Population cible	Source de données
2005	0,5	[0,2-1,2]	Adultes de 15 à 49 ans	ONUSIDA (2006), Estimation à partir de EPP
2005	1,36	[0,86-2,03]	Travailleurs de sexe	MINSAN PF (2005), Enquête biologique au niveau de 6 sites sentinelles situés dans les 6 chefs lieux de province
2005	0,69	[0,33-1,29]	Patients IST	MINSAN PF (2005), Enquête biologique au niveau de 11 sites sentinelles
2005	0	[0-0,44]	Militaires	IPM/MINDEF (2005), Enquête nationale auprès des militaires
2005	0,90	[0,46-1,34]	Tuberculeux	MINSAN PF (2005), Enquête sur la co-infection VIH/tuberculose
2003	0,95*	[0,7-1,14]	Femmes enceintes	MINSAN PF(2003), Enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes

2.1 FACTEURS DE RISQUE

Le risque se définit traditionnellement comme la probabilité pour un individu de contracter l'infection. Certains facteurs génèrent ce risque et sont, de ce fait, appelés « facteurs de risque ». C'est le cas des relations sexuelles sans protection avec des personnes dont on ignore le statut sérologique VIH, le non respect des règles prophylactiques dans le cadre de soins de santé, les transfusions sanguines avec du sang non sécurisé et l'utilisation d'aiguilles ou autres instruments (par exemple, rasoirs, ...) utilisées en commun.

A Madagascar, le taux de transmission du VIH/Sida par voie hétérosexuelle est évalué à 97%. Comme les modes de transmission du VIH sont déterminés par enquête épidémiologique, en interrogeant les cas connus et en les extrapolant au niveau national, on ne dispose pas de données fiables sur la transmission homo- et bisexuelle et la transmission sanguine. On ne dispose pas non plus de données sur les comportements à risque des personnes vivant avec le VIH dont la forte majorité ignore encore son statut sérologique. Les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) indiquent que 95,4% des femmes et 86,9% des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels non protégés. La vulnérabilité liée au rapport sexuel multiple non protégé est d'autant plus élevée qu'il est couplé de co-facteurs : l'âge, le sexe féminin et les IST classiques.

A Madagascar, environ 95% des hommes sont circoncis, ce qui peut représenter une protection face au VIH. Mais la précocité des rapports sexuels constitue un facteur de risque important, particulièrement pour les femmes, physiologiquement plus vulnérables à l'infection que les hommes, notamment quand elles sont jeunes. L'analyse d'un sous échantillon de l'EDS de 2003-2004 qui examinait la présence des bio marqueurs a montré que la syphilis active chez les femmes de 15-49 ans était de 4,2% et de 3,5%

chez les hommes. L'enquête de surveillance biologique seconde génération de 2005 indique une prévalence de 5,1% de la syphilis active parmi les femmes enceintes, 7% parmi les patients IST et 16,6% parmi les travailleuses du sexe. Une étude menée en 2005 par l'IPM sur la prévalence de la syphilis chez les militaires a montré un taux de prévalence de la syphilis de 16,6%. Les données de 2003 sur la relation entre VIH et syphilis ont montré une tendance alarmante : les femmes malades de la syphilis présentaient 1,85 fois plus de risque d'attraper le VIH ($p < .03$). Dans certaines provinces comme Mahajanga et Fianarantsoa ce rapport allait même jusqu'à quatre à cinq fois. (OR=4,52 et 4,78). Les tableaux qui suivent donnent un aperçu de la situation de la syphilis à Madagascar :

Tableau 3 : Disparités des taux de prévalence de la syphilis selon les provinces

Sites	Taux de prévalence de la syphilis (%)					
	Femmes 15-49 ans	Hommes 15-49 ans	Ensemble 15-49 ans	Femmes enceintes	TDS	Militaires
Antananarivo	1,2	0,6	0,9	3,6	12,6	12,9
Antsiranana	7,1	4,5	5,7	8,9	6,9	15,1
Fianarantsoa	0,7	3,0	1,8	5,2	13,0	23,4
Mahajanga	5,7	4,8	5,3	6,8	17,1	15,9
Toamasina	9,3	8,0	8,6	16,8	39,3	26,4
Toliara	8,3	3,9	6,2	8,7	8,5	22,2
Ensemble	4,2	3,5	3,8	7,6	16,6	16

Sources : Enquête Démographique et de Santé (2003-2004), Enquête de Séroprévalence chez les Femmes Enceintes (2003), Enquête de Surveillance biologique chez les TDS (2004), Enquête nationale auprès des militaires (2005)

Tableau 4 : Données relatives au taux de prévalence de la syphilis

Année	Taux de prévalence (%)	Intervalle de confiance	Population cible	Source de données
2005	16,6	[14,8-18,5]	Travailleurs de sexe	MINSAN PF (2005), Enquête biologique au niveau de 6 sites sentinelles situés dans les 6 chefs lieux de province
2005	7,07	[5,80-8,50]	Patients IST	MINSAN PF (2005), Enquête biologique au niveau de 11 sites sentinelles
2005	16	[15,3-19,9]	Militaires	IPM/MINDEF (2005), Enquête nationale auprès des militaires
2004	3,8	[3,26- 4,33]	Population 15-49 ans	Enquête Démographique et de Santé (2003-2004)
2004	3,5	[2,76- 4,23]	Hommes 15-49 ans	Enquête Démographique et de Santé (2003-2004)

2004	4,2	[3,41- 4,99]	Femmes 15-49 ans	Enquête Démographique et de Santé (2003-2004)
2003	7,61*	[7,07-8,12]	Femmes enceintes	MINSAN PF (2003), Enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes

L'ONUSIDA estime le nombre de personnes séropositives à environ 49 000 personnes. Ces personnes séropositives devraient connaître leur statut sérologique pour bénéficier d'un suivi médical et biologique et un soutien psychosocial. Parmi eux, 10% nécessitent une prise en charge thérapeutique ARV soit environ 4900 personnes. Or, le taux de dépistage est encore très faible (moins de 1% en 2005). Le nombre de PVVIH sous suivi médical est actuellement de 184 et 89 personnes éligibles sont sous ARV. Le taux de perdus de vue n'est pas connu.

Tableau 5 : Les principaux facteurs de risque à Madagascar

Facteurs de risque
⌘ Rapport sexuel à risque (précoce) non protégé
⌘ Exposition au sang ou par des instruments contaminés
⌘ Rapport sexuel (précoce) de la femme
⌘ Présence d'IST
⌘ Sero-ignorance des PVVIH
⌘ PVVIH perdus de vue

2.2 FACTEURS DE VULNERABILITE

Les facteurs de risque ont des causes diverses : manque d'information sur le VIH, manque de pouvoir de décision pour l'adoption de comportements moins risqués, pression des pairs, déni de la réalité du VIH, minimisation du risque personnel, difficultés d'accès aux préservatifs, manque de disponibilité des services de santé, ... qui constituent autant de facteurs de vulnérabilité. Ces facteurs de vulnérabilité forment un « arbre de causalité », renvoyant à des effets direct, indirect et structurel. Par exemple, la pauvreté (aspect structurel) et donc, le manque de ressources au niveau des ménages (effet indirect) obligent parfois les personnes à se déplacer pour trouver du travail (effet direct). Or, les personnes mobiles sont exposées à des conditions de vie favorisant le recours au sexe commercial (comportement à risque).

A Madagascar, le concept de vulnérabilité est également appliqué aux communes. Les communes vulnérables sont celles qui : (i) présentent un certain nombre de paramètres socio-économiques comme le faible accès à l'information, la difficulté d'accès géographique aux services de santé, ... et (ii) qui regroupent un nombre significatif d'individus qui, du fait de leurs comportements

sexuels à risque, présentent une forte probabilité de contracter et diffuser le virus. Les individus vivant dans ces communes et qui ont des comportements à moindre risque seront en effet davantage vulnérables à l'infection, particulièrement si le réseau sexuel est ouvert, c'est-à-dire, si les individus ayant des comportements à risque élevé ont également des rapports sexuels avec ceux qui ont des comportements à moindre risque. Ce risque sera encore plus grand que les prévalences des IST et du VIH seront élevées dans la commune. En d'autres termes, la résidence dans une commune où le risque de propagation du VIH est élevé représente un facteur de vulnérabilité majeur pour l'individu.

Tableau 6 : Les principaux facteurs de vulnérabilité à Madagascar

Facteurs immédiats	Facteurs de prédisposition
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Mobilité liée à l'emploi ⌘ Consommation d'alcool/drogue ⌘ Chômage/revenus insuffisants favorisant sexe commercial formel, informel ou occasionnel ⌘ Faible connaissance des IST et VIH/Sida ⌘ Croyances générant attitudes négatives vis-à-vis des comportements favorables à la santé (déni de la réalité du VIH, minimisation du risque personnel, stigmatisation des PVVIH, etc.) ⌘ Pression sociale (couple, famille, pairs) influençant négativement ou limitant le pouvoir de décision personnel ⌘ Faible utilisation des services préventifs et condoms. 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Pauvreté ⌘ Analphabétisme/faible niveau d'éducation ⌘ Rapports de pouvoir entre les sexes (domination des hommes) ⌘ Normes et pratiques sociales favorisant le rapport sexuel non protégé (ex. fitampoha, valabe, bilo, havoria, asa lolo, sambatra, résistances culturelles à l'utilisation du préservatif, ...) ⌘ Faiblesse des ressources destinées à l'information préventive, aux préservatifs, aux services de prise en charge des IST et de dépistage et PEC du VIH ⌘ Résidence dans une commune de forte prévalence des IST ⌘ Résidence dans une commune de forte prévalence du VIH ⌘ Résidence dans une commune regroupant des individus qui, du fait de leurs comportements à risque, présentent une forte probabilité de contracter et diffuser l'infection

2.3 DYNAMIQUE DE LA DIFFUSION DE L'INFECTION

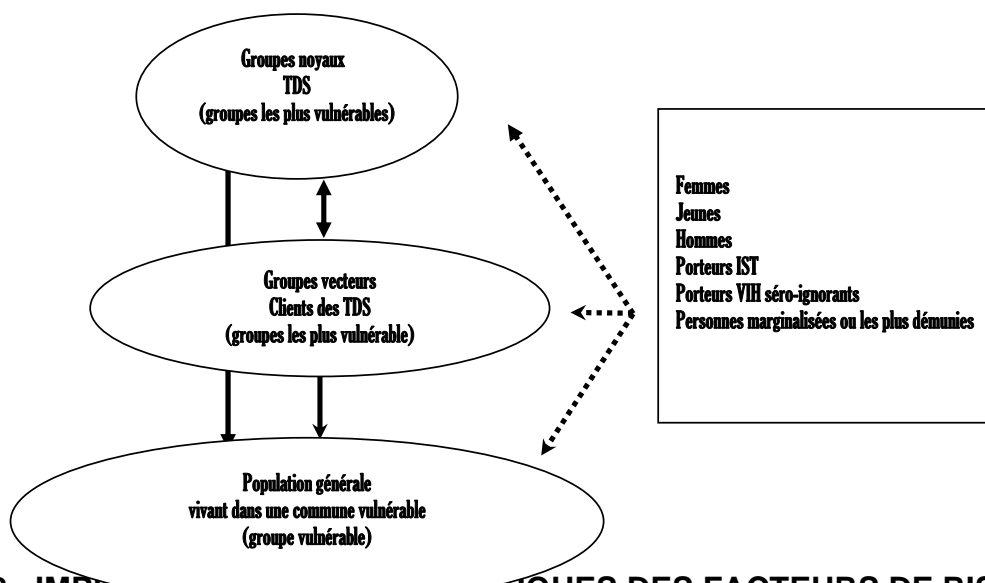
Les comportements à risque de transmission hétérosexuelle du VIH vont du moindre au plus élevé et ne sont pas distribués de façon homogène dans la population. Certains individus s'engagent, plus que d'autres, dans des comportements à risque et sont parfois caractérisés comme appartenant à des groupes « à haut risque ». Comme ce sont les comportements et non les personnes qui sont à risque et en raison de la stigmatisation et la dépersonnalisation du risque qu'elle peut engendrer chez les personnes qui ne s'identifient pas à ces groupes, Madagascar a rejeté cette appellation.

Les individus qui ont le plus de comportements à haut risque font partie de ce que l'on considère comme des « groupes noyaux de diffusion de l'infection ». Les personnes qui ont des rapports sexuels avec les membres de ces groupes noyaux jouent un rôle tout aussi majeur dans la diffusion des IST et du VIH. Ils sont considérés comme faisant partie des « groupes vecteurs de transmission de l'infection », ou « groupes relais ou passerelles » entre les groupes noyaux et la population générale. La rapidité de la diffusion de

l'infection dans la population générale est fonction de la perméabilité intergroupe : plus elle est grande, plus la transmission des IST et du VIH des groupes noyaux et vecteurs vers la population générale sera rapide.

A Madagascar, ces groupes noyaux et passerelles sont considérés groupes « les plus vulnérables » à l'infection. Ils sont essentiellement constitués des travailleuses du sexe – ou la prévalence des IST et du VIH est la plus élevée - et donc, de leurs clients. Les femmes, les jeunes, les groupes de population marginalisés ou les plus démunies ont parfois été considérés comme faisant partie des groupes de population les plus vulnérables. En effet, les données biologiques montrent que dans les épidémies généralisées, c'est le groupe d'âge des jeunes des 15 à 24 ans qui est, numériquement, le plus touché. Le nombre de femmes infectées par rapport aux hommes est également beaucoup plus élevé au fur et à mesure que l'épidémie se répand. Cependant, dans les épidémies peu actives, comme à Madagascar, les femmes, les jeunes et les groupes de population ne sont pas tous exposés au même risque : les jeunes, les femmes et les groupes de population marginalisés ou démunis qui vivent dans les communes vulnérables soit, où le risque de diffusion de l'infection est le plus élevé sont les plus exposés au VIH. Madagascar les catégorise comme « groupes vulnérables ».

Schéma 1: Modalités principales de diffusion de l'infection à VIH par voie sexuelle à Madagascar



3. IMPLICATIONS ÉPIDÉMIologiques DES FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNERABILITE EN TERMES DE CIBLES DES INTERVENTIONS

3.1 GROUPES DE POPULATION LES PLUS SUSCEPTIBLES DE CONTRACTER ET DIFFUSER L'INFECTION A VIH

A Madagascar, en raison de la faible prévalence du VIH, la logique de contrôle du VIH/Sida doit reposer sur le concept de groupe noyaux et vecteurs de transmission de l'infection. En effet, un petit nombre d'individus qui changent le plus fréquemment de partenaires génèrent un grand nombre de nouvelles infections. Aussi, en concentrant les efforts de prévention sur ces individus aux comportements à haut risque, on évitera plus de nouvelles infections par coût unitaire. Ils peuvent être regroupés en sous-groupes de population aux caractéristiques localisables.

Travailleuses du sexe

A Madagascar, où la transmission hétérosexuelle du VIH est estimée à 97%, les « groupes noyaux » sont essentiellement constitués des travailleuses du sexe. La prévalence du VIH chez les TDS formelles à Antananarivo est ainsi passée de 0,3% en 1995 à 1% en 1998. A Antsiranana, 1 à 2% des TDS dépistées se sont révélées positives. A Toamasina, moins de 1% étaient positives en 1995 (ONUSIDA/OMS Fiche épidémiologique – mise à jour 2000). Comme il existe 6 sous-types de VIH identifiés, on suppose que les TDS ont joué le rôle de passerelle entre des personnes venues d'ailleurs et leurs clients dans le pays.

Il n'est pas possible d'estimer leur nombre de façon exhaustive ni de les localiser précisément. La compilation des résultats d'études sur ces groupes effectuées par l'ONG Alliance en 2006 a permis d'estimer le nombre des TDS formelles à 5000 et des TDS informelles, à un peu plus de 10 000. Ces chiffres sont conservateurs, puisque définis à partir des sites de recherche : Toliara, Antananarivo, Antsirabe, Antsiranana, Fianarantsoa, Mahajanga, Nosy Be, Nosy Boraha, Taolanaro, Toamasina. Il n'existe pas non plus de définition standardisée des TDS formelles par rapport aux TDS informelles et occasionnelles et leur contribution respective dans la propagation du VIH n'est pas connue. Les TDS formelles, définies comme celles qui sont « enregistrées » au niveau des services de consultations de suivi sont estimées à 5000 par l'ONG Alliance International. Les TDS informelles travaillent dans les mêmes zones que les TDS formelles et en direction des mêmes clients mais ne sont pas enregistrées. Elles incluent les nouvelles venues dans le métier et seraient beaucoup plus nombreuses que les premières. Les TDS occasionnelles regroupent les filles des « marchés aux filles » (y compris femmes mariées) qui ont besoin d'argent pour arrondir leur budget. Elles peuvent jouer le rôle de relais entre certains groupes passerelles (exemple : convoyeurs de zébus, marchands ambulants) et les hommes qui ont des comportements à moindre risque. Elles ne se considèrent pas comme des professionnelles du sexe. A Madagascar, la contrepartie financière pour le rapport sexuel n'est pas nécessairement considérée comme une caractéristique du travail du sexe.

Groupes professionnels mobiles

De façon générale, les informations sur qui composent les clients des TDS et sur la façon dont ils pourraient contribuer à diffuser l'infection dans la population générale ne sont pas disponibles. On ne dispose pas davantage de données précises sur le profil professionnel des patients IST. Les cas de VIH sont quant à eux trop peu nombreux pour que l'on puisse isoler des tendances en termes de sous-groupes de population masculine les plus touchés. Cependant, pour que le virus se propage, il doit « voyager ». Les études menées dans de nombreux pays identifient d'ailleurs clairement les mouvements de population, essentiellement imposés par les conflits et les activités professionnelles, comme ayant une relation de cause à effet avec la propagation de l'infection, via le recours au sexe commercial.

La faiblesse du réseau de communication à Madagascar a été identifiée comme l'un des facteurs pouvant expliquer la maintenance du taux de prévalence du VIH à moins de 1% au cours des 20 dernières années, en dépit de la forte prévalence des IST dans la population générale, qui constitue un problème de santé publique majeur depuis très longtemps. La situation est cependant amenée à changer assez rapidement, du fait de l'accent mis sur la construction de routes, la migration de plus en plus accentuée vers les centres urbains, les mouvements de population occasionnés par la construction de nouvelles infrastructures et les activités économiques, qui pourraient faire notamment appel à une main d'œuvre étrangère, parfois originaire de pays où l'épidémie du VIH est généralisée.

La mobilité liée au travail est donc retenue par Madagascar comme le facteur de vulnérabilité permettant d'identifier les groupes de population passagers considérés, au même titre que les TDS comme « groupes les plus vulnérables ». En effet, à Madagascar, certaines activités économiques sont dépendantes de travailleurs qui se déplacent pour une période déterminée ou pour une saison, par exemple, dans le secteur agricole, minier, des constructions et du transport. Les conditions de vie dans les localités de destination (séparation du partenaire sexuel régulier, promiscuité, sentiment de solitude, surpopulation masculine,...) sont autant de facteurs contribuant à la vulnérabilité de ces groupes de population face aux IST et au VIH. Malheureusement, les données sur la mobilité des groupes professionnels au sein des secteurs d'activités économiques à Madagascar sont rares. Les secteurs pouvant constituer des leviers pour des rapports sexuels à risque de propager l'infection ont donc été définies sur la base de données pour la plupart anecdotiques. Elles sont consignées dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Catégories professionnelles mobiles selon le secteur d'activités économiques.

Secteur	Catégorie professionnelle
Transport.	Camionneurs, Chauffeurs de taxi-brousse, Marins étrangers et locaux, Missionnaires nationaux et régionaux, Missionnaires internationaux.
Construction.	Ouvriers des ports, Ouvriers des sites industriels, Ouvriers des ponts, Ouvriers des barrages, Ouvriers des routes, Ouvriers des bâtiments, écoles et marchés.
Pêche	Pêcheurs industriels nationaux, Pêcheurs industriels locaux, Travailleurs dans les élevages halieutiques. Collecteurs de produits halieutiques.
Commerce	Marchands ambulants (communes), Convoyeurs de zébus, Marchands ambulants des villes/ports.
Centres industriels	Employés des grandes industries sucrières, Employés des grandes industries textiles, Employés des usines de transformation du riz, Employés de transformation du coton, Employés des usines de transformation du maïs en farine, Employés des usines de transformation des produits laitiers.
Agriculture	Collecteurs de produits agricoles, Main d'œuvre saisonnière pour la récolte des cultures vivrières à vocation industrielle et/ou d'exportation.,
Sécurité	Militaires, Policiers, détenus.
Mines	Prospecteurs, Collecteurs, Revendeurs.
Tourisme	Guides touristiques, Personnels des hôtels et restaurants, Touristes.

Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)

La récente étude menée par l'ONG Alliance a permis d'identifier 1015 HSH dans 7 sites de recherche (Taolanaro, Ilakaka, Antananarivo, Mahajanga, Antsiranana, Andilamena et Toamasina). Près de 97% des HSH recensés sont des nationaux ; 77% d'entre eux ont eu pour premier partenaire sexuel un Malgache de sexe masculin dans 51% des cas, en majorité avant l'âge de 20 ans. Trente neuf pour cent d'entre eux sont des hommes qui tiennent le rôle de femmes lors du rapport sexuel, 30% sont des hommes qui tiennent indifféremment le rôle d'homme ou de femme et 24% sont des hommes qui tiennent uniquement le rôle d'homme. Sept pour cent sont des travailleurs de sexe. Plus de 75% ont moins de 30 ans ; 35% ont déclarés être célibataire et 32% vivre en union, notamment pour cacher leur orientation sexuelle ; les autres n'ont pas clarifié leur situation. Soixante cinq pour cent des HSH enquêtés ont déclaré avoir eu plus de 20 partenaires sexuels au cours des 3 derniers mois et 17%, plus de 80 partenaires. Cinquante quatre pour cent au moins n'ont pas utilisé de préservatif à chaque rapport sexuel.

Population carcérale

L'expérience internationale a montré que le milieu carcéral présente des risques de commerce sexuel hétéro et homosexuel. A Madagascar, le séjour en univers carcéral place les détenus dans des situations de forte vulnérabilité, notamment liées à la promiscuité et l'absence de préservatif. Il est conçu pour une population carcérale de 13 222, mais inclut en réalité 18 442 personnes. Plus de 70% de cette population est constituée de prévenus dont 94,92% sont des hommes et 91,44% ont un âge moyen de 33,5 ans. Cette population carcérale est concentrée dans trois provinces : 24,06% à Antananarivo, 18,66% à Mahajanga, 18,31% à Toamasina.

PVVIH

Le nombre de PVVIH dépistées et prises en charge psychologiquement et médicalement est encore trop faible. Avec un taux de séroprévalence de 0,5% dans la population générale (17.8 millions), il y aurait dans tout Madagascar au moins 89,000 personnes infectées par le VIH. La majorité d'entre elles ne connaissent pas leur statut sérologique et continuent à propager l'infection. Actuellement seules 184 personnes sont sous suivi médical et 89 personnes sont sous traitement antirétroviral. Le nombre des perdus de vue n'est pas connu.

Les données de l'enquête de sérosurveillance de 2003 fournissent les données suivantes : l'âge moyen est de 27,4 ans pour les femmes et de 34,3 ans pour les hommes. Les femmes sont les plus touchées avec 49,0% par rapport à 43% pour les hommes (8% indéterminé). Selon les données émanant du Laboratoire National de Référence (LNR), 15 pourcent des séropositifs confirmés en 1999 étaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans et l'enquête de 2003 a montré que parmi les 106 femmes enceintes séropositives, la moitié était des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient représentées : 10,1% étaient des travailleurs de sexe. ; 10,1% étaient des agriculteurs, les ménagères occupant la troisième place avec 7,8%, suivies par les commerçants (6,9%), les travailleurs du secteur hôtelier (3,9%), les chômeurs (3,3%), les étudiants (2,6%) et les chauffeurs (2%). Les cas de VIH sont cependant trop peu nombreux pour que l'on puisse isoler des tendances significatives sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des PVVIH.

Utilisateurs de drogues injectables (UDI)

L'utilisation de drogues injectables ne semble pas être encore une pratique répandue mais doit être mieux documentée. Les données disponibles sur la consommation de drogue concernent surtout le cannabis et le Quat souvent consommé dans les débits de boissons des régions où ils sont cultivés, se conjuguant à l'effet de l'alcool pour encourager les comportements à risque. L'ONG Alliance a identifié 183 utilisateurs de drogue injectable parmi les HSH recensés, dans les sites de Antananarivo, Taolanaro et principalement Toamasina, le plus grand port de Madagascar (plus de 90% des IDU identifiés). Les principales sources de drogue sont les navigateurs, les étrangers, les « business men » (personnes qui sont dans les petites affaires informelles) et les pharmacies. La seringue est utilisée en commun par 2 à 6 UDI en raison du coût de la seringue.

3.2 GROUPES DE POPULATION GENERALE VULNERABLES

Une approche pragmatique de la prévention vise à assurer à la fois la couverture des populations les plus vulnérables et du plus grand nombre possible de la population générale, en particulier celle qui se trouve en situation de vulnérabilité accrue, en raison du contexte local de risque de propagation de l'infection. Cette approche est particulièrement adaptée à un pays comme Madagascar, où la prévalence du VIH reste fort concentrée dans les « groupes à comportements à haut risque » mais où la prévalence des IST classiques dans la population générale est très élevée, reflétant la mesure dans laquelle le VIH/Sida peut s'étendre.

Dans la population générale, certains sont davantage exposés que d'autres à l'infection. Il s'agit des partenaires sexuels réguliers des personnes appartenant aux groupes noyaux et passerelles : bien que ne s'engageant pas nécessairement dans des rapports sexuels à risque, ils sont vulnérables à l'infection à VIH en raison du comportement sexuel à risque de leurs partenaires. Il s'agit également de la population générale vivant près d'un foyer de diffusion de l'infection à VIH. Bien qu'ayant des comportements sans risque connu ou à moindre risque, elle sera plus exposée à l'infection à VIH si elle se répand dans la localité et affecte leur partenaire sexuel occasionnel ou régulier. Enfin, ce sont les femmes, les jeunes, les populations marginalisées ou les plus démunies, ou tout autre groupe de population disproportionnellement affectés par les facteurs de vulnérabilité, particulièrement s'ils vivent dans une commune vulnérable. Dans tous les cas de figure, la présence des IST jouera comme co-facteur de transmission du VIH.

Les jeunes

Les jeunes de moins de 20 ans représentent 56.2% de la population malgache et sont très vulnérables aux IST. Le taux de séroprévalence de la syphilis est relativement élevé dans le groupe d'âge des 15-30 ans (2,1 % à 15-19 ans, 5,5 % à 20-24 ans et 7,5 % à 25-30 ans). Trente pour cent des jeunes de moins de 15 ans ont déjà commencé leur vie sexuelle. Les jeunes ont en outre une vie sexuelle très active, avec de multiples partenaires, et ne se protègent pas, en raison notamment du sentiment d'invulnérabilité aux infections qui les caractérisent. La migration à Madagascar est également le fait des jeunes : 68% des migrants

sont âgés de 10 à 44 ans et l'âge moyen des migrants est de 30 ans pour les deux sexes. Bien que non concluantes, les données du Laboratoire National de Référence (LNR) indiquent qu'en 1999, 15% des séropositifs confirmés étaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Les femmes

Les femmes sont physiologiquement plus à risque de contracter l'infection, particulièrement quand elles sont jeunes. Les femmes ont, de plus, un faible contrôle sur leur sexualité, dans un contexte de comportements à risque avéré. Leur capacité à négocier un rapport sexuel non désiré ou protégé est faible. Dans plusieurs régions du pays, le statut de la femme et des filles ne leur confère pas le droit de refuser un rapport sexuel non protégé. Enfin, les femmes migrent plus tôt que les hommes à Madagascar : la moyenne d'âge pour la mobilité des femmes est de 30 ans pour les hommes et 29 ans pour les femmes. Les femmes sont également plus vulnérables en raison de l'abandon précoce des études, de la discrimination sexuelle sur le marché du travail et de la nécessité dans laquelle elles se retrouvent parfois de recourir au sexe commercial formel ou informel pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. En outre, elles sont parfois victimes de violence et maltraitance (violences sexuelles et conjugales, viol, incestes,...). Bien que non concluantes, les résultats de l'enquête de séroprévalence du VIH de 2003 indiquent que parmi les 106 femmes enceintes confirmées séropositives (sur 9623 enquêtées), la moitié (58) étaient des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ; les données sur la répartition selon l'âge des PVVIH montre que 71% des PVVIH suivies auprès de l'association FIFAFI sont de sexe féminin.

Les orphelins et enfants vulnérables

Le nombre d'enfants en situation difficile à Madagascar est estimé à deux millions, ce chiffre risque d'évoluer avec la croissance démographique. Il s'agit : *des enfants qui travaillent*. Ainsi en 2001 presque 770000 enfants de moins de 15 ans travaillaient dans les activités de production (agriculture, mines, commerce,...) ; *des enfants qui se livrent à la prostitution* du fait de la pauvreté, de la désintégration des structures familiales traditionnelles, de vues sociales permissives vis-à-vis de la prostitution, et de l'idée qu'il s'agit d'argent facile. L'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales commence à prendre une ampleur face au développement du tourisme. De ces faits, ils sont vulnérables notamment aux IST et au VIH ; *des enfants contraints à des travaux domestiques* et qui sont victimes des abus physiques, sexuels et verbaux. Il s'agit en général de jeunes filles en provenance de milieux ruraux ; *des orphelins* qui dans la majorité sont pris en charge par les orphelinats et/ou les centres sociaux. Environ 6,4% de la population âgée de moins de 15 ans, soit 600 000 enfants, étaient considérés comme orphelins ou abandonnés en 2001, et 0,4% n'avaient aucun parent vivant (INSTAT 2001). La grande majorité des orphelins sont intégrés dans leur grande famille, tandis qu'une minorité se réfugie dans les orphelinats ou les centres sociaux ; *des enfants vivant avec handicaps* qui sont estimés entre 650 000 et 800 000 ; *des enfants des rues* dont les estimations en l'an 2000 étaient de 2208 à Antananarivo, 337 à Antsirabe et 247 à Fianarantsoa. Il s'agit d'un phénomène qui se manifeste essentiellement dans les grandes villes malgaches.

Les personnes sans abris

Il s'agit de personnes ou de familles n'ayant pas d'habitation. A la fin de l'année 2000, 5 054 personnes réparties en 1 053 familles pour les villes d'Antananarivo, Fianarantsoa et Antsirabe réunies. La consommation de drogue et d'alcool touche un grand nombre de personnes sans abri.

Les personnes vivant avec des handicaps

L'Organisation Mondiale de la Santé estime qu'entre 8 et 10% d'une population quelconque est handicapée et que de 1,3 à 1,6 millions des adultes malgaches vivent donc avec handicaps. Ces personnes courent des risques plus élevés de pauvreté, de chômage, d'exclusion sociale, de non-respect de leurs droits, et ont un accès limité aux services par rapport à la population en général. Le taux de pauvreté pour les ménages dont un des membres vit avec handicaps est reconnu connu comme étant supérieur aux autres.

Tableau 8 : Groupes de population prioritaires pour les interventions

Groupes de population les plus vulnérables	Groupes de population vulnérables
Travailleuses du sexe	Partenaire sexuel régulier des groupes noyaux et passerelles
Populations mobiles	Population générale vivant dans une zone de concentration de groupes noyaux et passerelles
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	Femmes
Détenus	Jeunes
Utilisateurs de drogues injectables	Consommateurs d'alcool
PVVIH qui ignorent leur statut sérologique et leur partenaire sexuel	Populations marginalisées (OEV, sans abris, handicapés, ...)
Porteur IST	

3.3 COMMUNES VULNERABLES

Sur la base de l'analyse du statut de l'épidémie du VIH/Sida à Madagascar et des facteurs de risque et de vulnérabilité sous-tendant sa dynamique, le SE/CNLS a retenu comme critères pour localiser les communes vulnérables : (i) les sites de sexe commercial

(sites de concentration de travailleurs mobiles, marchés aux filles ; (ii) les sites où la présence d'HSH et UDI est avérée (sites d'enquêtes sur ces groupes, prisons et maisons d'arrêt) ; (iii) les fêtes traditionnelles périodiques favorisant les comportements sexuels à risque traditionnelles telles le *Fitampoha*, *le Sambatra*, *le Fanompoambe*, *le Valabe*, ... ; (iv) la densité démographique, en raison de la prévalence élevée des IST classiques dans la population générale.

Tableau 9 : Principes de localisation des communes vulnérables

Secteur	Communes vulnérables	Justification du choix du site
Transport Routes	Sites de concentration des équipements (logement/loisirs) aux carrefours du réseau national et/ou terminus des camionneurs	Arrêts transitoires/terminus des camionneurs sur axe bitumé le plus fréquenté
	Sites de concentration des équipements (logement/loisirs) aux carrefours du réseau régional et/ou terminus des camionneurs	Arrêts transitoires/terminus des camionneurs sur axe bitumé fréquenté
	Communes situées à l'entrée de la ville principale	Arrêts/terminus connu des chauffeurs de taxi brousse
Transport Voie maritime/ fluviale	Sites de concentration des équipements (logement/loisirs) dans ville portuaire (port international)	Arrêt de longue durée des marins étrangers et nationaux
	Sites de concentration des équipements (logement/loisirs) dans ville portuaire secondaire (port maritime et fluvial intérieur avec au moins 1 accostage par semaine).	Arrêt de durée limitée des marchands ambulants, collecteurs.
Transport Aéroports	Sites de concentration de l'infrastructure hôtelière dans ville avec aéroport international.	Arrêt transitoire ou de longue durée des touristes, hommes d'affaire.
	Site de concentration de l'infrastructure hôtelière dans ville aéroport national principaux (au moins 1 vol par jour).	Arrêt temporaire des missionnaires, touristes, hommes d'affaires
	Site de concentration de l'infrastructure hôtelière dans ville aéroport secondaire (au moins 1 vol par semaine).	Arrêt temporaire des missionnaires, hommes d'affaires
Construction	Sites de concentration des équipements (logement/loisirs) et sites où est construit l'habitat temporaire des travailleurs migrants dans les Villes Pôles Intégrés de Croissance (PIC).	Villes identifiées pour la mise en œuvre de travaux d'importance pour le développement économique du pays (avec rotation fréquente des travailleurs)
	Sites où est construit l'habitat temporaire des travailleurs migrants pour la construction de nouvelles routes bitumées.	Travaux de longue durée avec vacataires non résidents (célibataires géographiques).
	Sites de concentration des équipements (logement/loisirs) et où est construit l'habitat temporaire des travailleurs migrants pour la construction lourde (bâtiments, barrages, aménagement portuaires).	Travaux de longue durée avec vacataires non résidents (célibataires géographiques).

Mines	Nouveaux sites miniers.	Ruée vers l'or des célibataires géographiques.
	Sites miniers ciblés par le programme de structuration du secteur minier.	Sites identifiés sur la base de leur importance économique.
Industrie	Sites industriels de transformation des produits	Existence de travailleurs/ vacataires non
Agriculture	sites de production pour exportation en dehors du district.	Migrations saisonnières vers la plantation (repiquage, collecte).
		Lieux de collecte des produits agricoles.
Elevage des produits halieutiques.	Sites de production de produits halieutiques d'exportation.	Utilisation de vacataires non résidents (célibataires géographiques).
		Sites de collecte de produits halieutiques (port d'embarquement pour l'exportation)
Elevage de zébus.	Sites où sont localisés les marchés de zébus.	Arrêt temporaire/terminus des convoyeurs et vendeurs/acheteurs de zébus.
	Sites de transit où il y a pâturage et eau.	Arrêt transitoire préféré des convoyeurs de zébus (abreuvement/prairie pour les zébus).
Sécurité.	Sites des casernes et camps militaires fixes	Forté prévalence des IST reflétant comportements à risque.
	Sites des postes mobiles	Arrêt des agents en uniforme en mission.
	Prisons et maisons d'arrêt.	Pratiques homosexuelles, prostitution
Tourisme.	Entrées des réserves nationales et l'infrastructure hôtelière	Présence de lieux de rencontres.
Commerce	Sites des marchés/foires	Prostitution occasionnelle dans les marchés aux filles
Loisirs	Sites des fêtes traditionnelles périodiques	Comportements à risque
Santé	Sites de forte densité démographique	Prévalence des IST

Le SE/CNLS a appliqué les principes de localisation des communes vulnérables au niveau central et régional. Cet exercice s'est fait en deux étapes : (i) le développement d'un outil de cartographie du risque et son application au niveau des 1549 communes de Madagascar, à partir d'une revue documentaire, pour identifier les sites de concentration des groupes les plus vulnérables sur le territoire national, à partir des données disponibles au niveau central ; (ii) la collecte de données au niveau régional au niveau de 656 communes les plus accessibles. Les informations recueillies au niveau central ont été entrées dans une base de donnée informatisée. La méthode pour la classification des communes selon le degré de vulnérabilité a consisté à attribuer un score à chaque facteur. Le score est de type binomial (1 et 0), traduisant la présence ou l'absence d'un facteur. La somme des scores obtenus pour l'ensemble de tous les facteurs détermine le niveau de vulnérabilité de la commune. L'application de cette méthode a permis de catégoriser les communes en 3 groupes : (i) groupe des communes fortement vulnérables (16 à 35 facteurs cumulatifs) ; (ii) groupe des communes moyennement vulnérables (10 à 15 facteurs cumulatifs); (iii) groupe des communes faiblement vulnérables (0 à 9 facteurs cumulatifs). Les informations recueillies au niveau régional_ ont permis de compléter (en partie) les

données nationales entrées dans la base de donnée du niveau central (scorage de type binomial). Elles ont également été entrées dans des bases de données régionales, qui ont le même format que la base de donnée centrale mais utilise une méthode de scorage pondéré pour les 656 communes étudiées. Dans les bases de données régionales, le score correspondant à un facteur est de 0 pour « absence de facteur », de 1 pour facteur de « faible importance en termes de risque de propagation du VIH », de 2 pour « importance moyenne en termes de risque de diffusion du VIH » et de 3 pour « importance forte en termes de risque de diffusion du VIH ». Cette importance a été définie sur la base de l'estimation de l'importance démographique de chaque site de concentration des groupes les plus vulnérables. Le nombre des sites combiné à l'estimation de leur importance démographique respective détermine le niveau de vulnérabilité de la commune. L'utilisation de cette seconde méthode a permis de classer les communes en trois groupes : groupe des communes fortement vulnérables (score 16 à 21) ; groupe des communes moyennement vulnérables (score 10 à 15) ; groupe des communes faiblement vulnérables (score 2 à 9).

La première méthode de scorage a permis d'identifier 48 communes prioritaires et la seconde, 90 communes. La liste des communes prioritaires n'est pas exhaustive. Elle constitue un premier effort de rationalisation de la planification, à partir des données actuellement disponibles, par l'identification d'unités administratives de base pour la focalisation des interventions en 2007. Elle a été développée en combinant les résultats des deux méthodes et a permis d'identifier 119 communes prioritaires localisées dans les 22 régions et qui constitueront des zones pilotes pour l'intensification des activités sur le terrain. La liste et visualisation cartographique de ces zones pilotes est donnée en annexe 1.

4. IMPLICATIONS DES FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNERABILITE SUR LE TYPE ET CONTENU DES INTERVENTIONS

Les facteurs de risque ou de vulnérabilité ont également des implications programmatiques non seulement sur les cibles mais le type et le contenu des interventions

Tableau 11 : Implications programmatiques sur le type et contenu des interventions

Facteurs de risque individuel	Implication programmatique
-------------------------------	----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Rapport sexuel à risque (précoce) non protégé ⌘ Exposition au sang ou par des instruments contaminés ⌘ Rapport sexuel (précoce) de la femme ⌘ Présence d'IST ⌘ Sero-ignorance des PVVIH ⌘ PVVIH perdus de vue 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Renforcement de la disponibilité des services de dépistage de la syphilis et de prise en charge syndromique des IST classiques et des préservatifs ⌘ Renforcement de la disponibilité des services de dépistage du VIH ⌘ Renforcement de la référence pour la PEC clinique et psychosociale des PVVIH ⌘ Personnalisation du risque individuel et collectif de transmission du VIH associé à la forte prévalence des IST et aux comportements à risque qu'elle reflète ⌘ Promotion du délai dans le début de l'activité sexuelle ⌘ Promotion de l'ABCD (ABC pour Abstinence, Bonne Fidélité et Condoms et D pour demande pour les services IST et dépistage du VIH) ⌘ Mise en place des précautions universelles/sécurité transfusionnelle dans les milieux médicaux ⌘ Accent sur la notification au partenaire des patients IST et dépistés VIH+ ⌘ Accent sur les besoins spécifiques des femmes et des filles dans la programmation du renforcement des services promotionnels et cliniques
Facteurs de vulnérabilité individuelle/prédisposition	Implications programmatiques
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Mobilité ⌘ Sexe commercial ⌘ Pression sociale ⌘ Consommation d'alcool/cannabis ⌘ Chômage/revenus insuffisants ⌘ Manifestations culturelles favorisant le multi-partenariat ⌘ Résidence dans commune de forte prévalence des IST ⌘ Résidence dans commune de forte prévalence du VIH ⌘ Marginalisation et stigmatisation ⌘ Demande insuffisante pour les services promotionnels et cliniques. ⌘ Disponibilité insuffisante des services promotionnels et cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Renforcement des interventions ciblées pour une couverture maximale des groupes mobiles (y compris mobilité saisonnière) ⌘ Renforcement des interventions ciblées pour une couverture maximale des TDS (formelles, informelles, occasionnelles) ⌘ Communication axée sur les audiences secondaires (et non seulement primaires) soit, les groupes d'influence au niveau communautaire et familial ⌘ Renforcement des interventions ciblées pour une couverture maximale des sites de rencontre (également sites de consommation d'alcool et de cannabis). ⌘ Prise en compte du VIH/Sida dans les stratégies de réduction de la pauvreté ciblant les populations défavorisées susceptibles de se livrer au sexe commercial – afflux de nouvelles recrues sur le marché du sexe commercial et sexe commercial occasionnel ⌘ Renforcement des interventions ciblées pour une couverture maximale des localités où existent des manifestations culturelles à risque (Fitampoha, vakivala, ...) ⌘ Renforcement de la demande pour et disponibilité des services de dépistage de la syphilis et de la PEC syndromique IST en particulier dans les communes vulnérables ⌘ Renforcement de la demande pour et disponibilité des services de dépistage du VIH avec référence pour la PEC clinique et psychosociale des PVVIH) en particulier dans les communes vulnérables ⌘ Création d'un environnement PVVIH « friendly », dans le milieu médical, au niveau sociétal et au niveau communautaire.
Facteur de vulnérabilité collective	Implications programmatiques

<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Pauvreté/marginalisation ⌘ Tolérance culturelle pour les comportements sexuels à risque ⌘ Tabou sur les discussions sexuelles entre parents et enfants, partenaires sexuels, et vis-à-vis des jeunes en général ⌘ Résistance culturelle à l'utilisation du préservatif ⌘ Analphabétisme/faible niveau d'éducation ⌘ Inégalités de genre ⌘ Couverture insuffisante ou inadaptée du programme de lutte contre les IST et VIH/Sida 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Renforcement des interventions ciblées pour une couverture maximale des quartiers défavorisés, particulièrement dans les communes vulnérables ⌘ Communication axée sur la transformation sociale/changement normatif : normes et coutumes sur la sexualité, acceptabilité du préservatif, rapport de pouvoir entre homme et femme, discussion ouverte sur la sexualité, etc. ⌘ Communication adaptée aux cibles en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation ⌘ Renforcement de la gestion de programme de lutte contre les IST et le VIH/Sida dans une optique de coût- efficacité de la réponse
---	---

CONCLUSION

Les cibles et interventions prioritaires de lutte contre le VIH/Sida sont définies à partir d'une analyse des données disponibles sur le stade et la dynamique de l'infection à VIH à Madagascar. Cette analyse est de nature qualitative mais fournit une base de planification valide parce que fondée sur les connaissances sur la propagation de l'épidémie par voie hétérosexuelle dans le monde et l'analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité sous-tendant la dynamique de l'épidémie du VIH à Madagascar. La pertinence de ses conclusions devra être vérifiés ultérieurement par des enquêtes biologiques, comportementales et démographiques identifiant de façon précise la composition et localisation des groupes vulnérables prioritaires et les priorités stratégiques critiques pour les interventions ciblées et en direction de la population générale. Les résultats de ces recherches devront être manipulés avec précaution, pour ne pas générer une dépersonnalisation du risque (not me syndrom) en raison, notamment, de la pratique généralisée de la circoncision à Madagascar, ou une stigmatisation des personnes vulnérables par ceux qui ne s'identifient pas aux groupes de population auxquels elles appartiennent.

L'analyse de la situation met en effet en évidence une priorité fondamentale : mieux comprendre les facteurs sous-tendant la transmission de l'infection à VIH, compte tenu de la rareté des données sur les groupes considérés comme les plus vulnérables (TDS informelles et occasionnelles versus formelles, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou des rapports bisexuels, groupes professionnels mobiles, PVVIH) et de la discordance relevée entre la prévalence élevée des IST – considérée comme l'une des plus élevée au monde - et la prévalence faible du VIH, également observée aux Comores et aux Seychelles. La circoncision, généralisée à Madagascar, et la mobilité réduite dans le pays, couplée à une introduction relativement récente du VIH, par rapport aux IST, notamment la syphilis, peuvent représenter une protection à court ou moyen terme contre le VIH, mais la question doit être étudiée avec plus de profondeur, notamment, pour évaluer l'importance relative des interventions ciblées – et la composition de ces cibles - par rapport aux interventions en direction de la population générale (Ref. Infra. Système de Surveillance).

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE DE LA REPONSE

1. RENFORCEMENT DU CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL

1.1 LE PREMIER PRINCIPE D'UNICITE : UNE INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE

Le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) – une structure de coordination intersectorielle

Le CNLS représente le dispositif institutionnel du Programme National de lutte contre le VIH/Sida. Sa mission est double : coordonner la lutte contre le VIH/Sida et guider l'exécution du Plan Stratégique National (PSN). Le CNLS et ses instances des niveaux provincial et local, les Comités Provinciaux de Lutte contre le VIH/Sida (CPLS) et les Comités Locaux de Lutte contre le VIH/Sida (CLLS) ont été créés par décret en octobre 2002. A chaque niveau, ces instances sont constituées des parties prenantes de la lutte contre le Sida, notamment des représentants du Gouvernement, des PVVIH, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), du secteur privé et des organisations religieuses et communautaires.

Au niveau central, le CNLS est présidé par SEM le Président de la République. Il est composé de représentants de diverses institutions publiques et de la société civile, y compris le secteur privé et comprend 70 membres au maximum. Il se réunit en session ordinaire au moins deux fois par an, sur convocation de son Président. Son bureau, composé du Président, des vice-présidents (Le Premier Ministre, Le Ministre de la Santé et un représentant de la Société civile) et du Secrétariat (Secrétaire Exécutif du SE/CNLS) assume les responsabilités du CNLS durant les intercessions. Il a pour mission principale de veiller à l'atteinte des objectifs du PSN à travers: (i) une orientation politique et stratégique ; (ii) la mobilisation de ressources ; (iii) le développement et la promotion du partenariat avec la société civile, les ONG et les bailleurs de fonds ; (iv) la création d'un environnement institutionnel propice à la lutte contre les IST et le VIH/Sida.

Au niveau provincial, le Comité Provincial de Lutte contre le VIH/Sida (CPLS) a pour mission d'assurer une meilleure efficacité de la lutte multisectorielle contre les IST et le VIH/Sida au niveau intermédiaire. Il représente les différentes institutions publiques et la société civile, y compris le secteur privé, auprès de la Province et comprend 40 membres au maximum. Il se réunit en session ordinaire une fois par semestre et en session extraordinaire, autant que de besoin et sur convocation de son Président. Il est présidé par le Président de la Délégation Spéciale, a comme vice président le Directeur Provincial de la Santé et comme secrétaire permanent, le Directeur du Bureau de Coordination Provinciale. Il est chargé de : (i) faire une supervision générale de l'ensemble du programme de lutte au niveau provincial ; (ii) assurer le respect de l'orientation politique globale définie par le CNLS ; (iii) développer le partenariat au niveau provincial. L'avènement des régions administratives et la nécessité de renforcer le partenariat pour réponse multisectorielle à son niveau opérationnel de mise en œuvre requiert un réajustement institutionnel pour décentraliser les CPLS au niveau des régions autonomes et constituer des antennes de district de ces futurs Comités Régionaux de Lutte contre le Sida ou CRLS (Ref. Infra IV. Mise en place et stimulation de la Réponse Locale).

Au niveau communal, le Comité Local de Lutte contre le VIH/Sida (CLLS) est composé de 25 membres au maximum, qui représentent les institutions publiques et privées, la société civile et les différents groupements professionnels locaux. Le CLLS est présidé par le maire, a comme vice président, le chef du centre de santé de base (CSB), et comme secrétaire, un agent de la commune. Il se réunit en session ordinaire une fois tous les 4 mois et en session extraordinaire, autant de fois que de besoin et sur convocation de son président. Il est chargé de traduire le PSN en un Plan Local de Lutte contre le Sida (PLLS), de mobiliser les

ressources locales pour assurer la mise en œuvre de ce plan et d'assurer la coordination et le suivi de son exécution (Ref. Infra. IV. Mise en Place et stimulation de la Réponse Locale).

Le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (SE/CNLS) : une instance de coordination opérationnelle

Le SE/CNLS est l'organe d'exécution du CNLS. Il fournit un soutien politique et stratégique à la lutte contre le VIH/Sida, promeut les partenariats, mobilise des ressources au niveau national et international et défend les droits des personnes.

Au niveau central, le SE/CNLS est composé par un Secrétaire Exécutif, nommé par décret, et appuyé par une équipe nationale dont les membres ont des compétences en planification, suivi et évaluation, santé publique, plaidoyer, communication, démographie, économie, nouvelles techniques d'information, administration, logistique et finance. Cette équipe est renforcée par des experts nationaux et internationaux, en fonction des besoins. Le SE/CNLS réalise ses missions de façon continue. Il est chargé de : (i) assurer le secrétariat du CNLS dont il organise les réunions ; (ii) fournir un appui technique et administratif au CNLS dans l'accomplissement de ses fonctions ; (iii) coordonner les activités des structures d'exécution dans la mise en œuvre des politiques et stratégies adoptées par le CNLS ; (iv) veiller au bon déroulement de l'exécution financière de la lutte contre les IST et le VIH/Sida ; (v) assurer l'interface entre le CNLS et les autres instances de coordination ; (vi) assurer la gestion des informations stratégiques et de la documentation ; (vii) veiller à la bonne gestion des équipements, matériels et infrastructures mis à la disposition de la lutte ; (viii) préparer et publier le rapport annuel sur la réponse nationale contre l'épidémie du VIH/Sida après validation par le CNLS.

Le SE/CNLS a été désigné pour gérer le PMPS I (Projet Multisectoriel pour la Prévention du VIH/Sida – financé par la Banque Mondiale) en septembre 2003 et est devenu Bénéficiaire Principal (Agence d'Exécution) du financement que le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la tuberculose a octroyé à Madagascar notamment en ce qui concerne le projet VIH/Sida (3ème round – 2004) et le projet Tuberculose (4ème round - 2005). Depuis 2004, il a également été chargé de l'exécution des projets financés par le PNUD, l'UNFPA et la GTZ. En 2005, il a été désigné pour gérer le PMPS II 2006-2009. Parce que fournissant au Gouvernement les moyens de sa politique, cette gestion nationale des projets représente un outil pour renforcer la coordination des interventions, dans un contexte de mise en œuvre dynamique mais encore marqué par une dispersion des activités et faiblesse des mécanismes de circulation de l'information entre partenaires.

En 2005, le SE/CNLS a revu sa structure organisationnelle pour favoriser la coordination des interventions au niveau central par une approche programme (versus projet) de la gestion de la réponse nationale tout en assurant une transparence dans la gestion des projets placés sous exécution nationale (Ref. Annexe 1. Organigramme du SE/CNLS).

Au niveau provincial, le SE/CNLS était représenté par le Bureau de Coordination Provinciale (BCP). Il a récemment été constitué en Bureau de Coordination InterRégionale (BCIR). Chaque BCIR couvre de une à trois régions administratives et comporte un Directeur et un ou plusieurs coordinateurs techniques, en fonction de l'aire couverte par le bureau. Ces BCIR sont chargés de : (i) assurer la supervision et la coordination de la mise en œuvre du PSN par toutes les agences d'exécution au niveau des régions; (ii) présenter au Président de la Délégation Spéciale les rapports de suivi et évaluation des activités ; (iii) assurer la planification et la budgétisation intégrée des activités de lutte au niveau régional ; (iv) assurer la transmission des données au Secrétariat Exécutif.

Au niveau régional, le SE/CNLS est représenté par une Unité de Coordination Régionale (UCR). L'UCR est présente au niveau des 22 régions administratives. Elle est constituée d'un unique Coordonnateur Technique (CT). Les capacités des UCR doivent être renforcées, notamment pour le suivi et évaluation (Ref. Infra IV. Mise en place et stimulation de la réponse locale).

Tableau 12 : Organisation du CNLS et SE/CNLS aux différents niveaux administratifs

Niveaux administratifs	CNLS	SE/CNLS
Central	CNLS	SE/CNLS
Provincial	CPLS (à décentraliser au niveau des régions)	
Interrégional		BCIR
Régional	CRLS (à instituer)	UCR
District	Antennes de districts du CRLS (à constituer)	
Communal	CLLS	

La mise en place de ces structures de coordination de la lutte contre le VIH/Sida a été accompagnée de la mise en place de structures d'alignement et harmonisation des efforts des partenaires (Ref. V. Renforcement du partenariat intersectoriel et de la collaboration internationale) pour le financement, la mise en œuvre et le suivi et évaluation du plan stratégique national 2007-2012, développé dans le cadre d'un processus participatif, sur la base d'une documentation aussi exhaustive que possible du programme, traduit en un plan opérationnel intégré budgétisé pour faciliter la planification des activités dans les différents projets (Ref. Infra. Le second principe d'unicité : un cadre d'action). Le SE/CNLS oriente actuellement ses efforts de coordination vers l'alignement des plans d'activités annuels des projets des partenaires avec le Plan Opérationnel Intégré à travers le développement conjoint du Plan Opérationnel Annuel du SE/CNLS pour la réalisation d'objectifs annuels de renforcement des services promotionnel et cliniques sur le plan de l'accessibilité (géographique et financière), disponibilité (y compris qualité des services), utilisation et/ou couverture (en fonction du type de prestation), mesurée à partir d'indicateurs définis par les partenaires (Ref. Infra. Le troisième principe d'unicité : un cadre de suivi-évaluation). Le suivi de la mise en œuvre de ce plan sera assuré par le Forum des Partenaires à travers des réunions semestrielles et fera l'objet d'un rapport annuel qui sera diffusé dans les 3 mois suivant la fin de l'année calendaire. Les visites de suivi conjointes sur le terrain, initiées en 2005, se sont également avérées utiles pour renforcer le consensus au niveau central (niveau de décision) sur les priorités pour le renforcement des interventions à leur niveau opérationnel de mise en œuvre. Enfin, le SE/CNLS prévoit un audit institutionnel externe, qui permettra d'identifier d'autres mesures pour renforcer la coordination des partenaires par exemple, établissement d'un plan national de passation des marchés qui inclurait tous les bailleurs, évaluations fiduciaires communes...

1.2 LE SECOND PRINCIPE D'UNICITE : UN CADRE D'ACTION

Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida 2001-2006

Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida (PSN) définit le cadre de la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar pour la période 2001-2006. Il est sous-tendu par une démarche multisectorielle, en rapport avec la situation économique, sanitaire et sociale du pays. Il a pour objectifs généraux de : (i) maintenir le taux de prévalence en dessous de 1% ; (ii) assurer le bien-être des personnes vivant avec le VIH grâce à leur prise en charge psychosociale et médicale. Il a pour objectif spécifique d'assurer que chaque Malagasy ait les connaissances requises pour pouvoir adopter des comportements préventifs et l'accès aux services et produits de prévention et de traitement du VIH/Sida.

Les objectifs du PSN 2001-2006 sont dans la continuité des engagements pris par Madagascar par rapport à la Déclaration d'engagement de l'Assemblée Générale des Nations Unies, l'UNGASS et l'accélération de l'achèvement des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM), en particulier les objectifs 4, 5 et 6. Les principaux effets escomptés pour la réalisation des ODM sont : (i) la création d'un environnement juridique, institutionnel et culturel propice à la lutte contre le VIH/Sida au niveau communautaire ; (ii) le renforcement de la qualité des services de prévention et de prise en charge ; (iii) la réduction de l'incidence des IST et du VIH.

Le PSN 2001-2006 est articulé autour de 5 axes stratégiques : (i) création d'un environnement propice à une lutte multi-sectorielle efficace ; (ii) amélioration de l'accès aux informations et aux moyens de prévention primaire ; (iii) assurance de la qualité de services (individus, famille, communauté, institution) ; (iv) renforcement du suivi et évaluation de la lutte contre le Sida ; (v) développement de la collaboration internationale contre le VIH/Sida. Ces 5 axes stratégiques ont été traduits en 13 objectifs stratégiques. Un Plan Opérationnel Intégré (POI 2004-2007) formule les orientations stratégiques du PSN en activités chiffrées, résultats attendus, entités responsables et calendrier de travail. Le POI est traduit en Plan de Travail Annuel (PTA). Ce PTA doit être organisée à partir de produits attendus pour l'année, identifiés par l'ensemble des partenaires comme contribuant aux produits définis dans le PSN. La formulation des produits attendus des différents projets doit s'aligner sur les produits définis pour le PTA.

Les Stratégies Sectorielles

La Stratégie de Lutte contre le VIH/Sida présentée dans le Plan Stratégique National se décline en plans sectoriels qui clarifient le rôle catalyseur de huit secteurs-clés : Secteur Travail, Secteur Sécurité, Secteur Infrastructures (tourisme, transport, travaux publics), Secteur Information et Communication, Secteur Développement rural, Secteur Santé, Secteur Education et Secteur Jeunesse et Population. (Ref. V. Renforcement du partenariat intersectoriel et de la collaboration internationale).

Les Plans Locaux de Lutte contre le SIDA.

Le SE/CNLS appuie la traduction du PSN en Plans Locaux de Lutte contre le SIDA (PLLS) qui comprennent des Petites Actions Faisables (PAF) mises en œuvre par les acteurs locaux de la société civile à travers un Fonds d'Appui à la Prévention et Prise en charge du VIH/Sida (Ref. IV. Mise en place et stimulation de la Réponse Locale).

Les instruments normatifs

Le SE/CNLS a développé, avec ses partenaires et notamment le Ministère de la Santé et du Planning Familial en ce qui concerne les aspects sanitaires de la lutte, un ensemble de politiques et stratégies IST et VIH/Sida, pour assurer la conformité avec les normes dans la mise en œuvre des activités. Elles incluent : (i) la stratégie nationale de communication ; (ii) la politique nationale pour la prise en charge des PVVIH ; (iii) la politique pour la PTME ; (iv) la politique pour le CTV ; (v) la politique nationale pour la gestion des déchets médicaux ; (vi) la prise en compte du VIH/Sida dans la politique de nutrition ; (vii) la stratégie de renforcement du dépistage du VIH (draft) ; (viii) la stratégie de dynamisation de la lutte contre les IST classiques (draft) ; (ix) la stratégie de promotion et d'utilisation rationnelle des préservatifs ; (x) le document cadre avec la composante Exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales (ESEC) liée à la lutte contre le VIH/Sida pour les enfants. Le Gouvernement doit encore établir d'autres instruments normatifs pour renforcer la programmation, notamment, la santé communautaire et la transfusion sanguine. Il existe déjà des textes législatifs protégeant les droits des PVVIH sur les lieux du travail. La promotion de l'élaboration de politique de lutte contre le VIH/SIDA dans les entreprises est planifiée, en lieu et place des interventions de communication ponctuelles.

Le processus de développement du Plan d'Action 2007-2012

Sous le leadership du Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (SE/CNLS), un large consensus s'est dégagé parmi les partenaires quant à la nécessité de développer le Plan d'Action 2007-2012, à partir d'une compréhension commune des fondements épidémiologiques de la réponse et de son état d'avancement. En conséquence, à partir des 2005, le SE/CNLS et ses partenaires ont mené une analyse du risque et de la vulnérabilité du pays à la diffusion de l'infection à VIH/Sida et documenté les réalisations du PSN 2001-2006, notamment à travers la compilation et analyse critique des informations fournies dans les rapports de mission de suivi et évaluation par des consultants et experts nationaux et internationaux. Cet exercice a permis d'élaborer le *manuel d'exécution du PMPS II*, la *Feuille de Route pour l'Accès Universel à la Prévention, aux Soins et au Traitement à Madagascar* et la *proposition de projet pour le Round 6 du Fonds Mondial*, ainsi qu'un certain nombre de documents techniques du SE/CNLS précisant le contenu et les modalités opérationnelles des composantes de la réponse nationale. L'ensemble des partenaires (bailleurs de fonds, secteur public, ONG internationales et nationales et autres partenaires de la société civile, y compris le secteur privé et les associations de PVVIH) ont directement contribué au développement de ces documents, à travers des travaux de groupe, réunions au niveau national ou régional et feedback écrit sur les versions préliminaires. Ces documents ont été utilisés comme outils de référence pour l'élaboration du Plan d'Action 2007-2012. Le Plan d'Action 2007-2012 a été développé en travaux de groupe portant chacun sur une composante sectorielle de la réponse, présidés chacun par les chefs d'unité du SE/CNLS et auxquels l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de la composante en question ont participé. La synthèse de ces travaux a été réalisée par des consultants nationaux, qui ont tenu le rôle de secrétaire pour les groupes de travail sectoriels et développé le « squelette » du Plan d'Action 2007-2012. Il a été soumis à des consultants internationaux qui ont apporté des suggestions pour son amélioration, avant présentation au Forum des Partenaires pour validation. Le SE/CNLS a assuré la collecte des informations supplémentaires demandées par le Forum des partenaires et la compilation et structuration de l'ensemble des données recueillies aux différentes étapes du processus de développement du Plan d'Action 2007-2012. Cette dernière version du Plan d'Action 2007-2012 a été validée par le Forum des Partenaires et soumise pour revue au service AIDS Strategy and Action Plan (ASAP), administré par la Banque Mondiale au nom du Secrétariat Exécutif de l'ONUSIDA et ses partenaires. Un consultant international GAMET a également apporté son soutien au Groupe Technique de Suivi et Evaluation dans la révision des objectifs et

indicateurs du Plan d'Action. Les contributions d'ASAP et de GAMET ont été prises en compte par le SE/CNLS dans la rédaction de la version finale du document.

1.3 LE TROISIEME PRINCIPE D'UNICITE : UN CADRE DE SUIVI/EVALUATION

La composante suivi évaluation du PSN 2001-2006 a été mise en œuvre à travers : (i) le développement d'un plan de suivi et évaluation national ; (ii) la création d'une Unité de suivi et évaluation au sein du SE/CNLS ; (iii) la réalisation de différentes enquêtes dont la surveillance de seconde génération (composantes biologique et comportementale) et la séroprévalence ; (iv) le développement d'un outil de cartographique du risque et de la vulnérabilité pour pallier au manque de données épidémiologique pour la planification stratégique ; (v) la capitalisation de l'expérience et la documentation des « meilleures pratiques ». Ces réalisations constituent des étapes pour mettre en place un système de suivi et évaluation du programme national permettant : (i) d'améliorer la planification des activités du programme de lutte contre les IST et le VIH/Sida ; (ii) guider les prises de décisions futures relatives à la réorientation du programme pour utiliser plus efficacement les ressources disponibles ; (iii) déterminer si les objectifs fixés par le programme national de lutte contre les IST et VIH/Sida ont été atteints ; (iv) suivre, contrôler et évaluer les résultats des projets/sous-programmes constitutifs du programme national.

Les difficultés rencontrées dans le suivi et évaluation à tous les niveaux de la mise en œuvre du PSN peut s'expliquer par : (i) le décalage entre l'adoption du PSN en 2002 et du Plan de Suivi et Evaluation (PSE) en 2005 ; (ii) le caractère générique des outils qui devraient fournir les données strictement nécessaires pour suivre le processus et mesurer l'impact des interventions dans les champs programmatiques du PSN ; (iii) le manque de moyens financiers et en ressources humaines pour assurer la vérification des (trop) nombreux indicateurs retenus par les différents programmes et projets ; (iv) l'absence ou manque d'harmonisation dans les formats de rapportage périodique et la faiblesse de rigueur dans sa fréquence et qualité ; (v) l'insuffisance de formation des personnels en charge du S & E à tous les niveaux ; (vi) l'absence d'évaluation spécifique pour chaque programme ou sous-programme ; (vii) la nécessité de préciser les rôles et responsabilités des différents niveaux dans la mise en œuvre du suivi et évaluation dans les différents secteurs d'intervention ; (viii) le manque d'utilisation des moyens de communication modernes (NTIC) pour faire circuler les données et le manque de feedback entre les niveaux ; (ix) la multiplicité des données qui ne sont pas toujours réconciliées et utilisées pour réorienter la planification.

Le Plan National de Suivi-Evaluation

Le Plan National de Suivi-Evaluation accompagnant le Plan Stratégique National 2001-2006 a été élaboré en 2003, revu en 2004 et validé par les partenaires en 2005. La faiblesse du Suivi évaluation, qui s'est notamment manifestée dans les difficultés rencontrées pour la collecte et analyse des données nécessaires pour la mesure des indicateurs de l'UNGASS en 2005 (manque d'informations, diversité dans la définition des indicateurs, problème de représentativité des données) s'explique notamment par le décalage entre l'élaboration du PSN et son plan de suivi évaluation. En conséquence, le PSE a été revu pour tenir compte des nouvelles orientations programmatiques pour la période 2007-2012, avec l'appui d'experts internationaux. Les indicateurs de réalisation des objectifs du PSN ont été définis en tenant compte : (i) des nouvelles directives de l'ONUSIDA pour la définition des indicateurs de l'UNGASS (août 2005), en conformité avec la situation épidémiologique à Madagascar ; (ii) de la nécessité de prioriser et réconcilier les indicateurs utilisés par le SE/CNLS et ses partenaires pour mesurer la réalisation des objectifs de l'UNGASS, de l'accès universel

et des activités des différents projets contribuant à la réalisation du PSN ; (iii) des rôles et responsabilités des différents niveaux dans la collecte et analyse des données pour les différents secteurs d'intervention ; (iv) des outils de suivi des composantes de la réponse nationale qui sont progressivement retirés ou mis en place ; (v) de la disponibilité des ressources pour la mise en œuvre des enquêtes d'envergure nationale (Ref. Infra Plan de suivi et évaluation du Plan d'Action 2007-2012). Les indicateurs retenus sont basés sur les performances actuelles en termes de couverture et tiennent compte de la nécessité de renforcer le système de santé pour réaliser les objectifs mondiaux auxquels le Gouvernement a souscrit. En conséquence, en dépit d'initiatives aux résultats rapides qui devrait permettre d'augmenter la demande pour et utilisation des services, ils prévoient une augmentation modérée de la couverture des services pendant les 3 premières années mais une amélioration drastique des performances, pour les deux dernières années, une fois le système pleinement opérationnel. Ils seront revus à mi-parcours pour un réajustement, qui sera fonction des progrès enregistrés. L'annexe 5 du Plan d'Action 2007-2012 fournit la liste des études et recherches à mener dans le cadre du renforcement du suivi et évaluation de la réponse nationale, en conformité avec la méthodologie de calcul des différents indicateurs qui a été définie par les partenaires (ref. Infra IIIème partie).

Le Plan de Suivi Evaluation est en cours d'élaboration. Il définit de façon précise les structures clés pour la mise en œuvre du système de suivi évaluation national, les différents niveaux de la mise en œuvre ainsi que le circuit des informations. Les termes de référence (TdR) des acteurs impliqués précisent leur rôle et responsabilités respectifs (voir Infra Cadre de Suivi Evaluation du Plan d'Action 2007-2012).

Le Système de surveillance de l'épidémie

Le système de surveillance est partiellement opérationnel depuis 1996. Les méthodologies utilisées pour la collecte et analyse des données pour le suivi de l'épidémie sont : (i) analyse des données du Rapport Mensuel d'Activités (RMA) ; (ii) enquêtes dans des groupes de population spécifiques ; (iii) enquête de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes effectuée tous les 5 ans ; (iv) surveillance de seconde génération avec 2 composantes : la surveillance biologique qui s'effectue annuellement et la surveillance comportementale qui a lieu tous les 2 ans (femmes enceintes, jeunes, travailleurs du sexe, camionneurs, militaires, patients IST ; (v) enquête démographique et sanitaire (EDS). La dernière enquête EDS a été réalisée en 2003-2004 et la prochaine est prévue en 2008. La réalisation de la première série d'enquêtes de surveillance de seconde génération a été effectuée en 2004 pour la surveillance comportementale et en 2005 pour la surveillance biologique. Le SE/CNLS a initié une compilation des données épidémiologiques existantes, afin de fournir un profil épidémiologique cohérent et intégré et dégager les implications des données existantes pour la programmation et pour le suivi de l'infection (révision du système de surveillance dans son ensemble).

Le suivi de l'épidémie a été essentiellement orienté vers la mesure de la prévalence nationale, aux dépens de la planification stratégique. En raison de l'étendue du pays, de sa charge démographique, du stade de l'épidémie, de la disponibilité limitée des ressources financières et humaines et des performances inégales des services cliniques et promotionnels, la planification doit obéir à un phasage géographique des interventions pour le renforcement de la réponse. Or, les données épidémiologiques sur le VIH/Sida disponibles sont pour la plupart des données nationales, statistiquement représentatives au niveau des provinces uniquement (stratification 2003).

Des enquêtes de surveillance biologiques ont été effectuées auprès de TDS formelles, patients IST et femmes enceintes vues en CPN dans quelques sites sentinelles non représentatifs. Chez les patients IST, considérés comme groupe des plus vulnérables, la prévalence du VIH est de 0.69% par rapport à 1.36% chez les TDS formelles et 0,15% chez les femmes enceintes – où la prévalence est estimée à 0.95% par l'enquête de séroprévalence nationale. Les données biologiques nationales sur les groupes considérés comme passerelles ne portent que sur les militaires et montrent une prévalence de la syphilis active de 16,6% mais aucun cas de séropositivité VIH.

Parce qu'utilisant des méthodologies différentes, les résultats des enquêtes varient d'une étude à l'autre et certains résultats sont également mis en question, tels ceux de la dernière enquête de surveillance, qui ne serait pas statistiquement représentative du fait de la taille réduite de l'échantillon. Les données de surveillance comportementales lient rarement les comportements à risque à des groupes de population aux caractéristiques localisables et ne permettent pas d'identifier de façon précise les modalités de propagation de l'infection vers et dans la population générale. De plus, elles ne sont que modestement prédictibles de la transmission du VIH, particulièrement dans un contexte aussi compliqué que Madagascar.

En 2004, le SE/CNLS a identifié 20 « zones rouges », considérées comme à risque, du fait de leur potentiel de développement économique, et vers lesquelles le programme national a réorienté ses interventions. Ce principe de focalisation des interventions dans les zones géographiques à risque accru de diffusion de l'infection a été formalisé en 2006, à travers le développement d'un outil de cartographie du risque et de la vulnérabilité (Ref. Supra. 3.3. Communes vulnérables). Dans un contexte marqué par l'insuffisance de données épidémiologiques, la cartographie du risque constitue une approche pragmatique pour localiser les groupes considérés comme les plus vulnérables et circonscrire des groupes prioritaires pour les interventions dans la population générale. Elle pourra être précisée à partir de : (i) une analyse critique plus poussées des enquêtes existantes ; (ii) une surveillance bio-comportementale intégrée (SBCI) de tous les groupes considérés comme les plus vulnérables, particulièrement les travailleurs du sexe, les travailleurs mobiles et tout autre groupe de population localisable identifié par les études PLACE comme pouvant jouer un rôle majeur dans la transmission du VIH ; (iii) un exercice de cartographie plus poussé, au niveau décentralisé, qui permettra de localiser les sites de concentration des groupes les plus vulnérables identifiés par les enquêtes bio-comportementales dans les communes urbaines et, probablement, dans certaines communes rurales ; (iv) des analyse des études bio-comportementales portant sur les tendances comportementales liant les groupes noyaux et passerelles à la population générale ; (v) des estimations, en utilisant l'analyse des cas rapportés de Sida, des facteurs de risque identifiés par la SBCI et la modélisation, à partir de la prévalence du VIH, l'estimation de l'importance des sites de concentration des groupes les vulnérables et les données comportementales. La priorisation des activités et des ressources pourra être définie de façon rigoureuse, sur la base de cette analyse des groupes vulnérables prioritaires pour les interventions, de la dynamique de transmission et des zones géographiques où l'épidémie semble concentrée.

En conclusion, dans le contexte épidémiologique particulier de Madagascar, la surveillance bio-comportementale doit former la colonne vertébrale d'un système rationnel de planification, suivi et évaluation. Il est primordial que la surveillance, la planification et le suivi et évaluation soient étroitement intégrés, pour permettre de définir un ordre de priorité optimal dans les cibles et types d'interventions et faire les ajustements stratégiques nécessaires, au fur et à mesure de la disponibilité de nouvelles données. Cette surveillance étendue nécessitera des engagements financiers importants, à refléter dans le budget du Plan d'Action 2007-2012, au même titre que l'estimation du coût du système de suivi et évaluation.

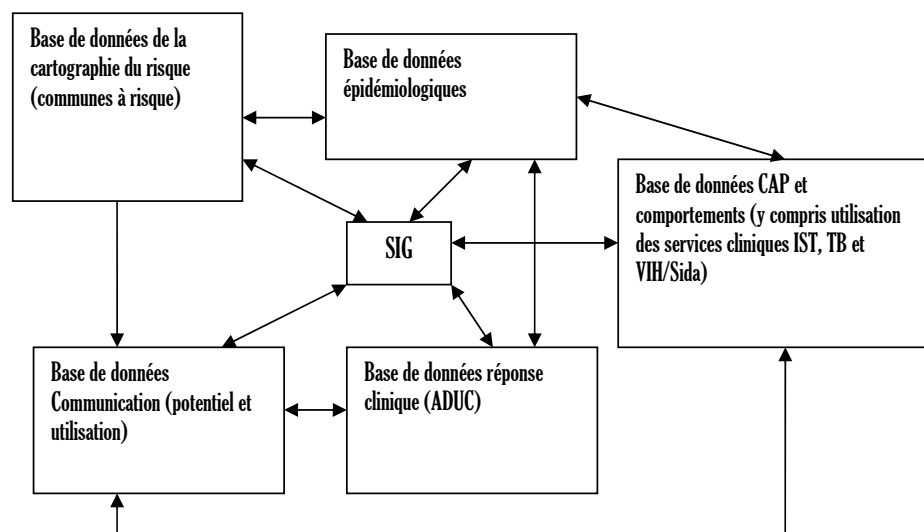
Le Système d'Information aux fins de gestion (SIG)

Pour assurer une meilleure gestion des données au niveau central et afin de faciliter leur utilisation dans la prise de décision, le SE/CNLS a mis en place un système simple et permanent qui devrait permettre de mettre en relation les intrants et les produits avec les résultats et impacts d'une part, et le suivi financier avec le suivi programmatique d'autre part. Ce SIG est en cours de révision, pour assurer une gestion informatisée des données de suivi et évaluation de l'ensemble des projets placés sous exécution nationale (approche programme versus projet).

Banque de donnée IST et VIH/Sida

Le SE/CNLS a initié des inventaires des activités réalisées, pour évaluer l'adéquation de la réponse actuelle avec les besoins (tels que définis par la cartographie du risque) et identifier la mesure dans laquelle les communes à risque sont ou pourraient être mieux desservies par les services cliniques et promotionnels. Ces inventaires ont abouti à la mise en place de bases de données informatisées (avec visualisation cartographique) sur : (i) les études CAP relatives aux IST, TB et VIH/Sida ; (ii) le potentiel et la couverture des media (Ref. III. Plaidoyer et Communication pour le changement de comportement et le changement normatif). L'inventaire des activités réalisées dans le cadre de la composante clinique de la réponse (renforcement de l'accessibilité et disponibilité des prestations IST et VIH/Sida) doit se faire dans le cadre de la mise en place d'un système de monitoring des performances des structures sanitaires qui délivrent ces prestations (Ref. II. Mise en place et renforcement des services cliniques préventifs et thérapeutiques.) Une fois ces inventaires complétés, le SE/CNLS fera appel à une expertise internationale pour intégrer ces bases de donnée en une banque de données centralisée, qui mettra également les activités réalisées en liaison avec le SIG, pour un suivi et une mesure de la contribution des différents projets sous exécution nationale à la réponse nationale.

Schéma 2 : Dispositif envisagé pour la banque de donnée



2. MISE EN PLACE ET RENFORCEMENT DES SERVICES CLINIQUES PREVENTIFS ET THERAPEUTIQUES ET DU SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

2.1 SERVICES CLINIQUES DE PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST ET VIH/SIDA

Organisation du système de santé

Le Ministère de la Santé et du Planning Familial (MinSan/PF) assure la gestion technique de la composante clinique du PSN, à travers le Programme de Lutte contre les IST et le VIH/Sida qui est directement rattaché au Cabinet du Ministère et qui joue le rôle d'interface entre le SE/CNLS et le système de santé. Ce dernier est constitué d'un niveau central qui définit les objectifs et le plan stratégique du programme de santé pour le pays, un niveau intermédiaire de coordination et un niveau périphérique de mise en

œuvre. Il est constitué d'un réseau de 3101 formations sanitaires de base publiques et privées, 132 hôpitaux de districts, et 20 centres hospitaliers de référence régionale et 2 centres hospitaliers universitaires. Les rôles et responsabilités dans la fourniture des prestations IST et VIH/Sida sont répartis sur les différents niveaux de la pyramide sanitaire de référence, pour une complémentarité des fonctions.

Tableau 13 : Structures décisionnelles et opérationnelles

Niveaux	Structures décisionnelles	Missions
Central	Programme de Lutte contre les IST et VIH/Sida du MinSan/PF (Service du Partenariat) Directions et Services centraux regroupés autour du Secrétariat Général du Ministère (selon organigramme révisé du MinSan/PF), Laboratoire National de Référence (LNR),	(i) planification politique et stratégique du développement sanitaire ; (ii) établissement des normes de base en matière de gestion sanitaire ; (iii) coordination nationale des activités et mobilisation des ressources ; (iv) contrôle qualité ; (v) suivi et évaluation
Intermédiaire	Directions Régionales de la Santé et du Planning Familial (DRSPF) au nombre de 22	(i) renforcement de la compétence, de l'effectif du personnel, des équipements ; (ii) apport d'un appui technique aux districts sanitaires (SSD) ; (iii) coordination et la supervision de la mise en œuvre des plans d'action des districts sanitaires ; (iv) planification stratégique des besoins des 22 régions
Périphérique	Services de Santé et du Planning Familial de District (SSPFD) : unité opérationnelle du système de santé	(i) assurance de la qualité des prestations curatives et préventives, menées par les hôpitaux et les centres de santé publics et privés dans sa zone de compétence, avec la participation de la communauté ; (ii) appui à l'élaboration du Plan de développement du district ; (iii) supervision des prestations de soins des centres de santé de district et de base

Niveaux	Structures opérationnelles	Attributions
National	2 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) à Antananarivo et Mahajanga. LNR et Institut Pasteur Institut National de Santé Publique et Communautaire, Faculté de médecine, Instituts de formation des Paramédicaux	Centres de référence nationaux composés de plusieurs établissements spécialisés et à vocations formative et de recherche. Ces CHU sont dotés en compteurs CD4 Recherche opérationnelle, examens biologiques, formation en technique de laboratoire Formation initiale et continue
Régional	20 Centres Hospitaliers de Référence Régional (CHRR) localisés au niveau du chef lieu de région.	Centres hospitaliers de référence de deuxième recours à vocation médicale, chirurgicale et spécialisée. Ils possèdent du personnel qualifié et des plateaux techniques permettant la PeC médicale et le suivi biologique des PVVIH. Les équipements des laboratoires sont plus complets dans les CHRR localisés au niveau des chefs lieux des 6 ex-provinces.
District	132 Centres Hospitaliers de District (CHD) : (i) 69 CHD1 publics ; (ii) 23 CHD2 publics ; (iii) 40 hôpitaux du secteur privé en majorité localisés dans les chefs lieux de district 56 Centre de dépistage VIH (16 publics et 40 privés)	Centres hospitaliers de premiers recours comprenant deux types de formations sanitaires : (i) Les CHD 1 assurent la prise en charge des cas médicaux référés ; (ii) les CHD 2 et les hôpitaux du secteur privé qui, en plus de la prise en charge médicale, assurent les interventions chirurgicales courantes et la PEC des cas référés. Les CHD2 disposent de laboratoires pour les examens complémentaires usuels plus complets et de ressources humaines plus nombreuses que les CHD1. Les réseaux de prise en charge des PVVIH sont localisés dans les CHD des chefs lieux de district et comprennent au moins un médecin et un paramédical formés en notions de base sur la prise en charge médicale des PVVIH pour assurer le suivi (biologique, infections opportunistes) des PVVIH. Les CTV assurent le dépistage volontaire et anonyme du VIH au niveau de 25 districts
Périphérique	3101 Centres de Santé de Base (CSB) localisés dans les communes : (i) 2424 CSB du secteur public ; (ii) 396 de centres de santé des organisations sanitaires privées ; (iii) 281	Centre de premier contact de la population dispensant un Paquet Minimum d'Activités(PMA) qui comprend des activités de prévention et de prise en charge des IST, de la Santé Maternelle et Infantile, des consultations externes des différentes maladies telles que le paludisme, les infections respiratoires, les maladies infectieuses. Chaque commune (1549 au total) dispose au moins d'un CSB public ou privé. Parfois les

	dispensaires d'entreprises	<p>deux types de formation coexistent et collaborent ensemble. La plupart des CSB du milieu rural possède une maternité. Les prestataires de service fournissent également un appui technique aux partenaires communautaires dans les activités de prévention.</p> <p>La prise en charge des IST au niveau de ces formations sanitaires se fait selon l'approche syndromique. Les médecins des CSB du milieu urbain ont reçu une formation en notions de base sur la prise en charge médicale des PVVIH pour assurer le suivi (biologique, infections opportunistes) des PVVIH.</p> <p>Les activités de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH sont actuellement réalisées au niveau de 284 CSB.</p> <p>Le diagnostic et la prise en charge des patients tuberculeux se fait au niveau des CDT (centre de diagnostic et de traitement). Le personnel de 15 CDT a été formé en conseil et dépistage du VIH chez les patients tuberculeux.</p>
--	----------------------------	--

Contraintes structurelles à la réalisation des objectifs nationaux

La centralisation et verticalité dans la mise en œuvre des composantes cliniques de la réponse représentent des obstacles majeurs à l'intégration effective des prestations de service IST et VIH/Sida dans les soins de santé primaires. Elles rendent compte du dysfonctionnement du système, principalement sur le plan d'une gestion coordonnée des intrants et la mise en place d'une référence effective pour la PEC clinique et le soutien psychosocial des PVVIH. Le manque de responsabilisation au niveau des régions et districts sanitaires se traduit par un manque d'appropriation effective des objectifs du programme. La politique nationale de santé a mis en place un système de recouvrement de coûts à travers une participation financière des usagers. Il subvient au paiement de primes pour les centres hospitaliers mais pas pour les centres de santé de base, ce qui constitue un facteur de démotivation un personnel de santé qui doit intégrer de nouvelles prestations IST et VIH/Sida dans la fourniture des services de routine. Le système de santé public souffre d'un manque de personnel qualifié et d'une répartition inégale des ressources humaines. Les médecins et paramédicaux spécialisés sont en majorité concentrés dans les grandes villes. Les formations techniques dans les différents volets de la lutte contre les IST et le VIH/Sida ne sont pas intégrées dans la formation initiale et ne sont pas inscrites dans un programme de suivi formatif. Les agents formés sont souvent affectés à d'autres postes. Le MinSan/PF s'est attaché les services d'une Centrale d'Achat pour l'approvisionnement en kits IST, consommables et préservatifs (SALAMA) mais elle ne comprend pas une d'une unité spécialisée dans la gestion des réactifs et médicaments pour le paquet d'activité VIH/Sida. Les réactifs et consommables doivent être inscrits dans le système logistique de distribution des médicaments essentiels. Au niveau central, le système logistique n'est pas unifié (multiples sources d'approvisionnement) et les lenteurs administratives ont un effet négatif sur la disponibilité continue des produits de santé. Au niveau du district, les faiblesses dans le système d'information pour la gestion et les capacités managériales des gestionnaires de programmes font obstacle à la coordination des intrants et une pro action pour résoudre les problèmes logistiques au niveau périphérique. Le plan de commande, stock de sécurité, stock d'alerte et la consommation moyenne doivent

être définis en fonction des performances de la structure sanitaire dans son ensemble, indépendamment de la population cible des différents services. L'offre des services varie d'un district à l'autre et au sein de ce district, d'une formation sanitaire à l'autre. Or, les responsables des Régions et des Districts appréhendent difficilement la situation, faute d'une supervision régulière au niveau des formations sanitaires et d'outils de monitoring appropriés. La faiblesse du dispositif de communication entre tous les niveaux de la pyramide sanitaire représente également un obstacle à la bonne gestion et opérationnalisation des activités. Le Gouvernement appuie la mise en place d'un réseau de cliniques privées pour les jeunes et les TDS. Les directives de traitement instaurant un suivi des travailleuses du sexe tous les trois mois ont été adoptées en 2001. Cependant les services du programme à leur intention sont limités, requérant la formation du personnel des CSB en PEC des groupes les plus vulnérables. Les clients des travailleuses du sexe n'ont quant à eux, aucune option de services particulière en dehors des centres de santé primaire ou les centres de santé privés.

Plan de Développement du Système de Santé

Le MinSan/PF est en train d'élaborer un Plan de Développement du Système de Santé (PDSS). Puisant ses orientations stratégiques dans la Politique Nationale de Santé, les documents cadre de Politique Economique (DCPE) et le document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), il a pour objectif de : (i) réformer et adapter le système national de santé sur la base du principe de l'autonomie et de la décentralisation effective ; (ii) renforcer la lutte intégrée contre les maladies transmissibles et le VIH/Sida ; (iii) intégrer la protection et la promotion de la santé dans la lutte contre la pauvreté. En terme de renforcement du système de santé, ce plan de développement du système de santé est focalisé sur 8 axes stratégiques : (i) décentralisation et organisation du système de santé à différents niveaux ; (ii) l'amélioration des couvertures sanitaires et qualité des services ; (iii) disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels des consommables médicaux, des réactifs et produits sanguins ; (iv) développement des ressources humaines (gestion des effectifs, plan de carrière, alignement des ressources humaines aux infrastructures sanitaires ; (v) renforcement du financement du secteur santé (FANOME ou participation financière des usagers, fonds d'équité et sécurité social) ; (vi) réforme hospitalière ; (vii) renforcement du suivi évaluation du système d'information et de la communication ; (viii) renforcement du partenariat ; (ix) recherche en santé.

Certains partenaires se sont demandés si la priorité accordée à la mise en place des services cliniques VIH/Sida était justifiée et s'il ne serait pas plus adéquat d'utiliser les fonds pour améliorer les services généraux de santé au niveau communautaire, le VIH en constituant une part (modeste). La réponse est négative. D'abord, le renforcement de l'offre pour les prestations VIH/Sida est indissociablement lié au renforcement des services dans lesquels ils sont intégrés. La dynamisation de la lutte contre les IST classiques, initiée dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida et planifiée dans une double optique de lutte contre la syphilis congénitale et de contrôle des IST classique et du VIH/Sida en est un exemple. Ensuite, le renforcement de l'offre pour les prestations IST et VIH/Sida ne peut être obliéré en faveur du renforcement des services où ils sont intégrés. Le programme de lutte contre le VIH/Sida doit s'imposer comme une priorité de santé publique, pour prévenir les conséquences dévastatrices de sa propagation, notamment sur le système de santé. Madagascar est encore un pays à faible prévalence et peut le rester si des mesures adéquates – et donc, spécifiquement orientées vers la prévention et prise en charge médicale des IST et du VIH/Sida sont mises en place avant que l'épidémie soit hors contrôle. Enfin, dans son ensemble, le programme de lutte contre les IST et VIH/Sida contribuera à la mise en œuvre du PDSS pour le renforcement du système de santé à travers la levée des obstacles communs à l'ensemble du paquet d'activités IST et VIH/Sida, qui renvoient à des contraintes structurelles. Ces mesures concernent

essentiellement le renforcement des capacités techniques et managériales pour la mise en œuvre d'un programme intégré aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elles incluent : (i) l'inscription du renforcement des compétences managériales dans la formation initiale et continue ; (ii) l'amélioration du mécanisme et des outils de gestion des intrants (personnel, formation, médicaments, réactifs, équipement) aux niveaux central, intermédiaire et périphérique pour assurer une meilleure coordination dans l'utilisation de ces intrants ; (iii) le renforcement de la programmation en réaligement du personnel, formation/remise à niveau, approvisionnement en équipement, réactifs, consommables et médicaments à travers leur inscription en plans annuels budgétisés ; (iv) la pérennisation du renforcement des compétences techniques IST et VIH/Sida par leur intégration dans la formation initiale des médecins, paramédicaux et agents sociaux et la mise en place d'un suivi formatif ; (v) le renforcement de l'adéquation dans l'offre et la demande pour les services clinique générée par la communication (Ref. Infra, III. Plaidoyer et Communication pour le changement de comportement et le changement normatif) ; (v) le renforcement du partenariat avec la société civile et le secteur privé pour augmenter la disponibilité des services promotionnels et cliniques (Ref. IV. Mise en place et stimulation de la réponse locale).

Contraintes spécifiques au renforcement des prestations IST et VIH/Sida.

Les contraintes principales au renforcement des prestations VIH/Sida tiennent au caractère relativement récent du programme et donc : (i) à la verticalité des interventions, héritée d'une approche « projet » orientée vers la mise en place de « services » plutôt que de « prestations » intégrées ; (ii) un défaut de coordination intra-sectorielle au sein du MinSan/PF ; (iii) un partenariat encore limité avec la société civile, y compris le secteur privé ; (iv) un dysfonctionnement au niveau de la gestion des intrants ; (v) la faiblesse du système de suivi-évaluation des performances des structures sanitaires pour réaliser les objectifs annuels de couverture.

Le Gouvernement a pris des dispositions pour remédier à cette situation en rattachant, en 2006, le Programme IST et VIH/Sida à la Direction des Urgences et de la Lutte contre les Maladies Transmissibles (DULMT) jusqu'alors hors de l'organigramme du MinSan/PF. Le Programme IST et VIH/Sida a également été renforcé en ressources humaines pour jouer son rôle d'interface entre le SE/CNLS et le MinSan/PF, en coordonnant les activités cliniques IST et VIH/Sida dont la mise en œuvre est placée sous la responsabilité directe des structures du MinSan/PF concernées, au niveau central, intermédiaire et périphérique. L'organigramme du Programme IST et VIH/Sida est en cours de révision. Pour les besoins programmatiques, il prévoit de redéfinir les termes de référence des points focaux pour : (i) la PEC des IST ; (ii) le dépistage du VIH ; (iii) la composante suivi médical et biologique de la PEC clinique des PVVIH ; (iv) la composante ARV prophylactique et thérapeutique de la PEC clinique des PVVIH ; (v) la référence pour la PEC clinique et psychosociale. Ces points focaux seront également respectivement chargés de la coordination en : (i) planification ; (ii) formation ; (iii) composante équipement/consommables/réactifs de la logistique ; (iv) composante médicaments/ARV/IO de la logistique ; (v) suivi et évaluation (programme) ; (vi) suivi de l'épidémie (surveillance biologique et comportementale) pour l'ensemble des prestations IST et VIH/Sida, pour favoriser une coordination et intégration sur le plan de la gestion de programme. Leurs TdR et plan annuel d'activité seront également définis dans une optique de renforcement de la coordination avec les autres structures du MinSan/PF, en tenant compte de la restructuration du ministère, qui intègre depuis 2007 certains départements du ministère de la Population.

Cette restructuration du Programme IST et VIH/Sida s'inscrit dans le cadre du renforcement du MinSan/PF dans son rôle de leader pour la gestion technique de la composante clinique de la réponse. Elle requiert le renforcement des compétences des structures décisionnelles et opérationnelles des différents niveaux à travers le développement d'outils de gestion et la formation à leur

utilisation. Ils doivent pouvoir assurer une gestion coordonnée des intrants (dotation en personnel, formation, dotation en équipement, réactifs, médicaments et consommables) et un suivi effectif de la réalisation des objectifs nationaux de couverture, à travers la mise en place de tableaux de bord, la mise en place d'un système d'assurance qualité (protocoles de traitement, formation) et la mesure des indicateurs en fonction de la méthodologie de calcul définie). En parallèle avec le renforcement de la coordination intra-sectorielle et des capacités du secteur public, il doit définir et mettre en œuvre une stratégie de renforcement du partenariat avec le secteur privé, pour améliorer la disponibilité des prestations IST et VIH, à travers les cabinets médicaux privés, les cabinets médicaux des ONGs et associations et les services médicaux inter-entreprises. Enfin, le MinSan/PF doit renforcer le partenariat avec la DCSM, le ministère de la justice (milieu carcéral) et les institutions de formation initiale, pour une harmonisation des outils de gestion, une complémentarité dans les circuits d'approvisionnement des intrants, une couverture maximale des groupes vulnérables et une institutionnalisation de la formation en IST et VIH/Sida et gestion de programme. A moyen terme, ce leadership dans la gestion technique de la composante clinique de la réponse par le MinSan/PF doit s'accompagner, non seulement de la décentralisation de la gestion de programme à son niveau opérationnel de mise en œuvre mais de la déconcentration du financement des activités cliniques exécuté par le SE/CNLS, dont la gestion pourrait être assurée par des AGF, comme dans le cadre du FAP ou Fonds d'Appui à La Prévention et Prise en charge des PVVIH. La gestion financière de cette composante de la « Réponse locale », financée par la Banque Mondiale dans le cadre du projet PMPS a en effet été confiée à une agence indépendante (AGF).

Sur le plan des prestations cliniques, le MinSan/PF doit mettre l'accent sur le renforcement de : (i) la prise en charge des IST classiques – inscrit dans le MAP 2007-2012 comme priorité pour la lutte contre le VIH/Sida ; (ii) le dépistage du VIH, qui doivent être tous deux être disponibles en priorité dans les communes vulnérables mais intégrés aux services de routine de l'ensemble des structures sanitaires au niveau national d'ici fin 2012. En collaboration avec le SE/CNLS, ces deux composantes cliniques feront l'objet d'Initiatives aux Résultats Rapides pour une amélioration immédiate des performances dans les structures sanitaires où les compétences ont été/seront renforcées. Le MinSan/PF doit également assurer en priorité : (i) la mise en place d'une référence opérationnelle pour la PEC médicale des PVVIH ; (ii) renforcer le partenariat entre les structures de dépistage du VIH et PEC médicale des PVVIH avec les organisations professionnelles et les associations de PVVIH pour leur encadrement psycho-social et la lutte contre la stigmatisation et discrimination, en particulier, en milieu médical, également liée à la mise en place des précautions universelles.

Paquet d'activités IST et VIH/Sida

Prise en charge des IST classiques

En 1997, le gouvernement a adopté l'approche syndromique pour le diagnostic et le traitement des IST. A partir de 2000, la PEC des IST classiques a été intégrée dans les services de soins de santé primaires publics et privés (ONG). En 2003-2004, 1775 prestataires privés ont suivi une formation de remise à niveau en approche syndromique. En 2004, 2500 prestataires publics ont reçu une formation théorique. Deux kits de traitement préemballés ont été mis au point pour traiter les écoulements génitaux et les ulcères : le kit CURA 7 (gonocoque et chlamydia) et le kit GeniCure (chancre mou et syphilis). La distribution de ces kits préemballés s'est faite au travers du marketing social pour le secteur privé et via une centrale d'achat pour le secteur public. Le MinSan/PF équipé 327 CSB2 en rotateurs à énergie solaire pour augmenter la disponibilité des tests RPR, assuré une meilleure distribution des

kits de traitement et réduit leur coût unitaire, jusque là prohibitif pour la majorité des patients. Il a lancé une étude de pharmacorésistance des germes IST aux traitements, élaboré un draft de politique de dynamisation de la lutte contre les IST classiques, inscrit dans une double perspective de réduction de la syphilis congénitale et de contrôle des IST et du VIH/Sida. En 2005, la dynamisation du programme de lutte contre les IST conventionnelles a été identifiée comme une priorité du Programme IST et VIH/Sida. Le MinSan/PF s'est fixé comme objectif d'assurer une couverture maximale du dépistage sérologique de la syphilis pour les malades qui présentent des symptômes d'IST, les femmes enceintes vues en consultation prénatale en clinique et les autres groupes de population considérées comme présentant un risque élevé de contracter des IST. Il a également initié une collaboration étroite avec le CDC Atlanta pour mener les évaluations et interventions nécessaires pour renforcer les capacités du personnel technique des formations sanitaires en mesure de réaliser le test RPR et offrir des alternatives au personnel de celles qui ne sont pas équipés pour offrir ce type de prestation.

On estime à seulement 30% le nombre de femmes testées pour la syphilis au moment de la grossesse ou de l'accouchement. Les services de dépistage et PEC des IST en direction des groupes les plus vulnérables et des jeunes sont également insuffisants. Quelques ONG et des centres de santé privés offrent des services spécialisés aux populations vulnérables, par exemple, SISAL et PSI, et il n'existe pas de service public spécialisé dans le traitement des IST pour les groupes les plus vulnérables. Le manque de réactifs dans les grandes formations sanitaires ou d'énergie, de réfrigérateurs et de rotateurs dans les sites plus reculés ainsi que le coût des tests pour les patients sont des contraintes majeures. La mise en place d'une base de donnée du Minsan/PF sur les intrants gérés par le niveau central (formation, médicaments, réactifs, équipement) est en cours de développement, pour éviter les dysfonctionnements observés à ce niveau. Par exemple, l'équipement des 327 CSB2 en rotateurs à énergie n'a pas été accompagné d'une dotation en réactifs et médicaments et la formation à l'usage de ces tests ne s'est pas faite en parallèle. Elle permettra d'assurer une meilleure coordination dans la gestion de ces intrants, qui doit se traduire par le développement de plans annuels intégrés pour la formation/remise à niveau et l'approvisionnement en équipement, réactifs, consommables et médicaments.

Les infirmiers/infirmières et les médecins des services de pédiatrie, de néonatalogie, de santé de la mère et de l'enfant sont initiés pendant 15mn à 1h en moyenne sur la syphilis et la syphilis congénitale au cours de leur formation. Ceux qui effectuent une rotation à l'HIS sont plus au fait des IST. L'inventaire des capacités des structures sanitaires prévu dans le cadre de la mise en place de la banque de donnée pour la gestion des intrants permettra de déterminer le type de test qui peut être utilisé pour le dépistage de la syphilis et donc, le type d'audience, curriculum et calendrier de formation pour le renforcement des compétences en la matière. Les professionnels de la santé ont l'habitude de la PEC à la carte des IST, ce qui limite l'impact de la formation sur l'approche syndromique (2 jours seulement), qui ne fonctionne qu'à 75%. Elle ne fait pas encore partie du programme de formation initiale des médecins et infirmiers et ne fait l'objet d'aucune supervision formative au niveau des sites. Il n'existe pas encore de check-list de supervision standard pour les prestataires de prise en charge des cas d'IST et depuis l'évaluation des indicateurs IP6 et IP7 en 2000, il n'y a pas eu de contrôle systématique de la qualité des services en matière de prise en charge des cas IST. Le MinSan/PF prévoit de collaborer avec le CDC Atlanta dans le choix des tests qui seront nécessaires pour la PEC syndromique des IST et pour renforcer les capacités des laborantins en techniques moléculaires spécifiques, de culture, sérologique et de diagnostic pour la détection des IST.

La nouvelle mesure de subvention des kits IST (coût unitaire de 100 AR) devrait contribuer à lever la contrainte d'accessibilité financière aux services de PEC des IST mais devra être accompagnée d'une communication axée sur la lutte contre l'auto-

médication et les traitements traditionnels. Elle doit également être accompagnée de la gratuité du test, en particulier pour les femmes enceintes qui ont souvent besoin de faire d'autres tests pendant leur consultation prénatale. Bien qu'il ne constitue pas la meilleure mesure de la maladie et entraîne un traitement excessif, l'introduction d'un test rapide dans le pays s'avèrera probablement une mesure nécessaire pour assurer la généralisation du dépistage dans le pays. Le MinSan/PF et le CDC Atlanta ont par conséquent défini les conditions pour une évaluation de 3 à 4 tests rapides (deux « treponemal » tests disponibles commercialement et deux prototypes « dual non-treponemal/treponemal » (équivalent à un test RPR et de confirmation) sur serum et/ou sang, prévue en 2007.

Le MinSan/PF prévoit d'introduire un test de la syphilis au moment des « interventions de soins » (*Point of care* ou POC) sur les sites cliniques indirectement servis par les laboratoires qui réalisent actuellement des tests RPR et d'assurer un approvisionnement régulier de tests et de traitement pour les individus séropositifs. L'introduction du test de la syphilis POC dans un cadre prénatal pourra également contribuer à l'introduction ultérieure des tests rapides du VIH en vue de prévenir la transmission verticale du VIH. Du point de vue logistique, il n'est pas possible d'initier, « déployer » et assurer le suivi du test de la syphilis POC et du traitement ultérieur des séropositifs à échelle nationale en une fois. L'approche, appuyée par CDC Atlanta, consistera donc à introduire un dépistage général (des patients IST, des cas cliniques prénatals et des autres groupes les plus vulnérables) par clusters de districts. Taolanaro a été choisi comme district de démonstration, en raison de son taux élevé de séropositivité à la syphilis, sa grande superficie, son caractère essentiellement rural, son éloignement par rapport à Antananarivo et les mouvements de population prévus en raison du déploiement des activités minières et de la création d'un port en eau profonde. Les tests de la syphilis POC et le traitement seront dispensés dans tous les CSB-1 et deux centres de santé primaire tandis que les formations qui réalisent actuellement le test RPR continueront d'assurer ce type de prestation. Les taux de séropositivité feront l'objet d'un suivi sur la base du système de surveillance syndromique proposé. Le MinSan/PF collaborera également avec les partenaires du secteur privé (par exemple, QMM, une filiale de Rio Tinto travaillant dans l'exploitation minière) pour monter ce district de démonstration. Comme il n'existe pas de surveillance de la syphilis congénitale, la mortalité dans le district sera prise en compte en tant que critère de substitution pour la syphilis congénitale. Le CDC fournira également un appui technique pour le roll-out du test de la syphilis POC à Madagascar.

Pour augmenter la disponibilité des services de PEC des IST en direction des groupes les plus vulnérables, le MinSan/PF envisage de rendre les formations sanitaires les plus performantes « amies des groupes vulnérables », de mobiliser les ONGs pour étendre leurs services à l'intention de ces groupes de population, en conformité avec les normes et standards définis par le Gouvernement, à travers des stratégies fixes et nocturnes/avancées.

Le MinSan/PF envisage de revoir les kits CURA 7 et GeniCure pour simplifier et compléter les traitements (dose unique d'azithromycine, métronidazole pour la vaginose bactérienne, « kit syphilis » de la femme enceinte). Il compte également évaluer les maladies ulcéreuses pour une évaluation du contenu des kits. L'approvisionnement en médicaments et en fournitures médicales est centralisé au niveau d'un organisme public, la SALAMA, qui reçoit un budget du gouvernement répartie en montants spécifiques pour chaque région. Cette dernière passe commande à la SALAMA, à partir du catalogue, pour les médicaments dont elle a besoin. Les tests RPR et les kits pré-emballés Cura7 et Genicure ne figurent pas sur cette liste et sont donc souvent exclus des commandes, ce qui entraîne des ruptures de stock. De plus, comme le montant alloué à chaque région est limité et que plusieurs CSB n'ont pas la capacité d'effectuer des tests RPR, peu d'entre eux réalisent des tests de la syphilis.

Il est nécessaire de mettre en place un système de dépistage sérologique au niveau national qui informera sur les cas d'IST par âge et par sexe, sur le schéma pathologique, notamment l'étiologie des ulcérations génitales et des IST asymptomatiques chez les groupes vulnérables, sur les besoins en médicaments et en personnel, sur les taux de sérologie positive de la syphilis parmi les personnes qui présentent les symptômes de la syphilis et sur la situation des activités de recherche des contacts. Une commission biologique a été mise sur pied par le MinSan/PF pour statuer sur le genre de test à utiliser dans le secteur public. Les décisions relatives au test à utiliser sont prises sur la recommandation du Laboratoire National de Référence pour le VIH/Sida (LNR) mais il n'est en fait chargé du test et du contrôle de qualité des IST que pour la période de surveillance et non au cours de l'année. Pour rationaliser le système, le Gouvernement est en train de construire un Laboratoire National de Référence pour le VIH/Sida, les IST et la Tuberculose qui sera chargé de : (i) assurer une surveillance microbiologique des IST ; (ii) déterminer les changements temporels au niveau du schéma pathologique ; (iii) informer les algorithmes syndromiques en conséquence ; (iv) assurer la qualité des tests de laboratoire dans tout le pays, en introduisant et maintenant un programme de AQ/CQ pour une sérologie de la syphilis sur les sites périphériques. La mise en place d'un système d'assurance qualité fonctionnel est en effet une condition préalable à la mise à échelle nationale du dépistage de la syphilis : l'introduction d'algorithmes de dépistage appropriés pour la syphilis ne peut se faire sans un système permettant au LNR de faire le monitoring de la qualité des tests utilisés et de la capacité effective du personnel médical et de laboratoire à réaliser le test. Le MinSan/PF prévoit donc de collaborer avec le CDC Atlanta pour la mise en place du LNR, la série de tests nécessaires pour soutenir la gestion syndromique des MST et la création d'un programme national d'AQ/CQ pour le test sérologique de la syphilis appuyé par le laboratoire de référence de l'OMS auprès de CDC qui apportera également une aide technique pour la formation du personnel des laboratoires sur les techniques spécifiques moléculaires, de culture et sérologiques qui seront plus tard utilisées pour soutenir la gestion syndromique des IST à Madagascar.

Le MinSan/PF prévoit également de collaborer avec le CDC Atlanta, le Ministère de la Défense et des ONG pour concevoir et réaliser des projets spécifiques, pour identifier le scénario et le poids véritable des IST dans des groupes de population vulnérable, déterminer le potentiel d'une épidémie généralisée de VIH/Sida, élaborer des interventions appropriées, identifier les maladies asymptomatiques liées aux complications post-partum (ex. PID et infertilité), déterminer le risque potentiel associé à la transmission verticale des IST. Les enquêtes seront entreprises auprès des groupes suivants : (i) les travailleuses du sexe qui se plaignent de symptômes normalement associés aux IST ; (ii) les travailleuses du sexe qui ne présente pas de symptômes ; (iii) les jeunes (du sexe masculin et du sexe féminin) qui se plaignent de symptômes normalement associés aux IST ; (iv) les jeunes qui ne présentent pas de symptômes (du sexe masculin et du sexe féminin) ; (v) le personnel militaire qui se plaint de symptômes normalement associés aux IST ; (vi) le personnel militaire qui ne présente pas de symptômes ; (vii) les clientes PF. Les tests requis pour ces études sont : (i) détection des ulcères génitaux pathogènes par PCR en temps réel, y compris l'herpès, le chancroïde, la syphilis et le LGV ; (ii) détection des pertes organiques par PCR en temps réel, telles que *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *M. genitalium* and *T. vaginalis*. Le CDC réalisera à Atlanta les tests qui ne peuvent être faits à Madagascar (coût des réactifs seulement). Par ailleurs, deux études spécifiques seront entreprises pour valider ou modifier les algorithmes existants, notamment : (i) une évaluation de l'étiologie actuelle des ulcères génitaux à Madagascar ; (ii) une évaluation des susceptibilités antimicrobiennes des isolats de la blennorragie à Madagascar. Comme préalable à la seconde étude, le CDC formera le LNR à la propagation, identification et stockage des germes de *Neisseria gonorrhoeae*, utilisation des E-tests et techniques de dilution agar pour déterminer la susceptibilité des souches gonococciques à des groupes d'antibiotiques. Enfin, le CDC apportera une assistance technique (sans

coût pour le gouvernement malgache) dans le contrôle qualité pour le test de la syphilis, la sérologie herpes et la microscopie pour la vaginose bactériale et candidiase.

Conseil et test volontaires du VIH

Le gouvernement prévoit de pourvoir l'ensemble des 22 chefs lieux de régions et des 111 chefs lieux de districts en centres de conseils et test volontaires (CTV) d'ici 2009. Actuellement, il existe 16 centres CTVs publics implantés dans les chefs lieux de province, 3 centres CTVs gérés par des ONGs et 37 centres CTVs privés inégalement répartis dans les provinces. Ils sont situés surtout dans la province d'Antananarivo (18 centres). Les autres provinces ont entre 3 et 8 centres. L'implantation des CTVs publics suit plusieurs modèles. Dans les structures sanitaires, ils constituent soit un service indépendant, soit un service intégré. Hors structure sanitaire, ils sont soit indépendants, soit localisés dans une structure sociale ou administrative. Ils emploient des conseillers et techniciens de laboratoire formés pour la plupart par l'Institut National de Santé Publique (INSPC), mais qui devraient pouvoir bénéficier d'un stage d'immersion après leur formation théorique. Les centres privés sont le plus souvent intégrés dans des structures de soins préexistantes et utilisent le même personnel. Certains centres privés ont cessé de fonctionner une fois le financement pour les tests et consommables suspendu. Pour prévenir ce problème, des conventions de partenariat sont envisagées pour l'approvisionnement des centres privés en réactifs et consommables (système logistique à définir) mais sous condition du respect des normes et standards définis par le MinSan/PF.

Généralement, en dehors d'Antananarivo, les centres CTVs connaissent peu d'affluence (2 à 5 personnes par jour), ce qui de l'avis des conseillers, tiendrait au peu d'intérêt de la population pour le dépistage du VIH. De plus, l'implantation de certains centres ne favorise pas toujours la demande, car associée à une suspicion de séropositivité et donc, une peur de la stigmatisation. Enfin, pour des raisons de confidentialité, les patients préfèrent souvent demander le test à leur médecin traitant.

L'objectif du gouvernement est d'assurer la disponibilité du dépistage du VIH dans tous les services de santé primaire sur l'ensemble du territoire national, en priorisant, bien sûr, la couverture des communes vulnérables. Les avantages liés à cette stratégie de dépistage de routine incluent la banalisation du test, la normalisation de la connaissance du statut sérologique et donc, la réduction de la stigmatisation. Le dépistage du VIH est déjà intégré dans les 284 structures sanitaires qui délivrent des prestations de PTME, dans 48 districts. Le Gouvernement prévoit d'assurer la couverture des 111 districts sanitaires du pays par les activités de PTME d'ici 2007. Il est en voie d'intégration dans les services de dépistage et traitement des Tuberculeux (CDT), avec la formation du personnel de 15 CDTs. Le nombre de nouveaux cas attendus de TPM+ est estimé à 20,000/an, dont 57% utilise les services CDT. Ce sont donc 12 000 tuberculeux/an, qui pourront avoir accès au dépistage du VIH. Le taux de séroprévalence du VIH est de 0,91% parmi les TB, ce qui fait environ 200 patients TB séropositifs qui bénéficieront d'un suivi médical et du traitement par ARV. Le dépistage du VIH devrait également être intégré dans les services de PF, fréquentés par 18% des femmes sexuellement active soit environ 650 000 femmes/an.

Dans les régions ciblées par l'Initiative à Résultats Rapides (IRR) et où la demande pour le dépistage a été renforcée par la réponse locale, les utilisateurs se plaignent de la difficulté à accéder au dépistage. La stratégie mobile est conçue comme une stratégie de substitution, pour renforcer l'utilisation des services dans les zones à risque, enclavées et où les performances des postes fixes sont

faibles. Elle sera progressivement réduite, au fur et à mesure de la généralisation de l'intégration du dépistage dans les soins de santé primaire.

Le LNR élabore actuellement des Manuels de Procédures et des systèmes de contrôle de qualité pour le test du VIH. Ils devront être mis à jour après adoption des tests rapides (test en cours), qui permettront de réduire le pourcentage des perdus de vue (remise des résultats le même jour). La mise à échelle de l'intégration du dépistage dans les soins de santé primaire requiert également le renforcement de l'effectif et des compétences du personnel de santé de base. Pour éviter les dysfonctionnements, le MinSan/PF adoptera une approche de mise à échelle par clusters de régions/districts (versus mise à échelle nationale des activités du paquet – formation, fourniture des intrants, etc.). Enfin, elle nécessite la définition et mise en place de mesures pour assurer la confidentialité, réduire les risques de discrimination du personnel de santé à l'encontre des PVVIH (par exemple, les textes réglementaires sur les accidents d'expositions au sang ne sont pas encore entrés en vigueur) et l'amélioration du système de référence/contre référence pour le suivi médical et biologique et le soutien psychosocial des PVVIH, qui permettra également de réduire le nombre de perdus de vue et assurer une meilleure compliance au traitement. Des actions seront également identifiées pour traiter les problèmes notés au cours de la prestation de la thérapie médicamenteuse de seconde intention.

Prévention de la Transmission Mère-Enfant

Le programme de PTME a pour objectifs : (i) la connaissance du statut sérologique pour la prévention primaire – la majorité des femmes enceintes étant séronégatives ; (ii) la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à travers l'administration d'ARV prophylactique ; (iii) la référence des femmes enceintes séropositives et des enfants pour une prise en charge médicale et psychosociale.

Entre 2003 et 2006, 4300 prestataires de services ont été formés par l'INSPC. Le suivi des agents formés est pour ainsi dire inexistant. Le curriculum de PTME doit maintenant être inscrit dans la formation initiale. Onze hôpitaux et 14 centres de soins ont été rendus immédiatement opérationnels. Les autres centres ont souffert de délais dans l'approvisionnement en réactifs et consommables, qui n'a pas suivi la formation (dysfonctionnement dans la gestion des intrants par le niveau central). Conséquence d'une logique de programmation verticale (approche programme versus prestation de service), les CTVs et les centres de PTME reçoivent leurs tests de dépistage du VIH de sources différentes, sans qu'il y n'ait de mécanisme de coordination, pour éviter les ruptures de stocks dans l'un ou l'autre des services.

La plupart des centres publics ou privés (confessionnels ou non) qui pratiquent des activités de PTME ne disposent que du traitement prophylactique pour réduire la transmission verticale pendant l'accouchement. La prise en charge médicale ultérieure de la patiente et de son enfant doit faire appel au médecin référent, localisé au niveau régional. Les accouchements se faisant généralement hors de ces centres de PTME, dans une maternité de référence (où le personnel n'est pas toujours formé à la PTME), le risque de stigmatisation est évident. Le pourcentage de parturientes perdues de vue avant et après l'accouchement peut être important, en raison notamment de l'absence d'un système de suivi médical et biologique de proximité. Comme pour les autres services de dépistage, l'amélioration des performances des centres PTME requiert également une meilleure concordance dans le circuit du sang (sérum), le circuit des résultats du test et la date pour la remise des résultats du test aux patients.

Sécurité transfusionnelle

La mise en œuvre du volet sécurité transfusionnelle s'est traduite par le développement d'une politique Nationale sur la Transfusion Sanguine et le dépistage systématique des poches de sang (bien qu'il reste actuellement 1% de poches de sang non testées) au centre national de transfusion sanguine et dans les 36 centres de TS du niveau intermédiaire (4-8/province). Elle peut être améliorée à travers le renforcement du circuit d'approvisionnement en réactifs et consommables et l'amélioration du suivi dans l'utilisation rationnelle des intrants (supervision et rapports d'activités périodiques).

Précautions Universelles

Les diagnostics réalisés entre 2002 et 2004 ayant montré une situation alarmante, le MinSan/PF a développé une Politique Nationale de gestion des déchets médicaux en 2005 et initié un programme en la matière. Pour éviter les dysfonctionnements dans la mise en place du système, il associe la construction des incinérateurs Montfort à des mesures d'accompagnement : (i) sensibilisation et formation du personnel ; (ii) engagement de la Direction de l'établissement à suivre les normes en matière d'élimination des déchets médicaux ; (iii) élaboration d'un plan de gestion des déchets de soins ; (iv) fourniture d'équipements en vue d'assurer le tri, la collecte et le stockage des déchets ; (v) actions de supervision puis de suivi après 6 mois.

Le dispositif de formation a été conçu pour assurer la couverture des 111 districts, à partir de 9 formations interrégionales. La formation sur la sécurité des injections et la gestion des déchets s'adresse aux Chefs des Services de Santé et du Planning Familial de District (SSPFD) et Médecins-chefs des hôpitaux de districts, et est organisée au niveau de « centres hospitaliers-écoles » où sont dispensés des enseignements théoriques et des activités pratiques (audit des pratiques de l'établissement, élaboration du plan de gestion, suivi de la construction de l'incinérateur et formation des opérateurs). La formation du personnel et l'élaboration du plan de gestion dans les établissements non couverts par la formation interrégionale sont assurés par les Médecins Inspecteurs/Médecins-chefs des districts, à travers un dispositif de formation en cascade.

Un plan d'équipement et deux prototypes des quatre (4) solutions d'élimination pour les CSB prévues par la politique nationale sont en cours de réalisation. La Politique Nationale ayant également retenu le principe d'équiper les grands centres hospitaliers avec des incinérateurs à double chambre d'importation, un plan d'équipement de ces grands établissements est prévu. Une programmation est envisagée sur un premier site pilote pour 2007.

Le dispositif de prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) n'est pas encore mis en place. Pour minimiser les inquiétudes du personnel soignant et la discrimination que le risque d'AES peut générer en milieu de soins et de laboratoires, l'atelier de validation des protocoles thérapeutiques de décembre 2005 a institué une évaluation du risque, un suivi biologique, une chimioprophylaxie et une référence avec un kit AES. Des directives claires sur les Accidents d'exposition (professionnelle) au VIH – Prophylaxie post exposition doivent être développées et les kits ARV pour les AES doivent être rendus disponibles.

Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida

La prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/Sida est assurée à travers le traitement des infections opportunistes et le traitement antirétroviral. Dix neuf médecins référents exercent dans les 6 chefs lieux des provinces, y compris le CHU d'Antananarivo. L'introduction du curriculum dans la formation initiale des médecins permettra d'augmenter le nombre de médecins référents/réseaux. Les médecins prescripteurs d'ARV formés par l'Association Rive de la Réunion ont d'abord pratiqué un traitement à la carte. Les recommandations de l'atelier de Mars 2005 et la réunion de validation du protocole ARV de juin 2005 ont tranché en faveur du schéma standardisé avec une clef de répartition. Le protocole thérapeutique de traitement antirétroviral a été remanié en décembre 2005 pour se conformer aux dernières recommandations internationales.

D'autres documents normatifs développés incluent : (i) la politique de prise en charge des PVVIH ; (ii) le guide de prise en charge des PVVIH chez l'adulte et l'enfant, qui doit être révisé pour le simplifier et distribué dans tous les réseaux de prise en charge. Ils doivent être complétés par : (i) une politique d'accès aux médicaments antirétroviraux ; (ii) un guide pour le suivi de l'observance du traitement sous ARV ; (iii) un guide pour les soins à domicile ; (iv) un guide Nutrition et VIH/Sida ; (v) un guide des soins palliatifs ; (vi) un guide de traitement pour l'enfant.

Des outils de gestion des activités de PEC sont également disponibles au niveau de chaque centre de référence : (i) fiches de référence pour le transfert confidentiel d'informations médicales ; (ii) registres confidentiels répertoriant le nombre de PVVIH traités dans chaque centre de référence et le résumé des données cliniques ; (iii) fiche individuelle de suivi résumant les schémas thérapeutiques, les effets secondaires et le calendrier des consultations ; (iv) rapport trimestriel de suivi et prise en charge des PVVIH. Les carences dans le suivi par les centres de références sont caractérisées par : (i) la non disponibilité des données pour les rapports d'activité, y compris une fiche de suivi des malades pour suivre les indicateurs de PEC ; (ii) le manque de suivi technique des centres par le niveau central ; (iii) l'absence de système de rapportage et de suivi des effets indésirables des médicaments. Le système de pharmacovigilance y doit également être mis en place.

Trois entités sont prévues pour appuyer la prise en charge des PVVIH par les ARV : (i) un comité multidisciplinaire de pérennisation de la prise en charge des PVVIH, qui doit suivre le processus de l'accès aux ARV; (ii) un comité de gestion et d'approvisionnement en médicaments et réactifs (CGAMR) qui doit appuyer le système d'approvisionnement en médicaments et réactifs pour assurer sa pérennisation ; (iii) un coordinateur du système d'approvisionnement en ARV et réactifs sérologiques qui doit assurer l'opérationnalisation du système d'approvisionnement et la gestion des médicaments en ARV et contre les infections opportunistes. Ces différentes structures ne sont pas toutes opérationnelles : le comité de pérennisation n'a pas encore été mis en place et le CGAMR a peu de réunions à son actif.

Les ARV, d'abord fournis gratuitement par l'association RIVE de l'île de la Réunion, sont maintenant achetés par le Gouvernement. Ils sont distribués à partir d'Antananarivo par le programme IST/VIH/Sida du MinSan/PF. La mise en oeuvre du volet relatif à l'approvisionnement en médicaments se fait par : (i) la formation de 15 formateurs en gestion de médicaments ARV ; (ii) l'inclusion des ARV et MIO dans LNM Essentiels et l'utilisation des outils de gestion des médicaments essentiels pour les ARV ; (iii) l'élaboration d'un plan d'enrôlement des PVVIH. Il doit être renforcé à travers l'amélioration et sécurisation des infrastructures de stockage au niveau des centres de référence et la traçabilité des médicaments. La question de la pérennisation de la gratuité des ARV doit également être clairement abordée. Certains médecins ont signalé des difficultés dans l'approvisionnement en ARV les obligeant à la substitution de certaines molécules par d'autres dans leurs prescriptions. La désignation du coordonnateur ARV au

sein de la DPLMT, assisté de 2 responsables de suivi et contrôle des médicaments ARV et des MIO, devrait permettre de faire face à ce problème, à travers la mise en place d'un système de gestion (compilation des besoins, coordination des commandes, distribution médicaments ARV et MIO, suivi de la gestion au niveau des centres de référence).

Actuellement, seuls l'IPM, le LNR et le CHU de Mahajanga effectuent le comptage des CD4 par Cytométrie de flux. Seul l'IPM dispose du plateau technique pour le comptage de la charge virale et la réalisation de tests génotypiques en cas d'échecs thérapeutiques. Les échantillons des patients de l'intérieur du pays sont acheminés par voie aérienne ou routière pour être analysés. L'acheminement des prélèvements pour le dosage des CD4 se fait par l'intermédiaire du réseau des PVVIH, la FIFAFI : prélèvements envoyés avec nom du malade sans anonymat ; il en est de même pour les médicaments et les résultats, d'où l'existence d'un risque manifeste de rupture du secret médical. Une extension de la prise en charge par les ARV obéit à une logique d'amélioration du plateau technique sur l'ensemble du territoire national. Dans une optique de coût efficacité, les 6 chefs lieux de provinces devraient posséder les moyens de faire le dosage de CD4. Le comptage de la Charge Virale devrait faire partie des possibilités du suivi biologique du LNR. Le coût par patient du paquet minimum biologique (PMA Bio) proposé risque de poser un problème avec l'augmentation du nombre des patients. Le passage à échelle du suivi biologique périodique nécessitera sans doute la révision du paquet, pour une minimisation du coût des examens paracliniques.

La prise en charge des infections opportunistes (PEC/IO) inclut la prévention, le diagnostic/dépistage et le traitement des infections opportunistes par les médecins référents et de réseau. Le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont gratuits. 237 patients sont actuellement suivis dans les centres de référence/contre référence (CHU, CSB). Les contraintes dans la mise en œuvre de ce volet sont les suivantes : (i) l'absence de gratuité du dépistage en laboratoire des infections opportunistes et de certains médicaments pour les IO, (ii) l'absence de supervision et d'évaluation des centres accrédités, (iii) la faiblesse du suivi, du rapportage et de la collecte des données relatives à la prise en charge ; (iv) la faiblesse des alternative de traitement, limitée par le coût et la disponibilité des médicaments spécialisés.

Le soutien à l'adhérence est fourni par le médecin référent et un paramédical de son service, le soutien des pairs dans les associations de PVVIH et la référence vers d'autres institutions pour le soutien psychosocial. La mise en œuvre des soins palliatifs s'opère à travers la prise en charge des patients en fin de vie dans les centres de référence, l'évacuation sanitaire et un soutien spirituel et émotionnel offert par les associations de PVVIH dans les centres de référence.

La prise en charge psychosociale des PVVIH s'est essentiellement traduite par : (i) l'élaboration d'un guide de prise en charge , (ii) le renforcement des capacités à travers la formation 47 personnes formées en PEC psychosociale 25 formateurs issus du secteur public et du secteur privé, (iii) la forte implication de la société civile à travers des ONGs notamment les ONGs confessionnelles et les ONGs de personnes vivant avec le VIH/Sida et la mise en place de 11 antennes régionales du réseau de soutien psychosocial (FIFAFI) ; (iv) un appui technique et financier des associations s'occupant de la prise en charge psychosociale aux PVVIH, (v) le soutien nutritionnel. Les contraintes rencontrées renvoient à une compréhension et une qualification insuffisantes pour une prise en charge psychosociale efficace, la nécessité de vulgariser le guide de prise en charge psychosociale et le nombre limité de groupes de soutien surtout dans les zones périphériques. Le partenariat avec les organisations confessionnelles représente une opportunité pour renforcer le soutien psychosocial aux PVVIH dans une optique de référence/contre référence avec les soins cliniques.

Avec l'appui du projet PMPS financé par la Banque Mondiale, le SE/CNLS a soutenu la mise en œuvre d'activités de lutte contre le VIH/Sida à travers le Fonds d'Appui à la Prévention (FAP). La seconde phase de ce projet (PMPS II) a prévu d'utiliser ce fonds pour des activités de prévention et prise en charge des PVVIH (Ref. IV. Mise en place et stimulation de la Réponse locale).

Suivi et évaluation de la réponse clinique

Mécanisme de suivi et évaluation

Le rapport d'activités mensuel (RMA) est un outil de gestion intégré prévu pour enregistrer les données sur l'utilisation des services cliniques, y compris les prestations IST et VIH/Sida, par chaque formation sanitaire. Trois compilations des données sont effectuées : (i) au niveau du Service de Santé et du Planning Familial de District (SSPFD) ; (ii) au niveau de la Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial (DRSPF) ; (iii) au niveau central par le service de statistique sanitaire du MINSAN/PF. Les données sont mises à jour mensuellement au niveau décentralisé mais leur analyse n'est pas systématique et, pour le programme IST et VIH/Sida, limitée. Le RMA étant déjà très chargé, il n'a pas été possible d'y inclure toutes les variables nécessaires pour le suivi des prestations IST et VIH/Sida. Des indicateurs supplémentaires pour le programme IST et VIH/Sida sont mesurés au moyen d'autres outils, difficilement acceptés par les agents de santé, en raison de la surcharge de travail qu'ils entraînent : fiche PTME, fiche CTV. L'utilisation de ces fiches doit être généralisée à l'ensemble des activités du paquet IST et VIH/Sida mais doit être rationalisée, en ne demandant que les informations strictement nécessaires au programme. Des enquêtes ponctuelles peuvent également permettre de collecter les données pour les variables qui ne font pas partie du RMA avec des protocoles définis selon les besoins.

Au niveau micro, aucun outil de suivi pour le monitoring n'est disponible pour le SSPFD ou la DRSPF, avec pour conséquence, un dysfonctionnement entre la commande, l'approvisionnement, la gestion de stock et la consommation des différents intrants, se traduisant par des ruptures de stocks ou bien une sous-utilisation des intrants (parfois périmés). Cette défaillance du niveau micro est liée à l'absence de définition d'objectifs nationaux de couverture des prestations IST et VIH/Sida réalistes et précis ou à leur méconnaissance par les responsables du niveau décentralisé. Ceux-ci ne peuvent, en conséquence, assurer le suivi dans la poursuite de ces objectifs par les structures sanitaires ni procéder à un exercice de programmation de la gestion des intrants et des activités au niveau décentralisé. La poursuite des objectifs repose sur la motivation des responsables ou bien, sur la mise en œuvre d'initiatives ponctuelles, sous l'impulsion du niveau central, comme l'Initiative aux résultats rapides. Faute d'outils de gestion, les responsables du niveau décentralisés attendent les directives de leur niveau supérieur, qui ne leur parviennent pas de façon régulière, systématique. L'outil de monitoring que le MinSan/PF est en train de développer pour le niveau du district sanitaire et de la région (présentation graphique des performances des services par rapport aux objectifs nationaux) est inspiré de l'expérience du PEV. Elle a montré que la mise en œuvre d'un tableau de bord de suivi au niveau intermédiaire et décentralisé a maximisé la gestion des intrants pour l'atteinte des objectifs à ces niveaux. Il est conçu comme un instrument pour assurer l'appropriation par les niveaux décisionnels décentralisés des objectifs du PSN, condition sine qua non de l'intégration effective des prestations IST et VIH/Sida dans les soins de santé primaires. Il est accompagné de la constitution d'une base de donnée au niveau périphérique, à partir des objectifs nationaux annuels, des données mensuelles du RMA et des intrants alloués par le niveau central. De ce fait, le système ne constitue pas une surcharge de travail supplémentaire pour les agents de santé. Au contraire, il permet d'optimiser les activités de

collecte de données de routine et d'asseoir le plan de supervision sur des résultats chiffrés, actualisés et faciles à comprendre par le niveau le plus périphérique, qui peut ainsi recevoir un feedback rapide et continu sur ses performances.

Au niveau macro, les données du RMA de l'année précédente sont analysées pour une vision d'ensemble de la réalisation des objectifs nationaux à long terme par les districts sanitaires. A ce niveau, le monitoring devrait : (i) mesurer les réalisations des districts sanitaires par rapport aux objectifs de couvertures annuels, à déterminer sur la base des performances de l'année précédente ; (ii) porter sur les contraintes à la réalisation de ces objectifs nationaux annuels pour guider les réorientations stratégiques. Le MinSan/PF donc a initié le développement d'outils de monitoring pour le niveau central. La mesure et l'analyse des indicateurs d'Accessibilité, Disponibilité, Utilisation et Couverture (ADUC) des services IST et VIH/Sida permettront d'assurer un suivi annuel des performances, d'identifier les goulots d'étranglement et de mesurer l'ampleur (gravité) des problèmes pour chaque district. L'exercice annuel du monitoring au niveau central doit également permettre de comparer les intrants injectés à la performance du programme en termes d'ADUC, pour chaque district sanitaire, année par année. Les bases de données du niveau décentralisé (données cliniques et gestion des intrants) alimenteront la base de données du niveau central qui inclura les intrants gérés à ce niveau (réhabilitation de l'infrastructure, affectation du personnel, formation/recyclage du personnel, dotation en équipement, réactifs, médicaments et consommables). Elle permettra ainsi au niveau central d'assurer le suivi de la gestion des intrants pour la mise en œuvre des activités au niveau décentralisé.

Couverture des populations cible

Selon les estimations de l'ONUSIDA, 49 000 PVVIH nécessitent un suivi médical et biologique et un encadrement psychosocial. Parmi eux, 10% nécessitent une prise en charge thérapeutique ARV soit 4 900 personnes. Le nombre de PVVIH sous suivi médical est actuellement de 184 et 89 personnes éligibles sont sous ARV. Le taux de perdus de vue n'est pas connu et doit être intégré dans le monitoring.

La population sexuellement active des plus de 15 ans étant estimée à 60% de la population générale, ce sont environ 10.5 millions de personnes qui, dans une optique d'accès universel à la prévention (et non uniquement aux soins et au traitement) devraient connaître leur statut sérologique. Seulement 33% des femmes enceintes ont bénéficié d'un dépistage du VIH, dans les CSB délivrant des prestations de PTME. Le dépistage du VIH parmi les femmes enceintes n'a pas fait l'objet d'un suivi dans les autres formations sanitaires. En 2005, moins de 1% de la population des plus de 18 ans avait bénéficié des services de conseil et dépistage du VIH. L'analyse des données de 2006 devrait montrer une augmentation nette de ce pourcentage, en raison notamment de la mise en œuvre de l'Initiative à Résultats Rapides (IRR) pour le renforcement du dépistage du VIH.

La séroprévalence VIH parmi les femmes enceintes (4,5% de la population générale) étant de 0,95%, ce sont environ 6800 femmes enceintes/an qui nécessitent une prophylaxie aux ARV pour prévenir la transmission verticale du VIH. Jusqu'ici, 7 femmes enceintes HIV+ ont bénéficié d'ARV prophylactiques. Le taux de référence pour le suivi biologique de la femme séropositive qui a accouché n'est pas connu.

La prévalence déclarée des IST dans la population générale (15-49 ans), étant estimée à 5%, ce sont environ 350,000 personnes/an qui nécessitent une PEC syndromique des IST avec les kits de traitement pour ulcérations génitales (30% des cas d'IST) et écoulements génitaux (70% des cas d'IST). Or, seulement 40% des malades IST ont utilisés les formations sanitaires pour se faire traiter, soit 140 000 personnes environ. La notification au partenaire est plus que limitée (moins de 1%). Les données disponibles montrent que bien qu'il soit accepté à 98% quand il est proposé, le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes ne se fait que dans 24% des cas soit 120 000 parturientes environ.

Tableau 14 : couverture des interventions par cible

Interventions	Cibles	Résultats
Suivi médical	49 000	184
ARV	4 900	89
Dépistage VIH	10.5 millions	Moins de 1%
ARV prophylactique	6800/an	7
PEC IST	350 000/an	140 000/an
Dépistage syphilis femme enceinte	500 000/an	120 000/an

On ne dispose d'aucunes données nationales sur la couverture des services cliniques des TDS, HSH et UDI, ni pour les clients des TDS dont on connaît mal le profil professionnel et pour lesquels il n'existe pas de service spécifique. La logique impose de renforcer les interventions dans les sites où ils ont été déjà identifiés, en attendant d'avoir plus de données sur leur localisation, leur nombre et leurs modalités respectives de contribution à la propagation de l'infection. L'étude menée en 2006 par l'ONG Alliance a identifié les sites suivants : (i) pour les HSH : HSH : Anstiranana, Mahajanga, Toamasina, Antananarivo, Andilamena, Taolanaro, Ilakaka ; (ii) pour les UDI : Toamasina, Antananarivo, Taolanaro ; (iii) pour les TDS : Toliara, Antananarivo, Antsirabe, Antsiranana, Fianarantsoa, Mahajanga, Nosy Be, Nosy Boraha, Taolanaro, Toamasina. Madagascar dispose d'un plan directeur en matière de lutte contre la drogue qui est déjà opérationnel et qui offre un cadre pour l'intégration de la lutte contre le VIH/Sida. L'élaboration de la politique de lutte contre le VIH/Sida figure dans le plan d'activités de la Commission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue (CICLD). La population carcérale est concentrée à Antananarivo, Mahajanga et Toamasina. L'adoption de la loi de Février 2006 qui autorise la distribution des préservatifs dans les prisons représente une opportunité pour renforcer la mise en œuvre d'intervention pour le contrôle du VIH/Sida en milieu carcéral.

3. PLAIDOYER, COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET TRANSFORMATION SOCIALE

Les activités de plaidoyer et de communication mises en œuvre dans le cadre du PSN 2001-2006 ont eu pour objectifs de conscientiser les leaders, les groupes vulnérables et la population générale à la réalité du VIH/Sida, motiver ceux ayant pris conscience du risque à se protéger contre l'infection par l'adoption de comportements préventifs et créer un environnement favorable à la lutte contre les IST et VIH/Sida. La politique de communication intensive, mise en œuvre à grande échelle à travers les media de

masse et de proximité a permis de rendre visible les enjeux de la lutte contre le VIH/Sida au niveau politique et stratégique à tous les niveaux administratifs et a jeté les bases d'une réponse locale pour un leadership et une appropriation de la réponse nationale jusqu'au niveau communautaire.

3.1 PLAIDOYER ET COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT NORMATIF

Intégration du VIH/Sida dans les plans de développement

Sous le leadership du Président de la République, le programme de lutte contre les IST et le VIH/Sida a été reconnu comme un programme-clé de développement. A partir de 2003, la lutte contre le VIH/Sida a été prise en compte dans l'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) dont elle constitue l'axe stratégique N° 3, ce qui a permis d'inclure des modalités spécifiques de lutte contre le VIH/Sida dans le guide d'élaboration des plans régionaux de développement. L'intégration de la dimension VIH/Sida dans les projets de développement économique s'est traduite par la signature de conventions de partenariat avec des projets de développement (FID, PSDR, SECALINE, PNUD, BIT, CARE, CRS, CCP,). Le document « Madagascar Action Plan » ou MAP définit les engagements du Président pour la conduite du pays vers un développement rapide et durable. Il est appelé à remplacer le DSRP pour la période 2007–2012. La lutte contre les IST et le VIH/Sida figure parmi ses 8 engagements. Le MAP se fixe trois objectifs : (i) réduire à moins de 0,80% le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes ; (ii) augmenter l'utilisation du condom dans les rapports à risque de 45% chez les hommes et 20% chez les femmes (15-24 ans) ; (iii) atteindre 90% des adultes et enfants qui sont encore en vie après 12 mois de thérapie avec les ARV. Les indicateurs de réalisation de ces objectifs sont ceux de l'UNGASS. Les politiques/stratégies et plans nationaux à l'endroit des femmes (PNPF, PARGED et PANAGED) et des jeunes (Politique Nationale de la Jeunesse, Politique Nationale de Santé de la Reproduction des adolescents) ont également intégré des axes de lutte contre le VIH/Sida.

Le plaidoyer doit maintenant être centré sur : (i) l'opérationnalisation de l'intégration sectorielle de la lutte au niveau du secteur public ; (ii) le renforcement du partenariat avec les projets de développement pour une intégration de la lutte contre le VIH/Sida, (PRSD, FID, PIC, Projet AGR/PNUD, MCA, etc.) ; (iii) le renforcement du partenariat avec les organisations de la société civile à couverture nationale pour leur implication dans la mise en œuvre des activités de prévention et prise en charge du VIH/Sida, notamment les organisation confessionnelles ; (iv) la mobilisation des opérateurs privés pour la mise en œuvre d'activités promotionnelles et cliniques dans les secteurs économiques vulnérables ; (vi) la mobilisation des partenaires du secteur public et internationaux pour une décentralisation effective de la réponse sur le plan de la gestion, y compris les aspects financiers (Ref. V. Partenariat et collaboration internationale).

L'engagement au plus haut niveau de l'Etat a jeté les bases pour une appropriation de la réponse jusqu'au niveau décentralisé. Elle a été promue à travers l'organisation de fora régionaux et la constitution de CLLS chargés d'assurer la planification et le suivi de PLLS mis en œuvre par les bénéficiaires au niveau des communes. Le leadership dans la gestion de la réponse doit être renforcé au niveau intermédiaire et périphérique pour une intégration effective de la lutte contre le VIH/Sida dans les Plans Régionaux de Développement et l'opérationnalisation du partenariat avec la société civile, y compris le secteur privé, pour une couverture des populations, communes et secteurs de développement vulnérables (Ref. IV. Mise en place et stimulation de la réponse locale).

Législations, mesures d'équité et protection des groupes vulnérables

L'équité est garantie à travers : (i) le renforcement des services de prévention et prise en charge des IST et VIH/Sida dans le secteur public pour toutes les catégories de patients ; (ii) l'engagement de l'Etat sur la gratuité du dépistage de la syphilis et du VIH, la prise en charge des PVVIH, la PEC fortement subsidiée du traitement IST et de la fourniture des préservatifs (gratuit pour les groupes vulnérables) – une nécessité dans un contexte où plus de 70% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et où les dépenses du ménage pour les soins de santé sont, de ce fait, très limitées.

Le code du travail a intégré le volet VIH/Sida avec l'approbation du Parlement en décembre 2003. Une loi intitulée « Loi sur la lutte contre le VH/Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le Droit et VIH » a été approuvée par le Gouvernement, votée par l'Assemblée Nationale et le Sénat, et promulguée par le Président de la république le 20 février 2006 (loi n° 2005-040). Son texte d'application est en cours de d'élaboration. Cette loi doit être largement diffusée pour permettre aux PVVIH de connaître leurs droits et les media doivent être encouragés à couvrir les cas de violation de ces droits. Des structures doivent également être mises en place, pour permettre aux PVVIH de rapporter les cas de violation de leurs droits et prendre action en conséquence.

Un projet de loi pour la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables a été élaboré ainsi qu'un projet de décret pour la famille d'accueil et un document cadre avec une composante « Exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales (ESEC) » inter relié à la lutte contre le VIH/Sida. Un Comité de pilotage pour les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) existe déjà, avec un renforcement des capacités, à travers la formation de 28 assistants et de 12 Conseillers juridiques. Un observatoire national et trois antennes régionales ont été mis en place. L'information sur les activités entreprises en matière de prise en charge des enfants victimes de violence, d'abus et d'exploitation sexuelle doit être améliorée. Un programme d'action pour les orphelins et les enfants vulnérables est en cours de développement (IPEC). Les normes et directives actuelles régissant les établissements publics et privés pour les orphelins et enfants abandonnés doivent être révisées, en tenant compte des normes minimales de service pour les Soins et le Développement de la petite enfance. Des associations oeuvrant pour la protection des enfants en danger sont en train d'émerger. La coordination des actions des différents acteurs doit être renforcée.

Mobilisation des leaders

Le plaidoyer s'est traduit par la participation des leaders politiques dans la promotion du dépistage du VIH et la mobilisation des dirigeants du milieu des affaires, des organisations confessionnelles et associations à base traditionnelle (chefferies traditionnelles) pour s'impliquer dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida. L'intensification de la communication de base (i.e., là où les gens vivent et travaillent) nécessite la structuration et mise en oeuvre d'un programme de plaidoyer pour amener les leaders locaux à promouvoir les comportements préventifs, et la transformation des normes, valeurs et pratiques traditionnelles et socioculturelles encourageant les comportements à risque et la stigmatisation/discrimination. Ce plaidoyer programmatique doit être incorporé dans la stratégie nationale de communication. Il doit également s'accompagner d'une réflexion stratégique pour promouvoir : (i) le report dans le début de la vie sexuelle par les jeunes ; (i) l'acceptabilité du préservatif lors des comportements à risque ; (ii) la création d'un contexte de discussion plus ouvert sur la sexualité, notamment pour et par les jeunes ; (iv) la promotion des droits de la femme à des rapports sexuels protégés. En outre, l'accent mis par le Madagascar Action Plan (MAP) sur les

investissements dans le secteur du transport et les mines offre une opportunité de renforcer la mobilisation de ces secteurs pour des interventions en direction des travailleurs mobiles, qui seront également ciblés par les Unités Mobiles de Vidéo.

3.2 COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Harmonisation des efforts

Cadres de planification

En 2004, le SE/CNLS a élaboré une Stratégie Nationale de Communication pour servir de cadre à la mise en œuvre d'activités de communication, centrées sur la promotion des comportements responsables face au VIH/Sida. En 2006, en raison du renforcement de l'offre pour les services cliniques, elle a été complétée par une note stratégique du SE/CNLS qui indique les axes de communication pour augmenter la demande pour les services de dépistage du VIH et PEC des IST. Elle a également été complétée par le développement d'une stratégie de communication pour la PTME qui définit les modalités pour promouvoir le conseil et dépistage volontaire du VIH dans le cadre de la CPN et la prise en charge médicale des femmes enceintes séropositives.

La stratégie nationale de communication doit être mise à jour pour intégrer les développements et leçons tirées de l'expérience. Les cibles de la communication doivent être redéfinies par rapport à l'ensemble des objectifs de prévention et prise en charge du VIH/Sida : (i) promotion de l'ABC ; (ii) augmentation de la demande pour les services cliniques ; (iii) promotion de la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH au niveau sociétal et dans les communautés et familles. Elles doivent inclure les personnes influentes et non seulement les cibles du changement de comportement. Elles doivent inclure les groupes les plus vulnérables (travailleuses du sexe, clients) et, dans la population générale, privilégier les femmes qui utilisent les services de santé et les jeunes. La communication en direction des groupes les plus vulnérables est insuffisamment développée. Etant donné son importance cruciale pour le contrôle de l'infection, la couverture des groupes noyaux et passerelles doit être priorisée.

La réalisation des objectifs de la stratégie nationale de communication doit être planifiée dans l'espace et dans le temps, sur la base de la vulnérabilité localisée au moyen de la cartographie du risque, à partir de données de recherche CAP, en fonction du potentiel de couverture des différents media et en conformité avec la disponibilité dans l'offre des services et produits de santé. Elle doit être traduite en un plan opérationnel budgétisé sur la base des niveaux de risque (par exemple, budgétisation de la communication pour la sécurité transfusionnelle par rapport à la promotion de la PEC des IST classiques).

Le renforcement des compétences en planification stratégique de la communication s'est fait dans le cadre d'ateliers de formation ad hoc et de qualité variable. Le partenariat avec des organisations spécialisées doit être renforcé pour une institutionnalisation de la formation, avec un souci d'opérationnalisation immédiate des stratégies de communication sectorielles à travers leur traduction en plans de campagnes budgétisés, prêts à passer sur les ondes/être mis en œuvre sur le terrain, qui utilisent les techniques de marketing pour positionner les comportements promus et qui prévoient l'évaluation d'impact des interventions.

Base de données CAP

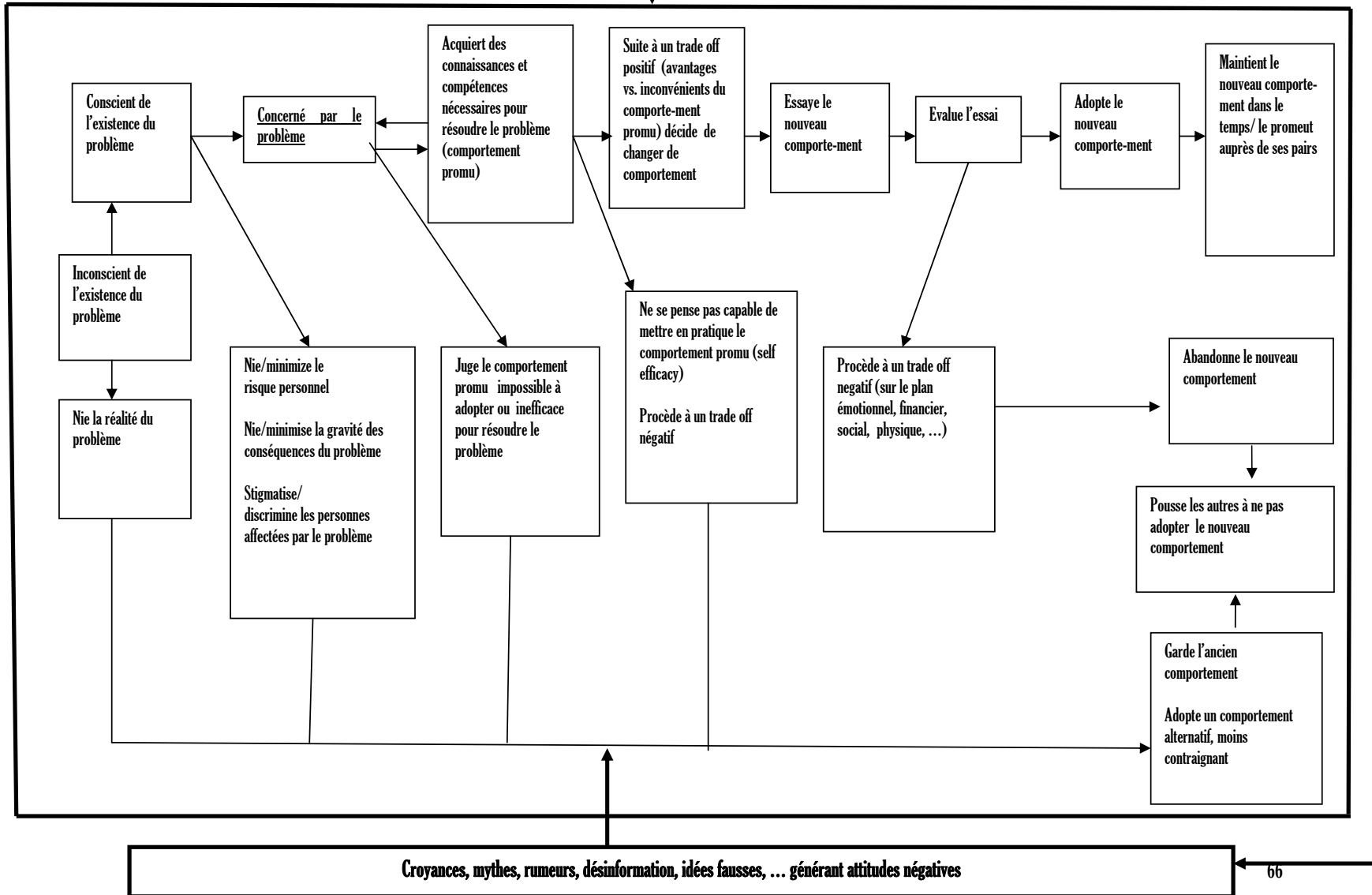
En 2006, les études et enquêtes socioculturelles et comportementales menées dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2001-2006 ont fait l'objet d'une revue exhaustive pour la constitution d'une base de données. Elle identifie, pour chaque composante du programme de lutte contre les IST et VIH/Sida : (i) les zones géographiques et groupe de population des études et enquêtes ; (ii) les résultats CAP de ces recherches. L'analyse des données CAP inventoriées a montré une confusion, sur le plan des objectifs et méthodologies de recherche, entre la planification de la communication, la mesure de son impact et la surveillance comportementale. Les recherches formatives ciblent le plus souvent la population générale, aux dépens des groupes les plus vulnérables. Elles portent essentiellement sur les CAP pour la promotion de l'ABC aux dépens de la demande pour les services. Elles inventorient rarement les facteurs sous-tendant le changement de comportement et ne sont pas traduites en recommandations concrètes sur le choix des messages de communication pour les différents groupes et segments de population. Elles n'associent pas non plus la nature et la fréquence des comportements à risque à des groupes de population aux caractéristiques localisables. Les données socioculturelles sont rarement collectées et analysées dans le but de guider les interventions.

Cette compilation et analyse des données existantes doit être suivie du développement et mise en œuvre d'un plan de recherche budgétisé pour : (i) la planification de la communication pour le changement de comportement pour des groupes cibles spécifiques (TDS, populations mobiles, femmes enceintes, les clients IST et TB, etc.) ; (ii) l'évaluation du processus et de l'impact de la communication ; (iii) la triangulation entre les données épidémiologiques et comportementales. Les protocoles de recherches doivent être revus en fonction des objectifs des différentes enquêtes et pour assurer une collecte et analyse de données quantitatives et qualitatives sur des bases scientifiques.

Base de donnée sur le potentiel et la couverture des media

En 2006, le SE/CNLS a procédé à la collecte et analyse des données sur l'accessibilité des cibles aux différents media de masse et leur utilisation pour la lutte contre les IST et le VIH/Sida. Ces données ont été entrées dans une base de données informatisée (avec visualisation cartographique) pour être corrélées avec les données CAP et de vulnérabilité des communes (cartographie du risque). L'inventaire et localisation des stations TV et radio et de la couverture des différents media de masse privés et publics (radio, télévision, presse écrite, unités mobiles, radio manivelles) doit permettre de planifier l'utilisation des media modernes (TV, radio, presse écrite) pour l'amélioration des CAP de la population ayant accès à ces media. Elle doit également fournir les données de base pour orienter les media de proximité (UMV, radio manivelles) vers la couverture des communes vulnérables non électrifiées. La base de donnée des media de communication, qui inclut le répertoire des productions audio-visuelles et écrites sur les IST et VIH/Sida par les différents partenaires doit être complétée pour refléter les performances des différents medias. L'inventaire des organisations à base communautaire (OCBs) et associations villageoises mobilisés pour la promotion des comportements préventifs doit être complété par un profil des cibles et contenu des activités promotionnelles et un recensement des ONGs pouvant assurer leur encadrement et suivi de proximité dans les communes vulnérables (Ref. Infra IV. Réponse locale). La base de donnée a été conçue pour entrer et avoir accès aux informations voulues par le modèle de changement de comportement repris dans le tableau suivant, qui fait la synthèse des modèles utilisés en promotion de la santé, ajustée à l'expérience acquise dans les activités de communication pour la lutte contre le VIH/Sida.

Information, services cliniques et soutien psychosocial, préservatifs, législations, normes socioculturelles et religieuses s'exprimant à travers les influences et pratiques sociales



Structures de coordination

Les efforts de communication restent encore fragmentés, nécessitant la mise en place d'une structure de coordination au niveau central, constituée des représentants des partenaires du secteur public et de la société civile impliqués dans la gestion de la communication. Elle doit être chargée d'assurer le développement et suivi de la mise en œuvre de plans d'action annuels concertés, la mise à jour des bases de données CAP et des media de communication. Cette structure doit assurer la coordination des activités par les partenaires de mise en œuvre, au niveau central (par exemple, les journalistes, les agences de communication) et au niveau périphérique. Elle doit également être accompagnée de la création de plateformes de communication au niveau interrégional, qui auront la responsabilité de dynamiser la communication pour la prévention des IST et VIH/Sida et la prise en charge des PVVIH dans les régions. Ces structures interrégionales doivent être chargées d'élaborer et assurer le suivi de la mise en œuvre d'une stratégie de communication pour chaque région, l'identification des besoins pour le renforcement des compétences locales en communication et la participation des cibles dans la production de supports de communication adaptés au contexte local.

Approches et messages de communication

Les interventions pour la mise en œuvre de la stratégie nationale ont été structurées de la façon suivante : (i) campagnes d'information d'envergure pour faire connaître aux Malagasy la réalité du VIH/Sida à Madagascar ; (ii) programmes de sensibilisation pour que chaque malagasy soit convaincu que les IST et le VIH/Sida sont un problème pour sa communauté ; (iii) actions à la base pour amener les communautés et les individus à prendre action pour réduire le risque ; (iv) marketing social du préservatif. Au début de la mise en œuvre du PSN 2001-2006, les actions de communication ont essentiellement ciblé à la population générale. Ensuite, des campagnes de communication plus ciblées ont été développées, avec des messages spécifiques en direction de certaines groupes cibles comme les jeunes, les femmes, les travailleurs de sexe (TDS), les militaires, les transporteurs, etc.

Conscientisation de la réalité de l'épidémie du VIH/Sida à Madagascar

La communication axée sur la conscientisation de la réalité de l'épidémie à Madagascar a montré des résultats tangibles : en 2004, 79% des femmes (contre 88 % des hommes) avaient entendu parler du Sida par rapport à 69% en 1997. A partir de 2005, elle a enregistré des progrès considérables parmi les jeunes, qui s'investissent de plus en plus dans la sensibilisation. Cet effort doit être renforcé, à travers l'intensification de la communication de proximité, notamment en direction des hommes et des femmes sans instruction, des jeunes non scolarisés et de la population rurale, avec des supports de communication adaptés au contexte socioculturel des régions et au niveau d'éducation et à l'âge des cibles. La communication doit également s'efforcer de surmonter le déni de la réalité du VIH qui persiste dans certaines communes, en raison du caractère encore fantomatique de l'infection à Madagascar, notamment à travers l'intensification du témoignage à visage découvert des PVVIH, en publics restreints avec la FIFAFI, au niveau national.

Connaissances, attitudes et comportements

La communication axée sur la connaissance des comportements préventifs a également montré des résultats positifs : 60% des femmes et 73 % des hommes qui, en 2004, savaient que limiter le nombre de partenaires sexuels à un seul partenaire sain peut les protéger contre le VIH (contre 38% des femmes en 1997). Le pourcentage des femmes qui savaient que l'utilisation du préservatif peut protéger du virus avait nettement augmenté (de 27 % à 51%) mais restait inférieur à celui des hommes (61%) et parmi les jeunes filles (44 %).

Les connaissances sur les comportements préventifs restent cependant entachées de conceptions erronées, notamment sur les modes de transmission. Les idées fausses concernant les IST et le VIH/Sida doivent être inventoriées, pour développer des contre arguments à diffuser à travers l'ensemble des media, en impliquant les leaders/faiseurs d'opinion et en privilégiant une approche interactive. Cette stratégie de « debunk misconceptions » couplée avec le renforcement de l'implication des personnes influentes dans la communication permettra de lutter contre les attitudes négatives de minimisation du risque, de stigmatisation de l'infection et de discrimination à l'endroit des PVVIH.

La connaissance du rapport entre IST et VIH/Sida est très insuffisante. Les symptômes d'IST sont mal connus de la population en général et des ruraux en particulier, tout comme leurs conséquences préjudiciables. Le recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle (décoction) est fréquent. Les efforts en matière de communication pour le changement de comportement doivent être plus orientés vers l'utilisation des services cliniques (passage de l'ABC à l'ABCD avec D pour demande pour les services). Cette réorientation de la communication nécessite : (i) un réajustement des messages de communication pour la promotion des prestations IST et VIH/Sida dans le cadre services où elles sont délivrées ; (ii) l'opérationnalisation de structures de coordination à tous les niveaux pour assurer une adéquation entre l'offre des services cliniques et la demande générée par la communication ; (iii) le renforcement des compétences des prestataires de services sociaux en communication pour les IST et le VIH/Sida.

Comme l'impact du VIH/Sida n'est pas encore visible, le niveau de préoccupation reste faible. L'EDS 2004 indique que 17% des femmes et 38 % des hommes ont eu un comportement à risque au cours des 12 derniers mois. Bien qu'elle soit plus forte dans les populations ayant des partenaires sexuels occasionnels, l'utilisation du préservatif reste faible : seulement 13% des hommes et 5% des femmes ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel. Une grande majorité des malgaches considèrent que l'abstinence n'est pas possible et que la fidélité – toute relative - est une meilleure option que le préservatif.

Actuellement, les gens ne voient pas les avantages du dépistage du VIH et sont effrayés à l'idée de faire face aux conséquences d'un statut séropositif, y compris la stigmatisation et discrimination des PVVIH. Pour dédramatiser la décision de se faire dépister, l'augmentation de la demande pour le dépistage du VIH doit être menée en collaboration avec des personnes crédibles, par exemples, les matrones pour les femmes enceintes. Elle doit être menée en parallèle avec la lutte contre la stigmatisation et discrimination, la mise en place d'une référence effective des séropositifs pour les soins cliniques, le soutien psychosocial et la promotion de la PEC des IST classiques : la prise de conscience du risque individuel et collectif au VIH/Sida, du fait de la haute prévalence des IST, peut être utilisée comme point d'entrée par la communication pour lutter contre le « not me syndrom » et générer une attitude empathique (ça pourrait/aurait pu être moi). En retour, l'augmentation de la demande pour le dépistage de routine du VIH favorisera la déstigmatisation de l'infection, à travers la normalisation de la connaissance du statut sérologique. Le

renforcement de la référence pour le soutien psychosocial nécessite la mobilisation de la société civile, notamment les organisations confessionnelles, et le renforcement de leurs compétences en conseil et appui.

Les leaders politico administratifs, traditionnels et religieux doivent être mobilisés pour un soutien public aux PVVIH et promouvoir le témoignage des PVVIH dans les communautés, en le positionnant comme un service rendu à la communauté. Cette initiative doit être menée en parallèle avec la lutte contre les idées fausses sur la transmission du VIH/Sida (stratégie de « debunk misconceptions »). Les données disponibles indiquent que la réduction du stigma et de la discrimination est également prioritaire en milieu médical, où elle doit s’accompagner de la mise à disposition des précautions universelles. En parallèle avec la lutte contre les fausses idées, notamment relatives à la transmission du VIH, et la formation aux Précautions Universelles, un programme de conscientisation du personnel médical, en impliquant les PVVIH, dans la mesure où leur témoignage a eu un impact sur le développement d’attitudes positives parmi le personnel médical dans d’autres pays.

La planification stratégique de la communication doit s’orienter vers le développement de stratégie de « marketing » à visage humain pour vendre un « produit social » (*i.e* : message à transmettre) positionné de façon à lever les obstacles au changement de comportement et stimuler les facteurs le sous-tendant. Le partenariat avec des organisations spécialisées doit être renforcé pour une professionnalisation dans la production de supports médiatiques avec des contenus propres à stimuler un « trade off » positif au niveau décisionnel soit, pour que les avantages des comportements promus - ABC et demande pour les services cliniques – soient perçus comme plus importants que leurs inconvénients et qu’ils invitent ainsi les audiences à essayer et maintenir le nouveau comportement.

Supports de communication

Le niveau central produit et diffuse des supports audiovisuels (films, spots), audio (émissions/spots) et scripto-visuels (affiches-affichettes, dépliants, manuels...) à une échelle nationale. Le niveau régional et de proximité (districts communes) produit des émissions/spots (audio et audiovisuels) et des supports scripto-visuels (affiches-affichettes, dépliants, manuels) et les diffuse en utilisant 2 canaux médiatiques (radio et TV). Les infrastructures de conception et de production au niveau régional et de proximité sont limitées. La majorité des radios et des TV ne disposent pas assez de moyens techniques pour la conception technique, la production des produits audio et audiovisuels. Les supports écrits (Affiches – Dépliants – Brochures – Prospectus - Posters) sont utilisés périodiquement par les organismes nationaux et internationaux au niveau national et régional pour la sensibilisation et la prévention, en support à la communication par les media de masse de proximité et interpersonnelle.

Type de support	Adaptation	Duplication	Amélioration	Niveau
Format Audio : (i) spots radios et messages de sensibilisation prévention ; (ii) concours de jeux radiophoniques ; (iii) Animations radios ; (iv)	Création de supports de production car diffusion directe des émissions productions sans support au préalable enregistré	Chaque station radio détenant émission reçue par les partenaires (exemple spots et messages conçues) dans une commune devrait dupliquer sa production	Le format « dédicace » est la forme de production radio la plus employée par les individus et les groupements d’individus au niveau rural mais	Régional

débats ; (v) sketches ; (vi) feuilletons radio ; (vii) conférences débats		réalisée à destination des stations radio des autres communes appartenant au même district	également urbain chez les radios de proximité. L'insertion de ce type de production est fortement conseillée au niveau des stations	
	Les produits en supports numériques réalisés au niveau central devraient être reformatés en analogique à destination des stations radios de proximité	Les produits réalisés par les partenaires du niveau central devraient être dupliqués à destination des stations radios demandeurs		Central
	Le contenu des matériels produits en audio par les radios privées, la radio publique, les partenaires devraient être orientés vers le changement de comportement (versus but informatif).			
Format Vidéo : (i) clips vidéo et messages ; (ii) spots vidéo et messages ; (iii) film de fiction ; (iv) film documentaire	Inclure/insérer dans les productions vidéo locales réalisées, les valeurs locaux spécifiques (folks, coutumes...)	multiplier les productions vidéo de proximité en tenant compte des spécificités (réponse locale) dans les scénarii et les productions/réalisations	inclure les personnalités influentes (leaders...) de proximité dans les réalisations productions vidéo locales	régional
	En vue d'une identification (glace) des téléspectateurs (TV et UMV) et face à la pandémie, les productions vidéo devraient être orientées vers : (i) un accroissement du nombre de production vidéo de proximité validée ; (ii) une augmentation du nombre de personnalités influentes locales participant dans les productions réalisées ; (iii) la valorisation des spécificités locales (réponse locale) dans les productions ; (iv) la valorisation des spécificités de la lutte contre la pandémie à M/car par rapport aux activités de lutte dans le monde			

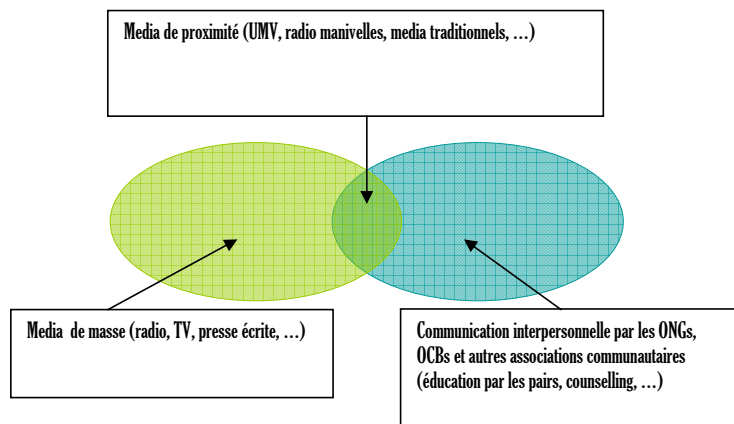
Stratégies et canaux de communication

Il existe à Madagascar : (i) 1 station radio publique et 197 stations radio privées légales en exercice dont 33 en cours de régularisation (fin 2005) sur 230 recensés ; (ii) 24 stations de TV privées et la TVM avec ses 100 stations relais ; (iii) 28 journaux (quotidiens– bihebdomadaires – hebdomadaires – mensuels) ; (iv) 11 UMV opérationnelles (fin 2005) pour SE/CNLS et 8 Cinémobiles pour PSI ; (v) 3000 radios manivelles. Les

media de masse sont localisés pour la plupart au niveau des chefs lieux de district, dans les zones électrifiées à forte densité démographique. L'ensemble des media modernes couvre 1498 communes sur 1557 : (i) 1469 communes couvertes par les radios privées et la radio publique ; (ii) 897 communes couvertes par les TV privées et public ; (iii) 395 communes couvertes par les 11 UMV du SE/CNLS et les 8 Cinémobiles de PSI ; (iv) 142 communes bénéficiaires de 2093 radios Manivelles (données 2004 à mai 2006) ; (v) 111 chefs lieux de districts (correspondant à 100 communes) couverts par le Journal. Faute de données de suivi, il n'est pas possible d'inventorier le nombre de tournées des UMV dans les communes couvertes ainsi que l'audimat des radio-manivelles. La couverture des media modernes confondus est de 1498 communes.

La stratégie de communication pour la lutte contre les IST et le VIH/Sida a utilisé un media mix pour assurer une couverture maximale des messages et une synergie des media. Les media de masse ont d'abord utilisés pour la transmission factuelle d'information sur le VIH/Sida en vue de sensibiliser la population à l'existence de l'infection à Madagascar. Ils ont pris ensuite un caractère plus participatif, orienté vers l'éducation et la communication interactive. Le recours à la communication de proximité (UMV, radio locales, media traditionnels) a permis de toucher des cibles qui n'ont pas accès aux media modernes (TV, radio, presse écrite). Les media de masse et de proximité ont également été utilisés par les associations et groupements, également impliqués dans la communication interpersonnelle.

Schéma 3 : Media mix pour l'IEC/CCC pour la lutte contre les IST et VIH/Sida



La cartographie du risque a identifié 119 communes comme étant les plus vulnérables à la diffusion du VIH/Sida. La communication tous média confondus doit se concentrer sur ces communes vulnérables. Les media à couverture nationale doivent, autant que possible, refléter la réalité locale de ces communes, pour que les cibles puissent s'y identifier. L'annexe 2 inclut la liste des communes vulnérables qui ne sont pas couvertes

par les media moderne. Ces communes sont prioritaires pour l'extension de la couverture en électricité et prioritaires pour la couverture en UMV et radio manivelle.

Veille informationnelle

Les campagnes d'information, destinées à transmettre les connaissances et compétences de base pour lutter contre les IST et le VIH/Sida, ont été réalisées dans le cadre d'une « veille informationnelle ». Elle a utilisé l'ensemble des media modernes disponibles pour diffuser des messages, de façon continue, sur des thèmes périodiques, en direction du grand public et de cibles spécifiques (camionneurs, mères de famille, jeunes...). Chaque thème a été traité par les différents supports, pour assurer une synergie des media : radios, U MVs, Ligne Verte, magazine TV, émissions radio, presse écrite, affiches et calendrier. Le feedback sur les productions a permis d'ajuster ou orienter les productions en fonction des réactions des cibles. Les supports ont d'abord eu tendance à cibler le public de la capitale et des grandes villes. Ils ont ensuite été réalisés avec la participation des populations cibles pour être plus adaptées au contexte socioculturel local. Cette approche de décentralisation et participation des cibles dans la production de supports pourra être renforcée avec l'opérationnalisation des plateformes interrégionales de communication. L'implication des communicateurs peut être renforcée par : (i) le plaidoyer en direction des patrons de presse, en mettant à la disposition des communicateurs une information régulière sur le VIH/Sida et les activités du PSN ; (ii) leur recyclage en production de supports médiatiques orientés vers le changement de comportement ; (iii) leur implication dans des évaluations d'impact de l'utilisation des méthodes participatives ; (iv) l'administration de prix annuels pour récompenser la meilleure performance pour chaque type de media, décernés par les autorités, sur la recommandation des pairs communicateurs.

Depuis fin 2004, de nombreuses chaînes de télévision malagasy ont été mobilisées pour la diffusion d'un magazine mensuel sur le thème de la prévention des IST et VIH/Sida et de la prise en charge des PVVIH. Le SE/CNLS exploite le média TV au niveau national (TVM) et régional (TV plus/MBS TV – M3TV) à travers la diffusion d'une émission mensuelle « Malagasy Miatrika ny Sida ». La sensibilisation et la prévention dans la lutte contre les IST et le VIH Sida au niveau national sont traitées dans l'émission TV mensuelle « Malagasy Miatrika ny Sida » à travers des reportages, des faits marquants sur la situation et l'évolution de la lutte contre le VIH /Sida. Il diffuse également en permanence des spots TVs en collaboration avec des personnalités influentes (chefs d'institution, artistes, sportifs, ...).La cible est la population générale. PSI Madagascar exploite le média TV au niveau national et régional (RTA/MBS/TV Plus et TVs régionaux : TV Varatraza – Antsiranana, TVM Sambava, TV RTA Toamasina, TV RTA Mahajanga, M3TV Mahajanga, TVM Fianarantsoa, TVM Taolanaro, TV Soatalily et Soleil Tuléar) à travers la diffusion d'une émission périodique de sensibilisation et de prévention sur les IST et VIH Sida « Ahy ny Safidy » qui cible les jeunes téléspectateurs. Les groupements locaux de proximité utilisent également le média TV au niveau régional et national pour les communautés de proximité. Les Organismes nationaux et Internationaux utilisent le média TV au niveau national et régional en diffusant des films, des courts métrages, des spots audiovisuels, des témoignages audiovisuels, des clips vidéo, en collaboration avec des personnalités influentes (artistes, sportifs, ...) dans la sensibilisation et la prévention sur les IST et le VIH/Sida. Les cibles sont les jeunes, les adolescents, les communautés de proximité en particulier. La majorité des productions audiovisuelles de sensibilisation et de prévention (films, spots témoignages, spots insérés de messages, clips, etc.) sont sous formats et supports K7 Vidéo-VCD-DVD-SVCD-MP3... et sont exploités conjointement par le média TV et le média U MV. Les magazines sont progressivement passés du style informatif à un style participatif, interpellant directement les publics concernés et les invitant à s'investir dans

la prévention et la prise en charge des PVVIH. Le lien entre les émissions télévisées et la ligne verte, majoritairement utilisée par les jeunes, doit être renforcé pour publiciser leur intérêt pour la lutte contre les IST et VIH/Sida et contribuer à faire accepter socialement l'éducation sexuelle des jeunes et leur implication dans les activités de prévention. Les différentes chaînes de la télévision malagasy diffusent régulièrement des spots télévisés. Ils ont largement contribué à alerter les malgaches sur l'existence du VIH/Sida à Madagascar et à diffuser des connaissances de base sur ses modes de transmission. En 2005, ils ont, comme les affiches, été créés avec la participation des grands artistes et champions sportifs malagasy et remportés un grand succès auprès du public. Les messages ont été progressivement adaptés aux différentes cibles. La production de spots doit cependant prendre un caractère plus interactif, par exemple, par une approche de diffusion en deux temps : dans un premier temps un spot posera une question et dix jours plus tard un second spot donnera les éléments de réponse. Elle doit également refléter l'identité culturelle des régions pour que les gens puissent s'identifier aux messages. Les infrastructures techniques pour la couverture par TV sont également à renforcer au niveau national (TVM) car, en dépit de l'utilisation de satellite, la capacité technique des stations TV relais qui captent et réémettent les signaux vers les districts et communes est insuffisante. Les stations TV privées assurent une couverture partielle mais ne comblent pas la carence. Les techniciens de la branche TV pensent pouvoir obtenir une couverture totale si l'on adopte une stratégie basée sur le 8.

Potentiel	Utilisation	Partenaires	Perspectives
24 stations TV privées et 100 stations TV relais de TVM dans les 22 régions (Total : 25 stations)	100 stations relais de TVM et 6 stations TV privées	PSI Madagascar	(i) coordination des activités de production des Entités au niveau TV s'avère indispensable pour la sensibilisation et la prévention de la lutte contre les IST et VIH SIDA ; (ii) utilisation de toutes les stations TVM relais ; (iii) utilisation des 24 stations TV privées ; (iv) Appui technique et incitation des groupements pour une - utilisation/collaboration avec chaque station TV locale ; (iv) à long terme : couverture nationale par les chaînes TV
	100 stations relais de TVM et 5 stations de TV privées	SE/CNLS	
	100 stations relais de TVM et collaboration occasionnelle avec les 24 stations Privées	Organismes Nationaux et Internationaux	
	9 stations TV privées et 100 stations relais de TVM	Associations	

La radio est l'un des canaux les plus accessibles et les émissions radiophoniques, très appréciées par les Malagasy, constituent le moyen le plus efficace pour transmettre des messages à un coût réduit. Les communicateurs des stations radio, fortement impliqués dans la lutte contre les IST et VIH/Sida, utilisent tous les formats : reportages, radio trottoir, interviews, les table ronde, spots... Les partenaires principaux pour la lutte contre les IST et VIH/Sida sont : (i) SANTENET qui appuie 60 stations radios de proximité utilisées comme

partenaire stratégique dans le processus de développement de proximité (mobilisation communautaire) liée à la santé communautaire à travers l'approche « kōminina Mendrika » Les cibles sont les communautés de proximité. La spécificité de l'approche renvoie à la complémentarité des productions diffusées par les animateurs radios formés et les activités de sensibilisation communautaire sur la santé et notamment les IST et VIH/SIDA effectuées par les animateurs communautaires formés par l'ONG ; (ii) Le SE/CNLS qui travaille (depuis juillet/août 2005) en partenariat avec la majorité des radios (198 stations) en utilisant la technique du Cycle de production participative au niveau central et, dans le cadre de la réponse locale, au niveau périphérique. Les activités, mises en œuvre dans les 22 régions, sont centrées sur la formation des animateurs producteurs, des journalistes producteurs avec la collaboration des partenaires de développement local, des autorités de proximité pour la recherche, la conception des émissions. Les thèmes identifiés et liés à la lutte contre les IST et VIH Sida sont intégrés dans la production et la diffusion des émissions/centres d'intérêts des auditeurs dans les programmes radio. Les cibles sont les groupements de proximité et les autorités locales ; (iii) L'Unicef qui travaille également avec les stations radios, notamment les radios de proximité (une centaine) pour la formation des animateurs producteurs et des journalistes producteurs et l'intégration de thèmes spécifiques sur la santé (la santé mère-enfant, la malnutrition, les IST et le VIH Sida, le paludisme, etc) dans les programmes radios pour une prévention/amélioration de la santé de la population locale. Les cibles sont les groupements de proximité et les autorités locales ; (iv) qui PSI exploite 38 stations radios dans 34 communes de 14 régions pour la diffusion de ses spots et émissions sur différents thèmes liées à la santé : la santé reproductive des adolescents et des jeunes, la promotion de préservatifs, l'utilisation des kits de planning familial...etc. Les cibles sont les communautés de proximité, Associations, Jeunes et réseaux partenaires... ; (v) les associations de proximité qui, après avoir identifié les besoins de proximité en information, utilisent les média (radio et TV locales) pour concevoir et diffuser des émissions de sensibilisation sur la santé, les IST et le VIH/SIDA en direction de la communauté de proximité. Outre le renforcement des infrastructures techniques de la radio publique (obsolètes ou inadéquates), il est nécessaire d'appuyer (à travers des conventions fermes) les stations radios privées performantes et à réseau important. Pour assurer la couverture par radio des 119 communes à risque, il faudrait mettre en place les infrastructures techniques (relais).

Potentiel	Utilisation	Partenaires	Perspectives
198 stations radios public et privées légales en exercice	60 stations radios	SANTENET	Pour une utilisation/collaboration maximale des stations radios par les partenaires en rapport avec le potentiel actuel, chaque entité devrait collaborer : (i) avec la RNM, La MBS, La RDB, la RTA (réseau important) ; (ii) avec les radios communautaires rurales performantes (réseau important) ; (iii) avec les stations radios à taux important de couverture et performantes de chaque chef lieu de district (111) et les stations
	198 stations radios	SE/CNLS	
	38 stations radios	PSI	
	100 stations radios	UNICEF	
	36 stations radios	Associations locales dans les communes	

			radios de proximité performantes et à fort taux d'écoute des 1549 communes dans les 111 districts
--	--	--	---

Une Ligne Verte a été mise en place avec le concours de CELTEL (opérateur téléphonique) dans le cadre de l'Association Finoana-Fanantenana-Fitiavana (FIFAFI), créée pour l'écoute et la prise en charge des PVVIH. Cette Ligne Verte qui permet d'appeler gratuitement un écoutant, formé à l'accueil téléphonique et à l'écoute, connaît un grand succès. Les adultes et les jeunes surtout appellent de tout Madagascar pour s'informer, obtenir des conseils ou se rassurer par rapport à leur vécu. Les appels sont anonymes mais permettent de connaître les problèmes de santé des appelants et d'évaluer leur niveau de connaissance sur les IST et VIH/Sida. Les appels sont confidentiels mais répertoriés et l'analyse de la fréquence des appels sur les différents thèmes permet d'orienter la conception et le choix des thèmes à développer. Actuellement, il n'y a pas de dispositif pour mesurer le taux d'écoute et l'impact des émissions sur les informations en matière de prévention. La Ligne Verte peut combler cette lacune car la diffusion des différents supports provoque immédiatement des appels. Sa base de donnée devrait pouvoir être exploitée par l'ensemble des communicateurs, pour mettre en relation la fréquence et localisation des appels avec la diffusion des supports de communication. Comme pour la télévision, le lien radio avec la ligne verte, initié en 2006, doit être renforcé. Le lien avec la réponse locale, initié par les radios locales, doit être généralisé aux radios à couverture nationale, pour permettre aux animateurs de construire leurs émissions à partir de la façon dont le public appréhendent le VIH/Sida. Enfin, on assiste à une explosion de l'utilisation de la téléphonie mobile dans les 111 districts. Il faudra en tenir compte dans la stratégie (appel vert).

Le Média Journal est exploité par les organismes nationaux et internationaux et les groupements de proximité : 5 parutions quotidiennes sur les 14 (quotidiens) sont régulièrement sollicitées pour la diffusion des messages de sensibilisation et de prévention. Les autres parutions (bihebdo-hebdomensuel) sont sporadiquement utilisées pour la sensibilisation et la prévention. La cible est la population générale lectorat de chaque journal. Les quotidiens ont, en moyenne, une couverture de 110 communes pour 55 districts de 21 régions. Les Hebdomadaires ont une couverture moyenne de 10 communes pour 6 districts de 4 régions. Les Bihebdomadaires couvrent 8 communes pour 8 districts dans 8 régions. Les Mensuels couvrent 9 communes de 7 districts dans 5 régions (ref annexe IV – couverture Presse écrite). La Presse écrite à Madagascar est implantée uniquement dans les grands centres urbains, d'où sa faible couverture. Le tirage des journaux n'est pas important mais les malagasy se prêtent volontiers leurs journaux. En outre, les journaux représentent un outil de plaidoyer utile auprès des leaders politico administratifs pour l'intégration du VIH/Sida dans les secteurs de développement. Les journalistes de la presse écrite sont très à l'affût de toutes les informations concernant la prévention la lutte contre les IST/VIH/Sida et la prise en charge des PVVIH. Toutes les manifestations concernant le thème du VIH/Sida sont couvertes par la presse. Certains journaux publient tous les jours des encarts en couleur rouge pour donner des informations sur les modes de transmission du VIH/Sida. Les informations restent cependant très factuelles et doivent prendre la forme de reportage écrits plus fouillés, par exemple, sur l'évolution du Sida et ses impacts, requérant la mise à disposition d'une information régulière aux journalistes. La formation en éthique pour la diffusion des informations sur le VIH/Sida doit être étendue aux journalistes de la presse écrite. Des éditions ont commencé à cibler un plus grand électorat (coût et parution en langue malgache) et doivent être mobilisés et formés pour s'impliquer dans la communication pour la lutte contre les IST et le VIH/Sida.

Le SE/CNLS utilise depuis 2005 les panneaux publicitaires 3X4 et les panneaux d'affichage des abris bus pour y afficher des messages. Tous les deux mois, une campagne d'affichage a lieu sur un thème différent. Un repérage minutieux des endroits d'affichage permettant de toucher un public maximum a été effectué. Les mêmes affiches sont diffusées dans les lieux publics, en format A2. Elles peuvent également être reproduites en plus petit format dans les journaux, pour maximiser le coût efficacité des productions. Ces campagnes doivent également faire l'objet de concours pour impliquer davantage le public dans la production des illustrations et slogans. Ces panneaux ont utilisé les chanteurs, les sportifs..., comme rôle modèles, pour attirer l'attention du public et les intéresser à la problématique du VIH/Sida. Ils devraient maintenant évoluer vers une sélection des rôles modèles dans la population générale, pour que le public se reconnaisse davantage dans les actions de sensibilisation.

Le calendrier annuel illustré diffusé par le SE/CNLS fait partie intégrante de la stratégie de communication multimédia. Il reprend les visuels des autres supports pour les mettre à la portée des personnes là où elles vivent et/ou travaillent en synergie avec la radio. Lors du changement de thème tous les deux mois, la radio invite les personnes qui ont reçu le calendrier à tourner la page. Des émissions radio conçues autour du visuel du calendrier permettent aux différents publics de le commenter. En 2006, en raison de son succès, l'utilisation du calendrier pour la prévention des IST/VIH/Sida a été reprise au niveau des provinces, avec la production de supports plus adaptés au contexte local. Cette initiative doit également être renforcée par la production de petits calendriers pour le public général.

Des fonds d'écrans pour ordinateur ont été créés et diffusés, en utilisant essentiellement les messages des spots télévisés. Ces fonds d'écran animés permettent aux utilisateurs de se positionner comme acteur dans la prévention et ont remporté un vif succès. Cette initiative est en voie d'être étendue par le Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique (MENRS) : 400 ordinateurs seront dotés de fonds d'écran avec des messages IST/VIH/Sida conçus par les jeunes pour les jeunes. La collection de ces messages permettra au SE/CNLS d'évaluer le niveau de connaissance et les préoccupations des jeunes en matière de prévention des IST/VIH/Sida et de la prise en charge des PVVIH pour orienter la production des supports en conséquence. Ce partenariat doit être étendu aux autres secteurs.

Le SE/CNLS a mis en place un Centres modèle d'Information et de Documentation (CID) sur les IST et VIH/Sida à l'intention des institutions, associations et personnes. Ce CID rassemble : (i) des ouvrages sur les IST et VIH/Sida ; (ii) une médiathèque avec l'ensemble des films vidéos, spots, clips produits et diffusés à Madagascar ainsi que des documentaires sur les expériences de prévention et de prise en charge des PVVIH dans les pays de la sous région ; (iii) des supports de communication dépliants, livrets, affiches qui peuvent être emportés par les visiteurs ; (iv) une salle de projection pour visionner sur place des vidéos ; (v) une borne tactile qui permet, en touchant l'écran, de faire en quelques minutes le bilan de ses connaissances sur le VIH/Sida et d'avoir accès à la documentation et à la médiathèque. Les Centres d'Information et de Documentation doivent être mis en place dans les chefs lieux des ex-provinces puis les régions de Madagascar.

Communication de proximité

PSI Madagascar exploite 8 Cinémobiles dans 102 communes de 102 districts de 21 régions (à part la région et les districts de Melaky (5), les districts de Nosy Varika (1), Marolambo (1), Mananara Nord (1) et de Belo sur Tsiribihina (1). La couverture actuelle des Cinémobiles est limitée aux chefs lieux de district (1 commune/district) - données de mai 2006. Les bases de sensibilisation et de prévention sur les IST et le VIH Sida sont exploitées à partir de visites protocolaires, d'animations, de vidéo projection, de présentation de kits de soins, de dotations de brochure et dépliants et de promotion de préservatifs. Les cibles sont les associations, les communauté de proximité, les autorités locales et les institution sanitaire de

proximité (CSB-SSD). Le SE/CNLS exploite ses 11 UMV opérationnels au niveau de 320 communes de 89 districts de 18 régions (à part Melaky – Itasy –Bongolava-Analamanga) - données février 2006. La sensibilisation et prévention sur les IST et VIH Sida se fait dans le cadre de séances de plaidoyer, d'animation, de vidéoprojections et de débats. Les cibles sont les groupements de proximité et autorités locales. Le dispositif des Unités Mobile Vidéo prévoit une UMV par région mais devra être renforcé. En effet, la démarche, à l'origine essentiellement informative, a dû être modifiée pour une réelle implication des publics : l'UMV ne passe plus une seule soirée dans la commune mais trois jours, ce qui lui permet d'appuyer localement le développement des Plans Locaux de Lutte contre le Sida. Les cibles abordent non seulement la question des IST et VIH/Sida mais les autres questions de santé et développement. Les animateurs se concentrent sur la réponse au VIH/Sida mais orientent les cibles vers les autres secteurs concernés. Ces animations par les UMV doivent être renforcées par des visites de suivi, pour faire la projection et stimuler la duplication des meilleures pratiques à Madagascar. De plus, les UMV chargées de l'animation sont en train d'être jumelées avec les Unités Mobiles pour le dépistage volontaire du VIH et cette animation sur des thèmes doit être de plus en plus diversifiés pour éviter la saturation, promouvoir à la fois l'ABC et les comportements responsables et se concentrer sur les facteurs sous-tendant le changement de comportement. Avec la diversification des messages et activités, les 22 UMV et les 8 cinémobiles de PSI ne pourront assurer la couverture de l'ensemble des communes et groupes vulnérables.

Potentiel	Couverture	Partenaires	Perspectives
19 UMV opérationnelles	11 UMV /320 communes	SE/CNLS	Coordination des activités de couverture de PSI et SE/CNLS en vue d'une couverture en priorité des 39 communes vulnérables non couverts par UMV.
	8 Cinémobile/99 communes avec 90 communes couvertes communément par SE/CNLS et PSI	PSI	

La communication par les UMV doit cibler les communes à risque non couvertes par les media de masse, en utilisant, comme base de planification de la stratégie : (i) la densité démographique de la commune (à partir de 60 jusqu'à 80 habitants et + au km²) ; (ii) l'accessibilité routière. Cette stratégie avancée de la communication par les UMV doit se faire de façon répétée (4 expositions/an au media) pour obtenir un effet sur le plan du changement de comportement (versus sensibilisation). Les communes non couvertes par les UMV sont listées dans l'annexe 2. Le tableau suivant recense les districts et les communes vulnérables qui n'ont pas encore été couvertes par les UMV : Les messages qui doivent être plus ciblés par rapport aux groupes et aux thèmes nécessitent un renforcement des équipements de communication d'appui et d'accompagnement des médias de masse (UMV, stations radio de proximité, théâtre ambulant ou les représentations scéniques légères, animations culturelles mobiles, fora en ligne, magazines scrypto/audio/visuels, foyers d'échanges permanents, réseaux d'associations/clubs de lutte contre le VIH/Sida). Ils nécessitent également un renforcement des capacités de ceux qui alimentent en contenu et animent ces médias (les animateurs). Les Associations de proximité constituent une base solide de communication interpersonnelle dans la communauté. Toutefois, il faudrait créer une synergie d'activité entre les associations actuellement impliquées et les associations implantées non impliquées dans les 1549

communes qui travaillent dans les autres thématiques de développement. La communication de masse devrait également assurer une intégration des activités de sensibilisation et de prévention du volet IST et VIH Sida avec les autres thèmes de développement.

Madagascar est dotée de 230 stations radio fonctionnelles (dont 198 légales) dispersées sur l'ensemble du territoire. Deux cent vingt animateurs de radio rurale ont été formés au Cycle de Production Participatif et produisent des émissions avec des petits groupes dispersés sur l'ensemble du territoire. Ces animateurs produisent en priorité des émissions sur la prévention des IST et du VIH/Sida mais doivent, développer d'autres thèmes de développement pour éviter la saturation. La réticence de certaines stations radio à la production d'émissions interactives (coût/temps/moyens matériels, ...) peut être réduite par la dotation en équipement, le recyclage en production d'outils de communications encourageant le dialogue avec les cibles et leur implication dans des évaluations, notamment à travers la décentralisation de la ligne verte.

Potentiel	Utilisation	Partenaire	Perspectives
3000 Radio manivelles	3000 Radio manivelles	SE/CNLS	(i) Mise en œuvre du programme extension des stations relais radios pour les 88 communes non couvertes par la radio, en priorité les 6 communes vulnérables non couverts par les radios (ref. communes vulnérables non couverts par les radios – page 19) ; (ii) Mise en place des GE dans les 88 communes très mal couvertes par la Radio ; (iii) la mise en œuvre de la prochaine distribution des RM devrait tenir compte de la couverture de ces 88 communes sensibles

Une association "Concorde" (Collectif des Communicateurs pour le Développement), composée de formateurs du premier niveau de la cascade de formation, a été créée pour assurer le suivi, l'évaluation, et la formation permanente des animateurs radio sur des thèmes directement utilisables pour le développement en milieu rural. En parallèle, des radio manivelles ont été distribuées, pour stimuler la formation de 4000 groupes d'écoute dans les villages non électrifiés. La localisation de ces radios manivelles doit être incluse dans la base de donnée sur les media de communication. Les Radio Manivelles ont été distribués aux communautés de proximité par SE/CNLS dans 142 communes de 20 districts dans 9

régions (données février 2006) Les facteurs à prendre en compte dans la distribution des radio manivelles sont : (i) l'existence de stations radios pour l'extension de la couverture des radio manivelles dans le district ; (ii) l'absence du réseau électrique dans la commune vulnérable. Les UCR/CT pourront également identifier les quartiers des communes électrifiées où les populations les plus démunies habitent, pour les doter en radio manivelles. L'annexe 2 inclut la liste des communes vulnérables où les radio manivelles n'ont pas été distribuées

Les animateurs ont été dotés d'un kit composé d'un ensemble de supports audio-scripto-visuels. Les supports sont à structures ouvertes (accompagné de questions) pour établir le niveau des connaissances des groupes et mesurer les progrès accomplis après les projections vidéo et séances d'animation. La gamme des outils proposés aux animateurs comprend des photographies (affiche sans texte) ou des diapositives. Des documents diapositifs peuvent également être réalisés avec la participation des publics, au moyen d'appareils photo numériques, pour être immédiatement présentées sur l'écran d'un ordinateur ou projetées avec un projecteur vidéo. Ces outils d'animation avec des diapositives ou des photos constituent d'excellents moyens pour libérer la parole dans les groupes et faciliter la production d'émission radio sur les thèmes du VIH/Sida ou du développement. Ils constituent également des solutions de rechange au cas où le matériel de diffusion des vidéos de l'UMV tomberait en panne. L'originalité dans la méthode de diffusion des supports de communication consiste à amener les groupes à travailler sans la présence de l'animateur qui n'est là que pour faciliter la mise en place des groupes, donner les consignes pour le travail à faire et assister aux restitutions des travaux. Les groupes se sentent ainsi totalement responsables de ce qu'ils produisent et les engagements pris sont davantage tenus. Malheureusement sur le terrain, certains intervenants continuent à utiliser les supports de communication comme appui à des causeries débats, nécessitant suivi et recyclage.

La sensibilisation de masse organisée lors d'événements socioculturels - Donia, Festival des baleines, ... - doit être généralisée dans tous les districts, en tenant compte des spécificités régionales et être renforcée à travers l'organisation de manifestations coïncidant avec les afflux de population mobiles liés aux activités économiques saisonnière.

Communication par les groupements de proximité

Les données recueillies auprès de l'AGF (Agence de Gestion Financière) ont permis de recenser 2229 ONGs, Associations et Groupements impliqués dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida dans le cadre du FAP (données mai 2006). Parmi ces 2229 groupements, 54 utilisent la radio et la TV dont 36, les radios de proximité locales, 9 utilisent la TV locale mais exploitent également leur production à travers la TV National ou des vidéoprojections de proximité (téléviseur) et 10 exploitent la radio et la TV locale en même temps.

Tableau 15 : utilisation des media par les associations et groupement

Audimat	Radio	Télévision	UMV	Journaux
2229 groupements impliqués dans la lutte contre les IST, TB et VIH SIDA	36 stations locales	9 stations locales et nationale + vidéoprojections	0	0
	10 stations locales	10 stations locales	0	0

L'ordre de récurrence (nombre d'apparition du format dans les types de communication exploitée par les groupements) pour le format radiophonique, le suivant : (i) émissions sensibilisation sur radio et dédicaces (messages/informations par lettre adressée par les associations aux stations radios à destination des auditeurs) ; (ii) spots radios et messages ; (iii) concours de jeux radiophoniques ; (iv) animations radios ; (v) campagne de sensibilisation radio ; (vi) conception/production/duplication de programmes radios pour Taxi brousse ; (vii) débats radiodiffusés/sketchs radiophoniques ; (viii) feuilletons radiophoniques ; (ix) radios crochets ; (x) diffusion de slogans sur radios ; (xi) conférences débats ; (xii) annonces radios.

L'ordre de récurrence pour le format audiovisuel (TV local – Vidéo Projection – utilisation Poste téléviseur – TV national) est le suivant : (i) projection films sur poste TV téléviseur (vidéo projection) ; (ii) diffusion de spots TV sur TV local ; (iii) conception/production/duplication de programmes TV ; (iv) émission TV de sensibilisation - Conception/Production/Duplication de court métrage – émission TV sur TV national.

La couverture des activités promotionnelles financées par le Fonds d'Appui à la prévention (FAP) est de 52% des communes de Madagascar, avec au moins un projet par commune (Ref. Infra. Mise en place et stimulation de la Réponse locale). Les communes vulnérables identifiées par la cartographie du risque et qui ne sont pas couvertes par les activités promotionnelles menées par les associations à base communautaires ou groupement sont listées dans l'annexe 2.

Les entités de la société civile ayant une représentation au niveau provincial, régional, district ont été inventoriés qui sont prêtes à coopérer et souhaite une concertation en vue d'une définition claire des rôles et des objectifs, des moyens de pérennisation des activités sont reprises dans le tableau suivant :

Entité et Volet d'activités	Localisation provincial	Localisation régional	Localisation par district	Données obtenues sur les appuis
Volet rural PSDR	6 provinces	22 régions	116 districts	8820 associations appuyées Répartition non communiquée
Volet Nutrition Communautaire SEECALINE	6 provinces	22 régions	116 districts	280 ongs Répartition non communiquée
Volet gestion et protection environnement WWF, SAGE, ANAE, ANGAP	6 provinces	22 régions	80 districts	Répartition non communiquée
Volet insertion sociale socio humanitaire, socio-économique MINPOP et CNE	6 provinces	22 régions	21 districts	Répartition non communiquée
Volet Eau et adduction WATER AID	3 provinces	4 régions	37 districts	Répartition non communiquée

Les réseaux des organisations confessionnelles couvrent les 1549 communes sont couvertes par leurs réseaux. Les données disponibles indiquent que près de 600 000 personnes sont actuellement touchés par les activités promotionnelles mises en œuvre par ces partenaires (source PLEROC – plateforme confessionnelle). Ils sont prioritaires pour le renforcement des capacités en communication interpersonnelle

Tableau 16 : Réseau confessionnel

Partenaire	Activités de Renforcement de Capacité	Répartition interne et Sites d'intervention	Localisation	Cible et couverture
FLM- SALFA	(i) Formation en animation de groupe ; (ii) Formation de formateurs ; (iii) Formation en technique de plaidoyer des leaders spirituels	17 synodes et 1500 temples 33 synodes (fitandremana) ou sites d'interventions	60 communes réparties dans 18 districts de 13 régions.	500 000 250 000
FJKM et SAF-FJKM	(i) formation de pairs éducateurs ; (ii) Formation en santé reproductive ; (iii) Formation en animation de	36 synodes et 5000 temples, 36 synodes « fitandremana » ou sites d'intervention	1549 communes dans 116 districts de 22 régions.	1,5 millions 319 353

	<p>groupe ; (iv) - Formation des responsables en milieu scolaire ; (v) prise en charge des PVVIH ; (vi) - Formation de formateurs ; (vii) Formation en technique de plaidoyer des leaders spirituels</p> <p>Les activités de communication interpersonnelle (sensibilisation et prévention) se déroulent en permanence par les « sampana » pour la population de proximité. Les stratégies globales sont décidées durant les « synoda lehibe »</p>			
EKAR	Sensibilisation spirituelle. L'EKAR prône officiellement l'abstinence	4 archi diocèses 22 diocèses 6000 paroisses églises dans 22 diocèses et 4 archidiocèses	1549 communes de 116 districts de 22 régions	4 millions Population couverte non identifié
EGLISE ANGLICANE	Non communiqué			

Les ONGs nationales ou programme de développement repris dans le tableau suivant sont, comme les associations confessionnelles, prioritaires pour un renforcement des capacités pour la communication sur les IST et VIH/SIDA parce qu'ayant un large réseau.

Partenaire	Activités de renforcement de capacité les + récurrentes	Localisation	Cible
PSDR	Développement organisationnel	Partenaire ayant Protocole d'Accord avec SE/CNLS ; Souhait de concertation	Données non communiquées
SEECALINE	Développement organisationnel	Partenaire ayant Protocole d'Accord avec SE/CNLS ;	Données non communiquées

ONN- CECAM- OTIV	-	Souhait de concertation Partenaire n'ayant pas de Protocole d'Accord avec SE/CNLS	Données non communiquées
FAP - 2229 groupements (associations- OCB) appuyées par SE/CNLS	Formation en technique de plaidoyer et animation de groupe ; Formation des formateurs, des autorités, des leaders, des pairs éducateurs ; Formation en santé de la reproduction	Les 2229 groupements couvrent 890 communes dans 116 districts des 22 régions. En moyenne une association travaille dans 2 ou 3 communes	toutes les catégories socio- démographiques
Volet Jeunesse ANKOAY : (i) jeunesse scout ; (ii) écoles	Appui technico-organisationnel des mouvements scouts à M/car et des responsables CISCO pour les élèves	8 mouvements ; 161 troupes ; 8 CISCO ; 40 écoles	11 districts de 14 régions couverts ; localisation des sites non précisés
Volet Gouvernance, socio- économique, réinsertion sociale, socio humanitaire, environnement CNE (Comité National Electoral)	Appui technico-organisationnel avec les Ongs et associations nationales	217 ONGs et associations nationales identifiés et en collaboration avec CNE Il s'agit d'ongs et associations recensées et agrées par le MINPOP (Ministère de la population)	90 communes (chefs lieux de district) dans 21 districts de 22 régions des 6 provinces ; localisation des sites non précisées

Les structures qui ont une expérience en renforcement des capacités en communication interpersonnelle et pourraient être utilisées à ce titre sont reprises dans le tableau suivant :

Institution	Activités actuelles	localisation
Volet Confessionnel : FJKM, FLM, EKAR, LLB, EEM	Sensibilisation spirituelle ; intégrée à d'autres thèmes de développement de proximité	Selon plateforme confessionnelle PLEROC : 1549 communes
Volet rural PSDR	Appui technique, organisationnel et financier des	8820 associations paysannes réparties dans les 116 chefs

	organisations paysannes	lieux de districts
Volet nutrition SEECALINE	Appui technique, organisationnel et financier des associations et Ongs	280 ONGs accompagnent la population dans les 116 chefs lieux de districts
Volet économie rural et urbain CECAM	Appui en gestion financier et technique des organisations paysannes et associations urbaines	Nbre associations appuyées non communiqué ; 116 chefs lieux de districts
Volet économie rural et urbain OTIV	Appui en gestion financier et technique des organisations paysannes et associations urbaines	Nbre associations appuyées non communiqué ; 116 chefs lieux de districts urbaines
Volet environnement Programme SAGE -ANGAP-WWF	Appui organisationnel, technique et financier des associations, des OP et des populations environnantes de toutes les aires protégées	Nbre associations appuyées non communiqué ; Localisation non précisée

Marketing social du préservatif et promotion du Fimailo

Le préservatif a été positionné de façon culturellement adaptée à travers un nouveau labelling, le « Fimailo », qui est en train de s'inscrire dans le langage social. La distribution promotionnelle du « Fimailo » dans les structures sanitaires du secteur public et auprès des groupes les plus vulnérables a été conçue pour renforcer son acceptabilité et son accessibilité. Le marketing social a facilité l'accès aux préservatifs. Plus de 50 millions ont été distribués entre 2000 et 2006 par plus de 25.000 points de vente répartis dans le pays. La stratégie de promotion et distribution du préservatif doit être mise à jour, pour tenir compte des spécificités et avantages comparatifs des différents réseaux de distribution et assurer en priorité une couverture des groupes les plus vulnérables où l'utilisation des préservatifs devra être en permanence plus fréquente, si l'on veut réellement éviter la diffusion du VIH. Les groupes d'influences qui ne peuvent promouvoir l'utilisation du préservatif doivent être sensibilisés pour contribuer davantage à la lutte contre les IST et le VIH/Sida, dans le cadre de la mise en œuvre des composantes du PSN où ils ont un avantage comparatif, sans faire obstacle à la composante de promotion et distribution du préservatif, mise en œuvre par les autres partenaires

Système de suivi et évaluation de la communication

L'utilisation des supports de communication de veille informationnelle et de communication de proximité prévoit une autoévaluation des connaissances ou un feedback par les publics. Le feedback est utilisé pour la sélection des thèmes et messages de communication. Cette mesure de la qualité des supports médiatiques doit être renforcée par le développement d'un système simple de suivi et évaluation des interventions en direction de la population générale et des groupes les plus vulnérables. Les indicateurs de processus doivent mesurer l'accessibilité des cibles à

une information de qualité, c'est-à-dire une information dont le contenu doit : (i) être défini sur la base des besoins CAP des cibles spécifiques ; (ii) positionné de façon à stimuler les facteurs sous-tendant le changement de comportement ; (iii) diffusé par les media les plus appropriés pour assurer une couverture des cibles ; (iv) de façon interactive autant que possible. Les indicateurs d'impact doivent mesurer l'évolution dans les connaissances, attitudes et pratiques – comportements sexuels et recherche des soins. La perception, l'évocation et la mémorisation des messages doivent être mesurés lors du prétest des supports de communication.

4. MISE EN PLACE ET STIMULATION DE LA REPONSE LOCALE

4.1 LA REPONSE LOCALE : UN AXE DE PROGRAMMATION TRANSVERSAL

Objectif de la réponse locale

Pour lutter efficacement contre le VIH/Sida, les capacités de la société à faire face à l'infection doivent se propager plus rapidement que le virus. Cette habilitation de la société à lutter contre l'infection doit s'opérer à la façon d'un véritable phénomène biologique, où les « cellules » du corps social développent progressivement leur immunité et se connectent entre elles pour renforcer leur compétence. Une société compétente face au VIH/Sida est une société qui, dotée d'une information correcte, s'approprie les facteurs individuels et collectifs de risque et de vulnérabilité à l'infection, formule par elle-même des solutions au problème du VIH/Sida dont elle reconnaît la priorité et met en œuvre ces solutions. La « réponse locale » est une démarche participative pour réaliser cet objectif et constitue un axe programmatique transversal du PSN.

Certains partenaires se sont demandés si la priorité accordée à la réponse communautaire était justifiée et si s'il ne serait pas plus adéquat d'utiliser les fonds destinés à la stimuler pour améliorer les services généraux de santé au niveau communautaire, le VIH en constituant une part (modeste). La réponse est négative, pour les raisons évoquées dans le cadre de l'analyse de la composante clinique de la réponse (Ref. 2.1. Organisation du système de santé). De plus, même si le renforcement de l'offre pour les prestations IST et VIH/Sida génèrera automatiquement une demande, il est indispensable de la renforcer par la communication pour assurer son coût-efficacité, y compris en promouvant l'utilisation des services où ces prestations sont intégrées. Cette communication ne peut faire abstraction de la participation communautaire, conçue comme un pilier de la réponse locale, orientée vers la décentralisation de la gestion de programme à son niveau effectif de mise en œuvre, pour une meilleure efficience de la réponse

Modalités de la réponse locale

A l'origine, la mise en œuvre de la réponse locale a été centrée sur la traduction et mise en œuvre du PSN au niveau communal, en privilégiant une participation active des acteurs – et non plus seulement bénéficiaires - des interventions, jusqu'au plus bas niveau périphérique (les quartiers des communes). Elle évolue maintenant vers une stratégie de décentralisation de la gestion de la réponse nationale, par le renforcement du leadership au niveau régional et périphérique (district), pour favoriser un engagement et une implication du secteur public et de la société civile dans la réponse, pour une couverture maximale des communes et groupes vulnérables, par un paquet d'activités promotionnelles et cliniques.

Tableau 17 : Les trois piliers de la réponse locale

1^{er} Pilier	2^{ème} Pilier	3^{ème} Pilier
Constitution de Comités Locaux de Lutte contre le SIDA (CLLS) et développement de Plans Locaux de Lutte contre le Sida (PLLS) comprenant des Petites Actions Faisables (PAF) réalisables par la communauté.	Mobilisation et habilitation des OCBs et Associations pour la mise en œuvre des PAF du PLLS à travers le Fonds d'Appui à la Prévention du VIH/Sida (FAP) et suivi de la mise en œuvre des PLLS par les CLLS	Constitutions de Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) et mise en place de leurs antennes de district pour une mobilisation, implication et coordination de l'ensemble des acteurs du secteur public et de la société civile dans la mise en œuvre des PLLS réconciliés avec les PRD.

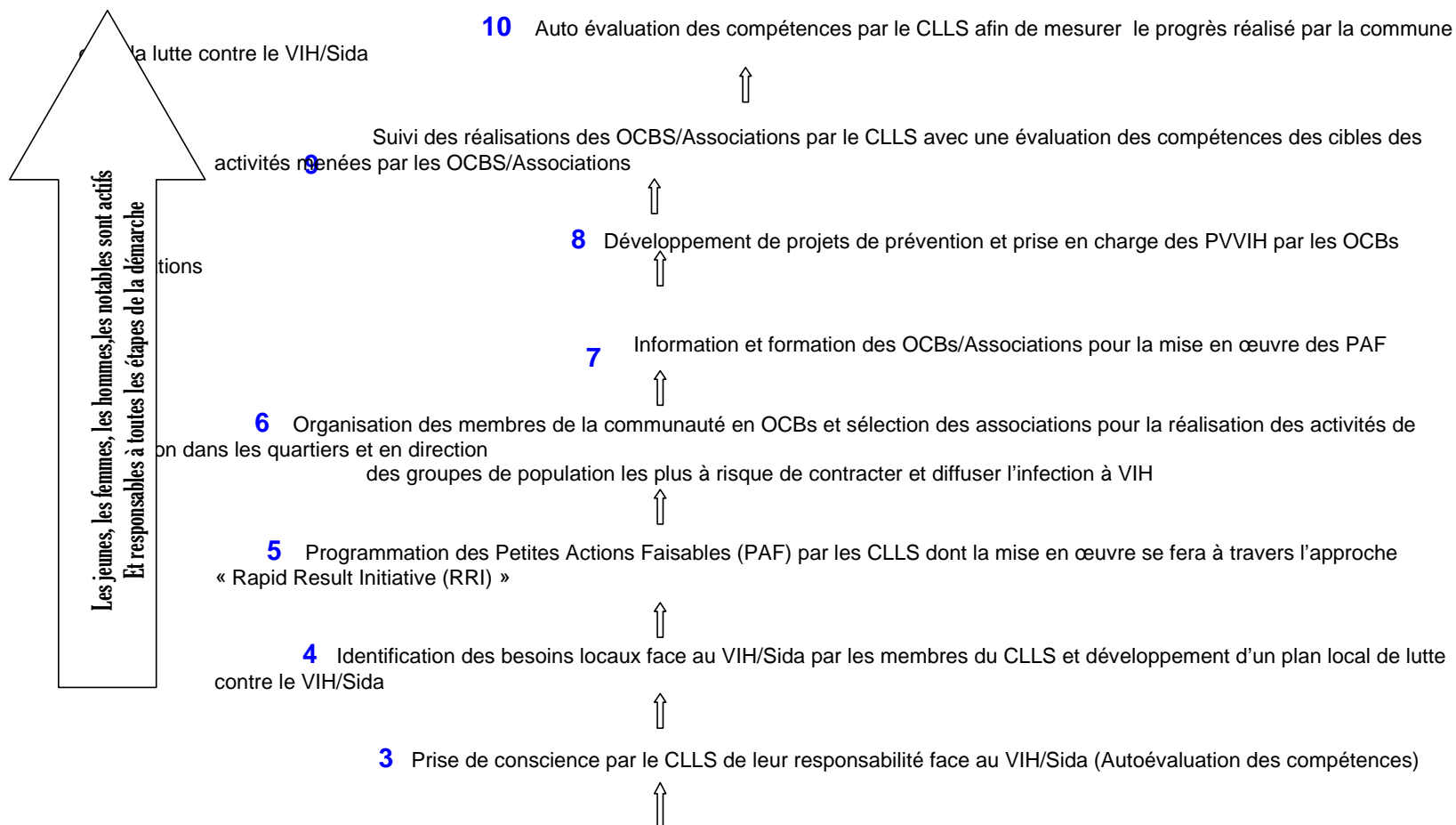
La mise en place de la réponse locale

Organisation de la réponse locale au niveau des communes

Le « premier pilier » de la réponse locale consiste à mobiliser les autorités administratives des communes, pour la constitution de Comités Locaux de Lutte contre le Sida (CLLS) et la traduction du PSN en un Plan Local de Lutte contre le Sida (PLLS). Ces CLLS ont une composition multisectorielle : maire, membres du conseil communal, ONG et associations oeuvrant dans la commune, leaders religieux et traditionnels, représentant des différents segments de la communauté (jeunes hommes, jeunes filles, femmes, hommes, notables hommes et femmes, groupes vulnérables : TDS, femmes enceintes, jeunes non scolarisés, transporteurs, ...), représentants du secteur public (éducation, sécurité, santé, justice, développement rural, ...) et représentants de la société civile et du secteur privé (Associations, ONGs, entreprises, ...). La facilitation de la mise en place des CLLS et le développement des PLLS avait, à l'origine, été confiée à une Organisation de la Société Civile (Organisme de Facilitation – OF). Ils sont actuellement impulsés par les animateurs des Unités Mobiles Vidéo et appuyés par l'Unité de Coordination Régionale (UCR), composée d'un Coordonnateur Technique (CT) au niveau des 22 régions. La définition de ce PLLS suit un processus participatif : le CLLS procèdent à une analyse de la situation et de la réponse face au VIH/Sida, qui leur permet d'identifier les besoins et ressources locales pour lutter efficacement contre le VIH/Sida. Cet exercice est sous-tendu par une analyse locale du risque et de la vulnérabilité (monographie communale) et une autoévaluation des compétences face au VIH/Sida (Cadre d'Autoévaluation de Compétence – CAC). Elle doit amener les membres du CLLS à se sentir personnellement concerné et responsable dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida et à identifier les activités à mener pour répondre aux besoins dictés par le contexte local, en évitant les chevauchements ou la saturation des interventions. La mise en œuvre du PLLS priorise les Petites Actions Faisables (PAF) réalisables par les acteurs locaux. Elles sont immédiatement initiées par la communauté et, au besoin, financées

par un Fonds d'Appui à la Prévention et Prise en charge du VIH/Sida (FAP) ou autres sources de financement, dans le cadre d'un projet. Ce projet est développé avec l'aide du CT et mis en œuvre par des promoteurs. Ces promoteurs sont, pour l'essentiel, des Associations ou des membres de la communauté qui s'organisent en Organisation Communautaire de Base (OCB) pour mettre en œuvre les PAF du PLLS. Le CLLS est chargé d'assurer le suivi et évaluation de ces PAF, qui doit orienter la suite de la mise en œuvre du PLLS.

Schéma 4 : Organisation de la réponse locale au niveau des communes



2 Monographie communale par le CLLS constitué des représentants multisectoriels de la communauté (analyse du risque et de la vulnérabilité)



1 Stimulation de la prise de conscience de la communauté face aux enjeux de la lutte contre le VIH/Sida à travers le passage des Unités Mobile de Vidéo dans la localité.

Ainsi, la lutte contre le VIH/SIDA ne peut en aucun cas être une initiative de « Haut en Bas ». Le succès de la lutte dépendra de l'implication active des communautés, de l'innovation et la créativité à la base, catalysées par un leadership facilitant.

Un leadership facilitant qui : (i) apprécie les atouts et les forces locales ; (ii) cherche à comprendre, plutôt qu'à juger ; (iii) encourage l'interaction entre les divers partenaires ; (iv) écoute plutôt que parle ; (v) pose des questions, plutôt que fournit les réponses et (vi) apprend plutôt qu'enseigne.

La principale justification de cette approche basée sur la réponse locale est sa contribution à créer un contexte dans lequel les individus, les groupes et les organisations prennent des initiatives, changent leurs comportements, se font dépister si nécessaire et accèdent à des services de prévention voire de prise en charge (traitement, soins et soutien).

Dans la pratique, la mise en œuvre de la démarche de réponse locale a permis à certaine localité du pays de parvenir à : (i) une conscientisation de la réalité – encore fantomatique – du VIH/Sida dans un contexte de multiples priorités de santé publique et développement (au niveau des autorités politico administratives et de la population bénéficiaire) ; et (ii) un amorçe de passage de l'ABC (Abstinence, Bonne Fidélité, Condom) à l'ABCDEFGH en tenant compte de la spécificité locale.

De l'ABC à l'ABCDEF

« D » pour Dépistage non seulement du VIH mais également des IST

- ⌘ Assurance de la fonctionnalité de l'interface entre les besoins et la demande et l'offre pour les services cliniques (et les préservatifs)
- ⌘ Opérationnalisation du continuum sur le plan des services : Prévention (CTV, PTME, IST, Précautions Universelles, Sécurité transfusionnelle) et Prise en charge clinique et psychosociale.

« E » pour Ecoute et Empowerment : avec l'appui technique de l'Unité de Coordination Régionale (UCR) et l'Organisme de Facilitation (OF) :

- ⌘ Mise en place du CLLS comme équipe multisectorielle et appropriation de son rôle par instrument d'auto-évaluation (Cadre d'Auto-évaluation de Compétence – CAC).
- ⌘ Analyse du risque et définition de la vulnérabilité « contextuelle » - fortement liée au contexte économique et culturel : (i) la vulnérabilité varie selon le contexte local et est identifiée par le CLLS pour une réponse ciblant les secteurs vulnérables et leurs clients ; (ii) la localisation et modalités de la réponse varie selon le contexte local et est définie par le CLLS : ciblage de réponse vers les secteurs touchant les groupes les plus susceptibles de contracter et diffuser l'infection à VIH – accent sur les travailleurs de Sexe à où elles sont formelles et les groupes passerelles (clients) là où les TS sont informelles pour couper la chaîne de transmission ; accent sur les femmes vulnérables (autres que les TS, par exemple, les filles mère, les femmes des groupes professionnels mobiles, les femmes divorcées) – et (iii) définition du PLLS par le CLLS avec une attention particulière sur l'identification des Petites Actions Faisables (PAF) qui sont initiées directement par la commune/communauté ou qui demandent un appui (fourni dans le cadre du Fonds d'Appui à la Prévention FAP et ce, pour une action par et pour les bénéficiaires .
- ⌘ Implication des organisations Communautaire de Base (OCB) dans la communication pour le changement de comportement avec l'aide des Organismes de Facilitation – OF – La démarche se détaillant comme suit : (i) encadrement des OCB par les OF pour une meilleure couverture de proximité et un renforcement des compétences en vue d'une amélioration de la qualité et pérennisation des interventions ; (ii) Formation/encadrement des OF par une ONG internationale sous-tendu par une stratégie de transfert de compétence appropriée.
- ⌘ Feedback des OCB au CLLS (mécanisme cyclique).

« F » pour Financement

- ⌘ Intégration du PLLS dans le Plan Communal de Développement.
- ⌘ Canalisation de l'aide au développement vers les bénéficiaires – acteurs de développement.

« G » pour Garantie des résultats

- ⌘ Suivi par le CLLS des actions des OCB : formalisation du mécanisme sur la base de l'expérience.
- ⌘ Suivi de la progression des services rendus par les prestataires de service par le CLLS (association des consommateurs) et les services concernés (CTV, PTME, Précautions Universelles, Sécurité Transfusionnelle, Prise en charge clinique et psychosociale).
- ⌘ Impact de la réponse locale sur l'utilisation des services.

Mise en place des CLLS et développement des PLLS

Entre 2003 et 2005, le nombre de CLLS mis en place a rapidement augmenté, passant de 13 en décembre 2003 à 292 en décembre 2004 et à 738 en décembre 2005. La mise en place de ces structures a favorisé une prise de conscience de la réalité encore fantomatique du VIH/Sida par les autorités administratives et la population générale, jusqu'au plus bas niveau périphérique. Cependant, le nombre de CLLS opérationnels est estimé à 50 % et de nombreux projets sont mis en œuvre en dehors d'un cadre de développement communal des actions de lutte contre le VIH/Sida. Le nombre de CLLS avec un PLLS élaboré est en effet de 233 soit environ 25 %. Avant 2005, un consortium de trois ONGs internationales avait été recruté, comme Organisme de Facilitation, pour appuyer l'élaboration des sous-projets et assurer le renforcement des capacités des promoteurs (OCB, Associations). Cet OF s'est donc essentiellement concentré sur les étapes 7 et 8, aux dépens de l'encadrement des CLLS et de la formation des OCBs et Associations en VIH/Sida. A partir de 2005, l'UCR a assumé les tâches de l'OF mais elle n'est composée que d'un CT.

Le renforcement du caractère opérationnel des structures locales de lutte contre le VIH/Sida passe par la mise en place du 3ème pilier de la réponse locale soit, la constitutions de Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) et la mise en place de leurs antennes de district pour une mobilisation, implication et coordination de l'ensemble des acteurs du secteur public et de la société civile dans la mise en œuvre de PLLS réconciliés avec les PRD. En parallèle, la mise en place des CLLS doit être renforcée par des activités de plaidoyer en direction des maires, par les autorités dont ils dépendent. La tenue annuelle de Fora Régionaux constitue un premier pas en ce sens. Les Termes de références des CLLS doivent également être révisés pour assurer une plus grande responsabilisation de ces structures, l'implication des PVVIH dans cette structure de coordination est à encourager. La définition locale de la vulnérabilité, l'identification de ses implications programmatiques au niveau local et l'élaboration du PLLS est un processus relativement lent et difficile, notamment pour assurer la couverture des groupes les plus susceptibles de contracter et diffuser l'infection à VIH en évitant leur stigmatisation. Les structures d'appui au développement et suivi et évaluation des plans de lutte contre le VIH/Sida du niveau décentralisés doivent donc être renforcées en personnel. Le PLLS devrait également porter sur une période suffisamment longue pour traduire une vision stratégique au niveau de la commune, constituer un outil de recensement des actions en cours et de programmation des montants du FAP à accorder à la commune. Le CLLS doit en effet pouvoir solliciter la soumission d'un nombre de sous projets pour un montant prédéterminé pour la commune sur cette base. Enfin, les structures d'appui pour la mise en œuvre du FAP doivent également être renforcées pour un encadrement de proximité.

Mise en oeuvre des PAF à travers le Fonds d'Appui à la Prévention (FAP)

Le Fonds d'Appui à la Prévention du VIH/Sida (FAP) constitue le « second pilier » de la réponse locale. Ce mécanisme de financement, soutenu par la Banque Mondiale, dans le cadre du projet PMPS, a pour objectif de contribuer à la mise en œuvre du PSN par la société civile pour assurer la couverture des groupes vulnérables. Le FAP vise en particulier à : (i) renforcer les capacités d'intervention des organisations et institutions déjà impliquées dans la prévention des IST/VIH/Sida ; (ii) encourager une plus grande implication des ONG, OCB et du secteur privé dans la lutte contre les IST/VIH/Sida ; (iii) développer leurs capacités opérationnelles et pérenniser leur participation. Dans le cadre du PMPS II, le menu des activités pouvant être mises en œuvre au moyen du FAP a été revu, pour inclure également les activités de prise en charge des PVVIH. Selon l'expérience de l'Inde (projets Sonagachi et Avahan) et du Bangladesh (projet Shakti), la prise en charge communautaire est un élément critique pour une réponse efficace au Sida dans les épidémies concentrées. Ces expériences réussies seront prises en compte dans le développement

d'initiatives semblables, adaptées au contexte malgache. Le passage de la promotion de l'ABC à l'ABCD, avec D pour demande pour les services cliniques, permettra de dynamiser les activités promotionnelles à base communautaire. La promotion de la demande pour les services de PEC des IST et de dépistage du VIH offre en effet un point d'entrée pour une communication efficace puisque promouvant des prestations qui peuvent être positionnées comme utiles et « rassurantes » : faible prévalence du VIH et donc, accent mis sur la connaissance du statut sérologique VIH pour une prévention qui inclut l'ABC et la PEC des IST classiques, fortement présentes dans la communauté.

A partir de 2005, le FAP a favorisé la mise en œuvre des sous projets par les OCB et Associations au niveau des communes et des quartiers. Cette orientation stratégique s'explique par la volonté du SE/CNLS de ne plus considérer les communautés uniquement comme les bénéficiaires des interventions mais de les impliquer dans la lutte contre le VIH/Sida comme acteurs à part entière. Elle prévoit la participation des ONGs internationales et locales dans la mise en œuvre du FAP, indispensable pour renforcer la couverture des groupes les plus vulnérables par les activités promotionnelles et cliniques et pour assurer la formation des OCBs et Associations. Elle promeut un transfert des compétences par les ONGs internationales vers les ONGs nationales, le secteur public et autres institutions de la société civile malgache, pour une pérennisation des actions, une déconcentration des capacités et un encadrement de proximité des promoteurs, au niveau opérationnel de la mise en œuvre.

Le FAP a soutenu le développement et mise en œuvre de sous projets de base sur l'ensemble du pays, puis, à partir de 2004, dans 20 districts à risque identifiées sur la base de leur potentiel de développement. Conformément aux accords de financement du FAP, qui prévoit une allocation de 70% des fonds aux communes vulnérables, l'approche de priorisation des zones d'intervention a été révisée en 2006, avec l'identification par la cartographie du risque des communes à risque accru de diffusion de l'infection, pour une couverture prioritaire des populations les plus vulnérables, indépendamment du caractère urbain ou rural de la commune. Certaines PAF ont été financées en partie ou en totalité par des projets de développement ou des organisations de développement avec lesquels des conventions de partenariats ont été signées et dans des zones déterminées.

L'analyse de la couverture des communes par les sous projets montre que depuis 2002, le FAP a pu couvrir la moitié (52%) des communes du pays avec au moins un sous projet. Seulement 11% des communes ont mis en œuvre au moins 4 sous projets. L'investissement technique, administratif et financier du FAP et des OCB elles-mêmes dans l'apprentissage des procédures d'élaboration, de mise en œuvre et de clôture des sous projets est élevé. Il doit être rentabilisé par l'extension des interventions par les OCBs et Associations qui ont fait leur preuve, et donc, être accompagné d'une stratégie pour le développement de leurs compétences. Comme de nombreuses OCBs et Associations témoignent d'une réelle capacité à exécuter les activités, on doit envisager un renforcement des compétences pour les spécialiser dans le passage à échelle des activités (versus conceptualisation de nouvelles activités). Le renforcement des compétences peut être organisé en suivant la hiérarchie suivante : (i) ONG et Associations qui ont développé une expertise pour une population cible donnée (détenus, travailleurs de sexe, HRH, PVVIH, etc.) ; (ii) Associations qui ont travaillé dans plusieurs communes ou sur plusieurs domaines d'intervention ; (iii) OCB qui ont réalisé plusieurs sous projets ; (iv) OCB qui ont réalisé un sous projet et/ou témoignent d'un intérêt ou capacité à évoluer davantage (avec ou sans financement) dans la lutte contre le VIH/Sida. La base de donnée informatisée (avec visualisation cartographique) sur les promoteurs locaux doit donc être complétée, pour indiquer la cible et la nature des activités, leur couverture, leur enveloppe budgétaire et leurs capacités sur le plan administratif. L'Agence de Gestion Financière (AGF) a initié le processus en établissant une "liste noire" des OCBs qui ne satisfont pas aux exigences sur le plan administratif, pour freiner leur accès aux financements du FAP.

La liste des communes vulnérables établie au niveau central, au moyen de la cartographie du risque, doit guider la mise en place/dynamisation des CLLS. Ils stimuleront d'autant plus la réponse locale que la lutte contre le VIH/sida sera perçue comme une nécessité, au moyen de l'analyse de la vulnérabilité des communes. La cartographie du risque au niveau communal sera utilisée comme outil de plaidoyer et de priorisation des quartiers où sont localisés les groupes les plus vulnérables. Le FAP doit prévoir un appui technique renforcé avec financements des activités en priorité dans 119 communes fortement vulnérables et 344 communes moyennement vulnérables soit, un total de 463 communes. Les premiers résultats de la cartographie du risque ont en effet montré que sur 1230 des 1549 communes du pays, 10% des communes sont fortement vulnérables et que 28% sont moyennement vulnérables. L'examen de la correspondance des financements des sous projets par rapport aux communes vulnérables montre que sur les 55 communes ayant mis en œuvre au moins 7 sous projets, seulement 18 (33%) figuraient parmi les plus vulnérables.

4.2 LA DYNAMIQUE EVOLUTIVE DE LA REPONSE LOCALE

Renforcement du partenariat intersectoriel

Le renforcement du partenariat multisectoriel constitue le troisième pilier de la réponse locale. A ce niveau, il doit s'opérer à travers la décentralisation de la gestion de la réponse locale au niveau de la région administrative, par la constitution de Comités Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS). La création de ces CRLS doit être accompagnée de la mise en place d'antennes de district. Le Chef de District et le Médecin Inspecteur du Service de Santé de District (SSD) sont en effet amenés à se constituer en interface entre le CLLS et les services publics (santé, éducation, sécurité, population, jeunesse, ...) et pour structurer la collaboration entre le secteur public et les opérateurs privés pour stimuler l'implication de ceux-ci dans la réponse locale. Les Termes de référence des CRLS et de leurs antennes de districts doivent clairement spécifier leurs rôles et donc, leurs responsabilités, pour une complémentarité des fonctions en vue de l'objectif ultime de la réponse locale : amener les CLLS à se constituer en interface entre la communauté et l'ensemble des acteurs oeuvrant dans la mise en œuvre du PLLS. Ce PLLS doit réconcilier les PAF avec les interventions des autres partenaires de la société civile, y compris les opérateurs privés, et le secteur public (par exemple, offre des services cliniques), pour assurer la couverture des groupes vulnérables par un paquet complet d'activités de prévention et PEC des IST et VIH/Sida.

Extension du partenariat avec le secteur public

Les sous projets mis en œuvre par les promoteurs ont essentiellement consisté en activités de communication (plus de 90%). Ces activités, à l'origine concentrées sur l'Abstinence, Fidélité et Utilisation du Préservatif (ABC), ont maintenant amorcé un passage vers la demande pour les services, particulièrement les services de PEC des IST et dépistage du VIH. Or, là où elle a été générée par la réponse locale, l'offre des services et produits fait parfois défaut, en dépit de l'accessibilité aux prestations de service au niveau des communes (stratégies fixe et avancée). Les capacités des DRSPF et SSPFD à assurer la planification et suivi des performances des services IST et VIH/Sida dans les communes vulnérables doivent être renforcées, pour assurer la réconciliation entre les besoins définis par le CLLS, la demande promue par les promoteurs et l'offre pour

les services cliniques et les préservatifs délivrés par le secteur public de la santé. La mise en œuvre de la réponse locale doit, à court terme, refléter ces trois axes d'intervention. Ce partenariat avec le secteur public doit également être étendu aux autres secteurs-clé de réponse : éducation, sécurité, jeunesse, La traduction des Plans sectoriels en sous projets a été limitée (Ref. V. Renforcement du partenariat et de la collaboration internationale). La mobilisation du secteur public, dans le cadre de la réponse locale, offre la possibilité de renforcer cette initiative par le développement de sous projets par le secteur public, à son niveau opérationnel de mise en œuvre. Les partenaires de la société civile (ONG) peuvent encadrer les acteurs du secteur public dans le développement de ces sous projet, au besoin, en utilisant le financement du FAP pour des activités de renforcement des compétences en développement et gestion de sous projet.

Renforcement de la collaboration avec les autres partenaires de la société civile

En dépit de l'augmentation rapide des projets de base mis en œuvre par les OCBs et Associations, force est de constater leurs limites en termes de couverture des communes et des populations vulnérables. Le nombre de sous projets par région est en moyenne de 104, avec des variations importantes au sein des régions, et les sous projets ont essentiellement ciblé des sous-groupes de la population générale : paysans, jeunes scolarisés et non scolarisés, femmes en âge de procréer, aux dépens des patients atteints d'IST (3% des sous projet), des travailleurs du sexe (5.25% des sous projets) de leurs clients, qui constituent des cibles prioritaires pour le contrôle de l'infection.

Tableau 18 : Rapport couverture et intensité pour les sous projets par région

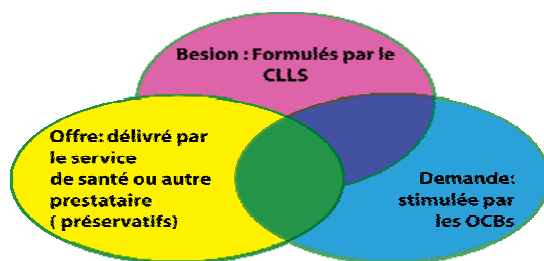
Intensité (% de communes avec 7+ sous projets)	20-29%		Itasy	Analanjirifo		
	10-19%		Alaotra-Mangoro Atsinanana	Atsimo Andrefana	Bongolava	
	0-9%	Anosy	Vakinankaratra Androy Ihorombe Vatovavy-Fitovinany Betsiboka Melaky Sofia	Analamanga Menabe Haute Matsiatra Amaron'Imania Boeny Sava	Atsimo Atsinanana Diana	
			<25%	25-49%	50-74%	75%>
		Couverture (% de communes avec au moins un sous projet)				

Le choix stratégique d'assurer l'implication directe des OCBS/Associations dans la lutte contre le VIH/Sida à travers le FAP doit absolument être maintenu. Mais il doit être complété par le développement d'une stratégie de renforcement du partenariat avec les autres acteurs de la société civile : ONG, opérateurs privés, organisations confessionnelles, orienté vers : (i) le renforcement des capacités des OCB pour une pérennisation et mise à échelle de leurs efforts ; (ii) la mise en œuvre de sous projets en direction des TDS, de leurs clients, des jeunes et des femmes vulnérables (autres que les TDS). Le FAP pourra ainsi assurer le financement des promoteurs autres que les OCBs/ Associations, tels que les agents de santé

communautaire, les médicaux et paramédicaux du privé, les partenariats publics privés (PPP) avec les entreprises de la place, ... Le menu chinois ou liste des activités standardisées pouvant être financée par le FAP et les fiches techniques qui définissent les étapes pour la mise en œuvre des PAF par les OCB et Associations récipiendaires du FAP, doivent être revues pour constituer un outil de planification de la totalité du paquet d'activités nécessaires pour une réponse locale VIH/Sida.

Ce renforcement du caractère multisectoriel de la réponse locale requiert la constitution des Comité Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS) et s'accompagner de la décentralisation du processus de cartographie au niveau de la région. La Région doit s'approprier ce mécanisme de planification pour améliorer la liste des communes vulnérables établie au niveau central et, ce faisant, prendre conscience du risque de diffusion de l'infection dans la région et donc, de la nécessité d'inscrire la lutte contre les IST et le VIH/Sida dans le Plan Régional de Développement. Elle doit également utiliser ses résultats comme un outil de plaidoyer pour mobiliser les secteurs vulnérables et orienter l'action des secteurs de réponse vers les communes et les groupes vulnérables. Les modalités permettant à la Région de coordonner ce partenariat et l'intégrer dans le Plan Régional de Développement doivent être définies. Cette mobilisation et coordination des partenaires de la société civile doivent également être accompagné d'un renforcement des compétences en gestion de la réponse locale. Il peut être organisé à partir du niveau central, pour les organisations à couverture nationale (organisations confessionnelles, scouts, ...) et à travers le renforcement des structures d'appui au niveau intermédiaire.

Schéma 5 : Triptyque Besoins – Offre – Demande



4.3 STRUCTURES ET MECANISME D'ENCADREMENT

Structures d'appui au FAP et de la réponse locale.

Les instances du Projet Multisectoriel pour la Prévention du VIH/Sida (PMPS), source principale du financement du FAP, collaborent avec le CNLS et le SE/CNLS à la mise en œuvre du FAP. Ces instances sont présentes à chaque niveau administratif. Leurs attributions respectives sont détaillées dans le manuel d'exécution du PMPS.

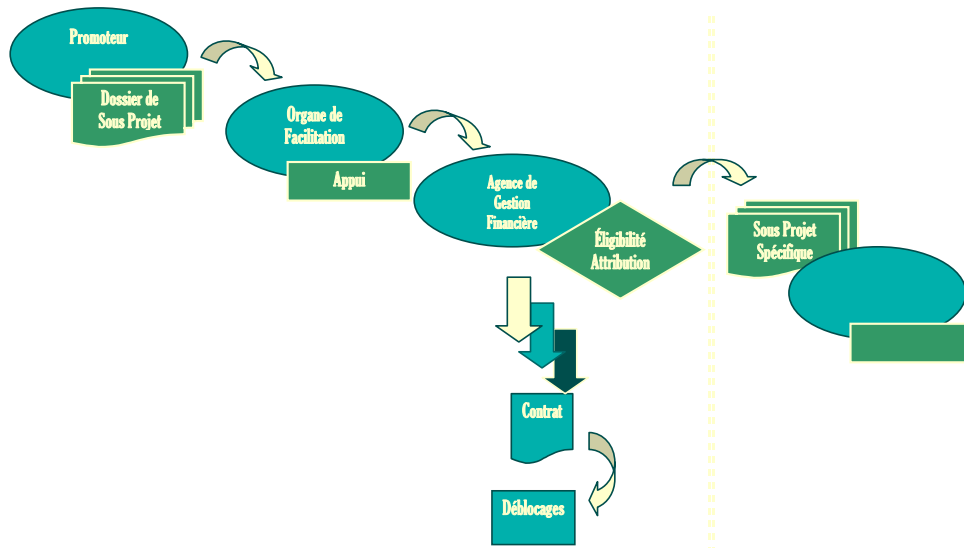
Niveau administratif	CNLS	SE/CNLS	PMPS
Central	CNLS	SE/CNLS	Conseil PMPS ORT UGP / PMPS
Provincial / Inter régional	CPLS	BCIR	AGF
Régional		ULC / CTR	
Commune	CLLS		
Quartier			Promoteurs / OCB

La lourdeur de certaines procédures administratives, ainsi que le choix stratégique de privilégier les OCBs et Associations pour la mise en œuvre du FAP, ont rendu certaines structures moins importantes sur le plan opérationnel. Il s'agit du Conseil du PMPS, de son Comité d'audit et de l'Organisme de Revue Technique (ORT). Une certaine confusion existe entre les rôles de coordination et exécution, liée au caractère récent d'un programme qui évolue rapidement, à la nécessité de renforcer le partenariat et la coordination sur le plan de la gestion et mise en œuvre de la réponse nationale à tous les niveaux administratifs et à l'insuffisance des capacités de certaines de ces structures sur le plan technique ou bien en termes de personnel qualifié.

La gestion administrative et financière du FAP a été contractualisée à une Agence de Gestion Financière qui a, depuis 2002, traité plus de 2300 sous-projets.

Schéma 6 : Schéma du circuit de financement des OCBs et Associations

Formatted: Font: Gloucester MT Extra Condensed, 11 pt



Les investissements pour la gestion du FAP sont importants et la réorientation de la stratégie, qui a misé, avec raison, sur l'efficacité de l'approche basée sur les OCB, s'est apparemment opérée au détriment de cette mesure de l'efficacité du FAP : le coût de la gestion est élevé par rapport au coût des activités. La démarche de conciliation dans le FAP des approches visant à assurer à la fois à la stimulation de la quantité et la qualité des demandes de financement, mission de l'OF, et le contrôle de l'offre des prestations de services (AGF) n'a pas vraiment abouti, se soldant par la résiliation du contrat de l'OF en fin 2004. L'OF dont les attributions restent essentielles comme une nécessité par les CT et les promoteurs doit être remise en place, mais de façon à instituer un système de facilitation des OCBs et Associations pleinement opérationnel et pérenne, à travers le renforcement des compétences d'un réseau d'ONG locales de proximité, par les ONGs internationales. Ce mécanisme d'encadrement, couplé du renforcement des compétences des OCBs/Associations pour un passage à échelle rapide des meilleures pratiques, peut assurer, mais à moyen terme, la maximisation des investissements en termes de gestion du FAP. La mise en place de ce système de facilitation, inspiré des réalités du terrain, et basé sur le renforcement des compétences locales requiert le développement d'outils de gestion simples pour le CLLS, les promoteurs et l'ensemble des structures d'appui au niveau décentralisé. Il requiert également une collaboration accrue entre les structures décentralisées du CNLS, SE/CNLS dont les termes de référence doivent être revus, dans une perspective de spécificité/complémentarité des rôles, en tenant compte également de la dynamique de l'évolution de la réponse locale. A moyen terme, il est possible d'envisager une implication des Comités Régionaux de Lutte contre le Sida et de leurs antennes de districts (à créer) pour mobiliser et assurer un encadrement des CLLS.

Suivi et évaluation du FAP et de la réponse locale

L'Unité de Coordination Régionales du SE/CNLS est chargée d'appuyer la mise en place des CLLS et le développement des PLLS. Elle doit également assurer, avec la collaboration des BCIR, la mise en place des CRLS, l'intégration sectorielle de la Lutte contre le VIH/Sida dans les Plans Régionaux de Développement et, à moyen terme, l'habilitation des CRLS à appuyer les CLLS dans la gestion d'un PLLS qui comprendra un paquet multisectoriel d'activités financées ou non par le FAP.

Elle doit être renforcée par le recrutement de personnel qualifié en suivi et évaluation, pour assurer l'encadrement des CLLS dans le suivi de la mise en œuvre du PSN et la mesure de l'impact de ses activités, à travers l'autoévaluation et le feedback sur l'utilisation des services de santé, l'engagement des OF. Ce personnel doit également pouvoir assurer, en collaboration avec les instances décentralisées de l'AGF, la mesure de l'efficacité du FAP, aux différentes étapes de traitement des dossiers et de mise en œuvre des sous projets : (i) de l'avant projet à l'approbation du projet : désistement / abandon par le promoteur ; (ii) de l'approbation du projet à la notification du démarrage : annulation ; (iii) du démarrage à la fin des travaux : suspension temporaire et définitive ; (iv) de la fin des travaux au paiement de la dernière tranche : résiliation.

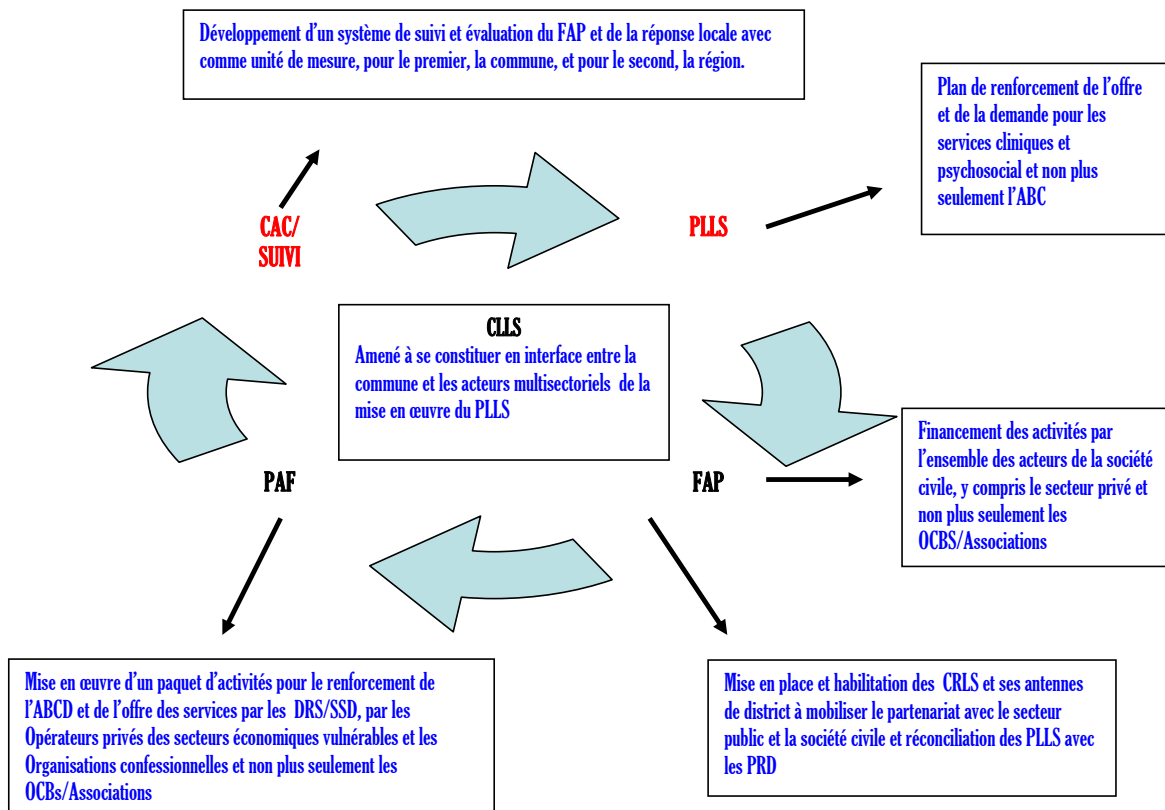
Les méthodes d'évaluation actuellement utilisées ne permettent pas une appréciation de l'impact de l'utilisation du FAP. Des mesures explicites ont lié les décaissements aux résultats mais ces mesures ont été généralement d'une nature plus administrative que technique : les rapports finals des OCB comprennent un tableau présentant les réalisations physiques et financières mais elles ne permettent pas de comprendre le déroulement du sous projet. En outre, le niveau d'analyse de l'efficacité du FAP ne doit pas être le sous projet mais plutôt la commune. Le système de suivi et évaluation doit examiner : (i) le nombre de projets financés dans les communes vulnérables ; (ii) le type de population touchées par les sous projets, notamment les populations les plus vulnérables ; (iii) le type d'activités - promotionnelle ou clinique - et la couverture des populations cibles ; (iv) l'impact des sous projets en termes de renforcement des compétences des promoteurs, y compris et surtout leur capacités à mener

d'autres actions ; (v) l'impact dans la mise en œuvre des activités sur : (i) la prévention de la maladie par le changement du comportement des populations, y compris l'utilisation des services cliniques ; (ii) l'organisation des soins continus pour les populations atteintes de la maladie au niveau communautaire et familial.

En outre, le FAP ne constitue qu'un élément de la réponse locale et le suivi évaluation doit, à ce titre, mesurer l'évolution dans la mise en place des CLLS, le développement des PLLS et la capacité des CLLS à orienter le développement et assurer le suivi de la réponse locale. De plus, quelle que soit la valeur de chaque sous projet, le FAP ne réussit que dans la mesure où il contribue à un ensemble d'interventions de prévention, d'organisation des soins diagnostic et palliatifs et de traitement au niveau de la commune. L'unité de mesure de la réponse locale ne constitue dès lors pas la commune mais la région, et le suivi et évaluation doit évoluer vers la compréhension de l'ensemble des actions en cours pour l'organisation de la réponse au sein de cette unité administrative, en vue d'une couverture des communes vulnérables par un paquet d'activités adéquat, indépendamment de l'origine et le montant de la contribution technique et financière pour la mise en œuvre de ces activités.

En conclusion, les perspectives dans la mise en œuvre de la réponse locale peuvent être représentées comme suit :

Schéma 7 : Dynamique évolutive de la réponse locale



5. RENFORCEMENT DU PARTENARIAT ET DE LA COLLABORATION INTERNATIONALE

5.1 INSTRUMENTS D'ALIGNEMENT ET COORDINATION DES EFFORTS

Comité Technique Multisectoriel

Le CTM a pour mandat de veiller à ce que le caractère multisectoriel de la lutte contre le VIH/Sida soit pris en compte dans l'opérationnalisation du Plan Stratégique National. Présidé par le Secrétaire à la Planification de la Présidence de la République (Chief of Staff), Il est composé des représentants des différents Groupes Stratégiques Sectoriels (GSS), comprenant les chefs de file des ministères et de représentants de la société civile, y compris le secteur privé et des PVVIH. Son secrétariat est assuré par le Secrétaire Exécutif du CNLS. Il a pour mission de : (i) examiner et décider sur les orientations techniques des aspects opérationnels de la lutte; (ii) garantir la pertinence et l'utilité de l'opérationnalisation des plans sectoriels et intersectoriels ; (iii) participer au plaidoyer pour la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires à la lutte contre le VIH/Sida ; (iv) veiller à l'utilisation rationnelle et efficace des ressources mobilisées ; (v) proposer aux instances de décision (en cas de besoin) des dispositions techniques visant à l'amélioration de l'environnement institutionnel, juridique et éthique de la lutte contre le VIH/Sida.

Forum des partenaires

Le Forum des partenaires est une structure de coordination placée sous le leadership de la partie nationale. Présidé par le Secrétaire Exécutif du CNLS, il a pour secrétaire le Responsable de l'Unité chargée du Développement du Partenariat et de la Mobilisation des ressources du SE/CNLS. Il est composé des représentants du Gouvernement, du Système des Nations Unies, des agences de coopération bilatérales et multilatérales, de la société civile y compris les associations des PVVIH et le Secteur Privé. Il a pour mission de : (i) assurer un cadre formel de concertation et servir de plate forme de coordination entre les institutions nationales malgaches et leurs partenaires internationaux ; (ii) promouvoir et maintenir une vision commune de la lutte ; (iii) assurer l'harmonisation et la synergie des actions des partenaires ; (iv) renforcer l'implication des secteurs non traditionnel telle que le secteur privé dans la réponse nationale ; (v) faciliter et appuyer les efforts de mobilisation des ressources du Gouvernement auprès de diverses sources de financement, y compris le Fonds Mondial et les financements privés ; (vi) accroître et soutenir l'engagement et la motivation des partenaires financiers dans la lutte contre le SIDA à Madagascar ; (vii) promouvoir un environnement d'ouverture et de transparence grâce aux échanges d'informations stratégiques ; (viii) participer à la création et à l'approvisionnement d'un fonds de partenariat national ; (ix) participer au partenariat sous régional à travers l'initiative de l'Océan Indien contre le VIH/Sida ; (x) organiser le soutien des partenaires au développement de la réponse décentralisée par le biais de partenariats provinciaux et locaux ; (xi) appuyer le comité national dans l'examen et la résolution de toutes les questions qui lui seront soumises.

Country Coordinating Mechanism

L'instance nationale de coordination du pays pour la gestion des subventions octroyées par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose, le Country Coordinating Mechanism (CCM), a récemment été ajoutée aux dispositifs nationaux de coordination. Le CCM est coordonné par le CNLS pour le groupe de travail VIH/Sida et est composé de représentants du Gouvernement, des grandes

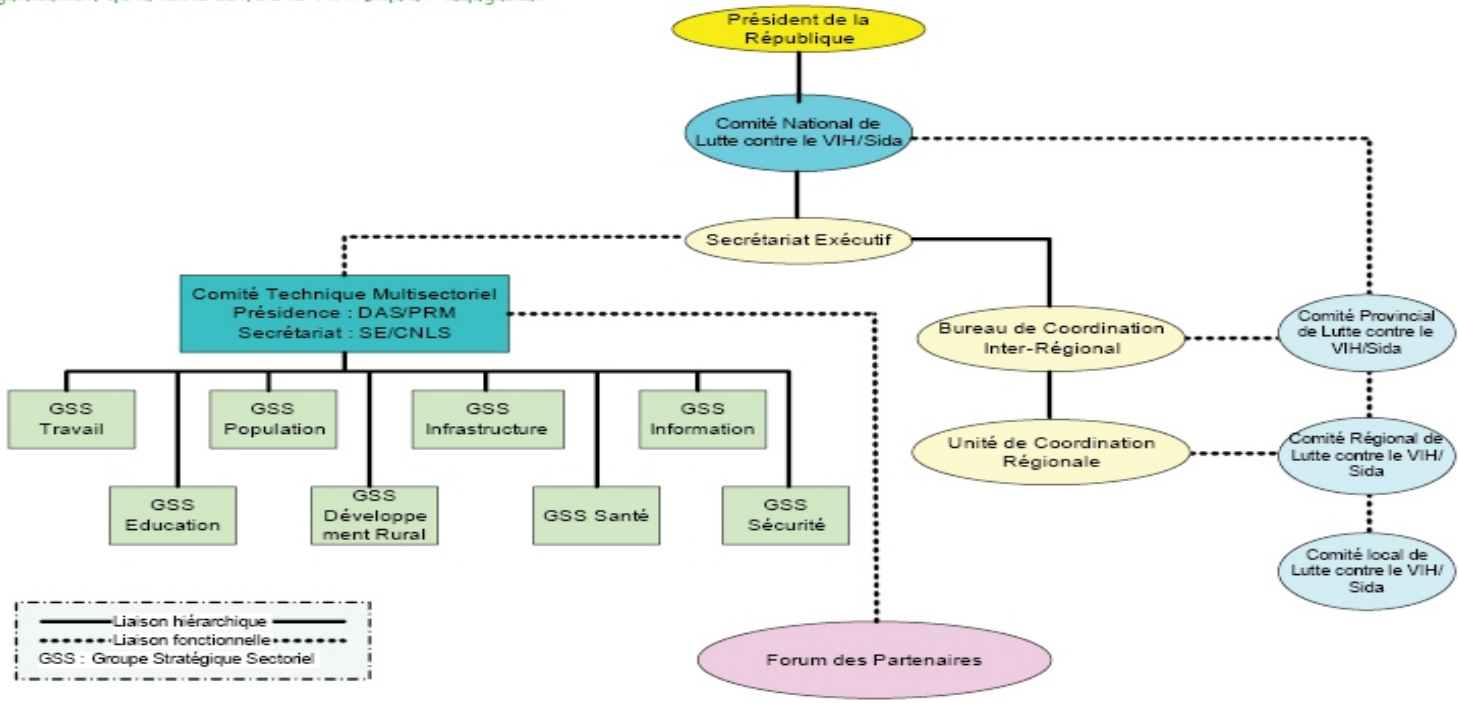
organisations donatrices, d'ONGs, d'universités, du secteur privé et de PVVIH. Il a pour mission de soumettre, suivre et évaluer les actions financées par le Fonds mondial.

Groupe thématique et comités techniques.

Le Groupe Thématique de l'ONUSIDA constitue une structure de coordination interne des partenaires au développement de Madagascar. Il doit être accompagné de la mise en place ou dynamisation de comités techniques et commissions sous sectorielles pour la coordination des activités des partenaires dans les différents secteurs.

Ces mécanismes appuient le CNLS et le SE/CNLS dans l'organisation de la lutte contre les IST et le VIH/Sida à Madagascar. Les liaisons fonctionnelles et hiérarchiques entre ces différentes structures peuvent être représentées comme suit :

Organisation de la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar



Répertoire des partenaires et base de données en ligne

Le SE/CNLS a élaboré un répertoire des activités de ses partenaires, conçu comme un instrument de partage d'information. Il a mis en place une base de données en ligne (site www.partenairecnls-Sida.mg) qui permet aux utilisateurs de publier une variété de rapports, y compris une liste complète des activités, des rapports ainsi que d'offrir des informations détaillées sur des projets des partenaires. Les informations sont gérées par les partenaires qui ont désigné des points focaux pour surveiller la saisie des données. Elle a pour objectif d'améliorer la coordination entre le SE/CNLS et ses partenaires et fournir au public une vue d'ensemble des programmes et des projets des partenaires du SE/CNLS à Madagascar. Cette base de données est conçue comme un outil de partage qui doit permettre de s'informer sur l'agenda des partenaires, sur les actualités concernant le VIH/Sida, sur les zones et les axes d'interventions des partenaires.

De façon générale, les termes de référence de chacune de ces structures doivent être revus, afin de clarifier les rôles et donc, la composition et les responsabilités des instances décisionnelles par rapport aux instances techniques, pour éviter les chevauchements et maximiser l'utilité des réunions. La définition d'un calendrier annuel de tenue des instances, pour des tâches définies en commun, sur une base semestrielle ou trimestrielle, devrait permettre de maximiser la participation des membres. Les visites de suivi conjointes sur le terrain, initiées par le SE/CNLS en 2006, doivent être généralisées, pour le niveau décisionnel et le niveau technique. Elles offrent une opportunité de renforcer une compréhension commune de la mise en œuvre du PSN à son niveau opérationnel de mise en œuvre et l'appui attendu au niveau central pour renforcer la réponse.

5.2 INTEGRATION DE LA REPONSE DANS LES SECTEURS PRIORITAIRES

Stratégies sectorielles

Le Groupes Stratégiques Sectoriels ont développés des plans stratégiques sectoriels qui clarifient le rôle catalyseur de huit secteurs-clés : Travail, Sécurité, Infrastructures (tourisme, transport, travaux publics), Information et Communication, Secteur Développement rural, Santé, Education et Jeunesse et Population.

Réalisations sectorielles

Les réalisations sectorielles concernent essentiellement le secteur de la santé (Ref. II. Mise en place et renforcement des services cliniques préventifs et thérapeutiques) et de l'Information et Communication (Ref. III. Plaidoyer et Communication pour le changement de comportement et le changement normatif). Le secteur Infrastructure est maintenant dans sa phase de démarrage avec l'élaboration d'un plan d'action et la formation de personnel (coordonnateurs de projets, formateurs et pairs éducateurs) pour des projets d'envergure nationale et de développement, tels le projet Pôle Intégré de Croissance (PIC) et les programmes miniers. Dans les autres secteurs, elle a été relativement limitée, en dépit de la mise à disposition des secteurs d'un budget alloué par le PMPS pour le financement de sous projets (4 sous projets Travail et ITT).

La réponse en milieu du travail a poursuivi l'objectif d'intégrer la lutte contre les IST et le VIH/Sida en milieu d'entreprise, principalement celles qui ont une couverture nationale et sont localisées dans les pôles intégrés de croissance (Antsirabe, Nosy Be, Taolagnaro, Antananarivo). Pour assurer la coordination des partenaires intervenant en milieu du travail, le SE/CNLS a mis en place un groupe thématique et fait paraître un bulletin

d'information. L'implication du milieu d'entreprise dans la lutte contre le VIH/Sida est fondée sur une approche de Partenariat entre le Public et le Privé (PPP), où chaque partie prenante apporte une contribution technique ou financière. Cependant, en raison de la non visibilité du VIH à Madagascar, les entreprises ne sont pas toujours sensibles au risque posé par l'infection, ce qui limite leur motivation sur le plan de l'investissement financier. Les principales réalisations en milieu d'entreprise incluent : (i) la signature de PPP avec ANGAP, GIHTNB (groupement interprofessionnel de l'hôtellerie et de tourisme de Nosy be), UNIMA et Air Madagascar, Qit Minérale Madagascar, Epsilon, BNI-CL, SMIM, OSTIE; (ii) l'élaboration de politique et plans d'action par : ORANGE, STAR, BNI-CL, Air Mad, TOTAL, Epsilon, Impérial Tobacco, Galana, OSTIE, QMM, SMIM, VITOGAZ ; (iii) des enquêtes CAP comme base de référence pour le suivi et évaluation des activités par ORANGE, STAR, BNI-CL, Air Mad, TOTAL ; (iv) la formation des Pairs Educateurs par ORANGE, STAR, BNI-CL, Air Mad, TOTAL ; (v) des campagnes de sensibilisations organisées par les Pairs Educateurs ; (vi) la promotion et distribution de préservatifs ; (vii) la signature d'une Déclaration Tripartite par les Coprésidents du Conseil National du Travail (CNT) et l'élaboration d'un plan standard ; (ix) la formation des membres du CNT ; (x) l'autoévaluation des compétences par Jovenna, Jirama, BFV/Société Générale, Madahazotsara, Colas, Madarai) pour identifier les carences de l'entreprise en matière de lutte contre le VIH/Sida, constituer une cellule de coordination et identifier les pairs éducateurs ; (x) la formation des membres de la cellule de coordination, des formateurs et des pairs éducateurs ; (xi) la mise en place de structures pérennes à travers les projets à fortes intensité de main d'œuvre (HIMO) à Antananarivo, Taolagnaro et dans 40 entreprises pour la région de Vatovandry, qui a abouti à la formation et sensibilisation de près de 4 000 travailleurs (l'initiative est en voie d'être étendue à la zone franche) ; (x) directives pratiques sur le VIH et monde du travail (version malagasy) ; (xi) manuel de formation élaboré à partir de ce recueil.

La collaboration avec le secteur sécurité s'est traduite par le développement d'un projet de lutte contre les IST et VIH/Sida pour une couverture nationale des Forces Armées. Les Forces Armées comprenant les Militaires et la Gendarmerie Nationale constituent l'ossature de l'effectif du sous-secteur public de la Sécurité, soit 49.27% de la population totale et dans une perspective de coût efficacité, une cible prioritaire pour le sous-secteur. Le projet a pour objectif général de maintenir la prévalence du VIH à moins de 1% dans une population vulnérable d'environ 25, 000 militaires, dont 5 à 7000 jeunes, pour la plupart sans instruction, engagés annuellement dans le service national pour deux ans. Il a pour objectifs spécifiques de : (i) institutionnaliser la lutte contre les IST et VIH/SIDA dans les Forces Armées ; (ii) augmenter le dépistage de la syphilis et du VIH ; (iii) augmenter la PEC des cas d'IST classiques ; (iv) assurer la référence du personnel des forces armées dépisté séropositif VIH vers les structures de PEC médicale et de soutien psychosocial ; (v) augmenter l'utilisation du préservatif lors des comportements à risque ; (vi) renforcer les capacités de gestion de programme des Forces Armées. Le projet a une couverture nationale. Les services cliniques seront dispensés dans les 98 Formations Sanitaires des Forces Armées (FSFA) Malagasy, présentes sur l'ensemble du territoire et qui dépendent de la Direction Centrale des Services de Santé Militaire. En effet, le personnel de l'armée à tous les niveaux dépend des FSFA pour les soins de santé. Le personnel de la gendarmerie dépend des FSFA pour les soins de santé pour le niveau provincial, régional et de district. Les brigades et postes avancés (269 unités regroupant 7750 gendarmes) sont référés aux FSFA pour les hospitalisations mais dépendent des CSBs publics des communes où ils sont localisés, dont le renforcement des capacités en prestations IST et VIH/SIDA relève du MinSan/PF. Dans le cadre du projet, ils seront tenus d'effectuer une visite médicale annuelle dans une FSFA périphérique pour la PEC des IST. Si, entre deux visites médicales annuelles, ils sont atteints d'une IST, ils iront au CSB public de la commune dont ils dépendent (kit IST de 100AR) ou bien à la FSFA la plus proche (kit gratuit). Les services promotionnels (IEC/CCC et promotion du fimaïlo) seront dispensés dans les camps et casernes qui dépendent de l'Etat Major des Forces Armées Malagasy et du Commandement de la Gendarmerie. Ils seront également dispensés dans les écoles militaires. Pour assurer la mise en œuvre en parallèle des composantes clinique et promotionnelle du projet, assurer la qualité de la formation et de la gestion au niveau décentralisé

et éviter les dysfonctionnements dans la gestion des intrants, le projet adoptera une approche de mise à échelle nationale des interventions « verticale », c'est-à-dire, de dotation « intégrée » des intrants par groupement de 3 provinces par année plutôt qu'une approche « horizontale » de dotation de chaque intrant à échelle nationale. Dans le cadre de ce programme de renforcement de la réponse aux IST et VIH/SIDA dans les forces armées malgaches, un certain nombre d'activités seront menées par PSI, sur son propre budget, auprès des communautés périphériques des camps/casernes/gendarmeries, afin d'intervenir sur l'environnement externe des militaires et gendarmes. Ces activités incluent des Séances Cinémobiles « Grand Public » auprès des communautés périphériques, des séances de sensibilisation des Travailleuses du Sexe (TDS) des communautés périphériques, le renforcement de la présence de Protector + dans le secteur privé et la mise à disposition des kits IST auprès des médecins privés pratiquant auprès des communautés périphériques. En complément de la stratégie de distribution et promotion du fimaïlo promotionnel au sein des Forces Armées, une stratégie de marketing social sera mise en œuvre par PSI dans les communes périphériques pour renforcer l'accessibilité des préservatifs à la population civile par le réseau commercial et dans les lieux de rencontre.

Le Gouvernement appuie le développement d'un programme ciblant les jeunes âgés de 10 à 24 ans dans les 22 régions de Madagascar. Il vise à mettre à leur disposition une information sanitaire de base pour la prévention des IST et VIH/Sida et des services de qualité. Ce programme est matérialisé par l'implantation des Centres de Santé assurant le traitement des IST et le dépistage du VIH et la mise en place de clubs de jeunes pour le développement d'activités éducationnelles et promotionnelles. Il inclut le renforcement des capacités des jeunes à mettre en pratique le concept de santé sexuelle et à appliquer les leçons apprises par des initiatives innovatrices au profit de la population « jeunes cible mal servis ». Le VIH/Sida a été intégré dans le curriculum des écoles primaires et secondaires et un manuel à été développé à l'usage des enseignants. Deux CD ROM sur la vie affective et sexuelle et la prévention des IST et du VIH/Sida ont été développés à l'intention des lycéens et des collégiens. Ils peuvent être utilisés par les enseignants, les éducateurs et les jeunes isolément ou dans le cadre du programme d'Education à la vie, à la responsabilité et à la prévention des IST et du VIH/Sida de l'Education Nationale. Des activités orientées vers l'acquisition des « life skills » sont mises en œuvre dans les écoles par des ONG et par les scouts, en milieu extrascolaire. L'intégration de la lutte contre les IST et VIH/Sida dans le secteur d'éducation doit être renforcée et améliorée en termes de qualité des interventions. La création d'un partenariat avec les Fédérations sportives (Cyclisme dans le « Tour de Mada cycliste », football, taekwondo, natation) offre une avenue pour renforcer les interventions en milieu extrascolaire.

L'intégration sectorielle de la lutte contre les IST et VIH/Sida représente pourtant un axe majeur de renforcement de la réponse nationale. Les Secteurs de la santé, de l'Education et de la Sécurité ont été identifiés comme secteurs publics prioritaires pour l'intégration de la programmation VIH/Sida, parce que secteurs-clé de réponse. Le Plan général de l'Etat (PGE) offre aux secteurs publics une occasion d'intégrer le VIH et d'affecter les budgets destinés aux interventions de lutte contre le VIH/Sida.

Un diagnostic précis des goulots d'étranglement s'impose pour renforcer l'intégration de la programmation VIH/Sida dans et par ces secteurs. Les problèmes déjà identifiés incluent : (i) la léthargie du Comité Technique multisectoriel ; (ii) la faible implication des responsables des institutions ; (iii) la faible capacité technique des Groupes Stratégiques Sectoriels à traduire les plans d'action en sous projets budgétisés ; (iv) l'absence d'un mécanisme de suivi des réalisations des sous projets pour porter à échelle ceux qui se sont soldés par des résultats tangibles. Il semble d'ores et déjà nécessaire de : (i) mener des études d'impact de l'infection sur les différents secteurs comme outil de plaidoyer ; (ii) renforcer la capacité des ministères dans la documentation et capitalisation de l'expérience et la gestion technique des composantes de la réponse nationale dont ils assurent

le leadership ; (iii) assurer une mobilisation accrue des opérateurs privés pour la mise en œuvre de ces stratégies sectorielles à travers le FAP. Le renforcement de la réponse locale représente une opportunité de favoriser l'intégration sectorielle de la lutte contre les IST et le VIH/Sida dans le secteur public au niveau décentralisé (Ref. IV. Mise en place et stimulation des la réponse locale) ; (iv) mener des audits institutionnels des secteurs publics pour définir leurs besoins pour tenir leur place en matière de prévention du VIH (personnel, plan, procédures, capacités de planification, suivi et évaluation, ...).

Les autres secteurs – publics et privés - devant intégrer la lutte contre le VIH/Sida doivent être définis sur la base de : (i) les cibles identifiées comme prioritaires par l'analyse des facteurs de risque et vulnérabilité sous-tendant la dynamique de transmission de l'infection, par exemple, les travailleurs mobiles ; (ii) les investissements prévus dans le cadre du Madagascar Action Plan ; (iii) les capacités de réponse en direction de ces cibles, notamment pour le secteur de l'information/communication (Ref. III. Plaidoyer et Communication pour le changement de comportement et le changement normatif et IV. Mise en place et stimulation de la réponse locale).

5.3 PARTENARIAT INTERNATIONAL

Collaboration régionale

Le SE/CNLS est membre du Groupe Thématique SIDA au niveau de la région Océan Indien et de la sous région de l'Afrique Australe, mis en place pour favoriser les échanges et la collaboration entre les pays des sous régions. Le troisième colloque international de la Commission de l'Océan Indien s'est tenu à Madagascar (2004). Deux nouveaux projets sous-régionaux ont été signés dans le cadre de la COI, l'un financé par le Gouvernement Français et l'autre, par la Banque Africaine de Développement (BAD) pour renforcer les dispositifs de prévention et prise en charge des PVVIH. La BAD appuie la COI dans la mise en place d'un observatoire régional du VIH/Sida et la formation du personnel de santé en prise en charge du VIH. Madagascar envisage également de renforcer la collaboration en matière de lutte contre le VIH/Sida avec les pays de la sous région à travers la Communauté pour le Développement de l'Afrique Australe (SADC).

Collaboration internationale

Le pays bénéficie également d'un appui technique international (University North Carolina, Measure Evaluation, Family Health International, CDC Atlanta, Université de Johns Hopkins de Baltimore, ...) pour la réalisation d'études, enquêtes ou formation au niveau national et favorise le renforcement des compétences et échange d'expérience en gestion, coordination et aspects techniques de la lutte contre le SIDA à travers des voyages d'études et sa participation aux conférences, ateliers et formations sous-régionales, régionales et mondiales. Le SE/CNLS est branché sur les réseaux de l'ONUSIDA au niveau mondial, lui permettant de faire des échanges d'expériences avec les autres pays du monde en terme de meilleures pratiques. Il a initié un processus de documentation des « Best Practices » dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar. L'objectif est de partager les initiatives et les orientations prises par le SE/CNLS et ses partenaires dans les trois domaines suivants : les « Trois principes d'unicité », la Réponse Locale et la Communication pour le Changement de Comportement. Il s'agit d'un exercice qui doit être poursuivi durant les prochaines années en assurant la couverture géographique d'autres régions dans le cadre de la capture des connaissances.

5.4 MOBILISATION DES FONDS

La contribution financière de l'Etat à la lutte contre le VIH/Sida est inscrite dans la loi des finances votée par les parlementaires l'année précédant celle en exercice. Cette contribution consiste en : (i) l'appui par le budget de l'état des ressources humaines, des coûts récurrents de fonctionnement et une partie de la rénovation des infrastructures sanitaires au niveau du secteur public ; (ii) la contrepartie nationale sur les projets financés par des sources extérieures (dons ou prêts) sous forme de paiement des taxes sur la valeur ajoutée, des droits et taxes d'importations.

Le Fonds Mondial s'est engagé pour un montant de 19 942 858 USD pour la lutte contre le VIH/Sida par le biais des projets des Rounds 2 et 3. Deux organisations non gouvernementales internationales ont été désignées comme Bénéficiaires Principaux des subventions pour le Round 2, le Catholic Relief Services (CRS Madagascar) et Populations Services International (PSI), pour des montants respectifs de 1 503 624USD et 5 024 116 USD. Ces deux projets ont appuyé le secteur privé dans le domaine de la CCC, la santé de la reproduction des adolescents, la prise en charge des IST et le dépistage du VIH. Ils sont actuellement en fin de leur phase 2. Dans le cadre du Round 3, le Fonds Mondial a accordé au Gouvernement de Madagascar un financement de 13 415 118 USD sur deux ans (Novembre 2004 à Octobre 2006). Le SE/CNLS a été désigné comme Bénéficiaire Principal de cette subvention, dont les activités sont centrées sur l'extension du réseau de centres de dépistage du VIH, la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH et l'appui socio-économique aux orphelins et enfants vulnérables. La phase 2 de ce projet vient d'être approuvée et se terminera au 31 octobre 2007.

Le financement de la Banque Mondiale à travers le Projet Multisectoriel pour la Prévention du VIH/Sida s'élève à 20 000 000 USD pour la période 2001-2006. Ce projet a contribué au financement du PSN pour endiguer la propagation des IST/VIH/Sida à travers quatre composantes : (i) le financement de l'élaboration de principaux stratégies et plans d'actions sectoriels ; (ii) un Fonds pour financer les activités de prévention des IST/VIH/Sida existantes et les nouvelles activités ; (iii) un système de suivi et d'évaluation ; (iv) la gestion de projet et le renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles. Une deuxième phase de ce projet, en continuation de la première, a été déjà signée pour un montant de 30 000 000 USD sur quatre ans (période de mise en ouvre 13 juillet 2005 au 30 juin 2009, date probable de clôture au 31 décembre 2009), et qui est à forte composante CCC, appui aux secteurs clés (santé, éducation, sécurité, jeunesse, transport) et appui à la coordination. Pour l'appui au secteur santé, le fonds alloué par la Banque contribuera aussi à l'achat de préservatifs masculins et de kits de traitement des IST classiques. Cette contribution de la Banque doit être considérée comme un financement de dernier recours en complément des autres appuis.

La Banque Africaine de Développement (BAD) finance un projet d'appui à la lutte contre les maladies transmissibles pour un montant de 6 000 000 d'unités de compte sur la période 2005-2010, notamment les IST, le VIH/Sida et la Tuberculose. En ce qui concerne les IST et le VIH/Sida, l'appui se focalise essentiellement sur le renforcement de la sécurité transfusionnelle par la mise en place d'un réseau de centres de transfusion sanguine performants, les précautions universelles (consommables), la formation initiale du personnel de santé (en PEC médicale des PVVIH), le renforcement du réseau de communicateurs, l'amélioration de l'accès aux services de CTV (3 fixes et 2 mobiles), le renforcement de capacités du PNT (formation du personnel, équipements de laboratoire) et la surveillance intégrée des maladies transmissibles.

Le Système des Nations Unies apporte son appui à la réponse multisectorielle à travers son plan quinquennal 2005-2009 pour un montant de 10 916 500 USD. L'UNICEF apporte son soutien à la prévention en milieu scolaire et au soutien aux orphelins et enfants vulnérables à travers l'appui aux ministères clés (Population, Santé, Education et Justice), avec un accent sur les droits des enfants. L'UNICEF apporte aussi son expertise technique et son appui financier au volet PTME dans les services de santé de la mère et de l'enfant, et à la logistique des produits de santé et médicaments du VIH/Sida. L'UNDP aide le SE/CNLS dans la mise en place d'un environnement propice à la lutte à travers un appui en planification stratégique, pour le processus d'élaboration de la loi sur le VIH et les droits des PVVIH, la mise en place des structures décentralisées du SE/CNLS au niveau des Régions, et le développement de la Réponse Locale. Il offre également un appui aux associations de PVVIH. L'UNDP focalise ainsi son soutien au renforcement institutionnel. L'OMS fournit une assistance au Ministère de la Santé et du Planning Familial dans le développement de politiques, guides, normes et protocoles. Elle apporte un soutien dans le domaine du dépistage du VIH et la prise en charge des PVVIH. L'ONUSIDA apporte un appui technique au SE/CNLS par des consultants nationaux ou internationaux dans la mise en place effective des principes du "Three Ones", notamment dans les domaines de la planification stratégique, la coordination et le suivi évaluation. L'UNFPA finance les activités de prévention chez les jeunes, les femmes et les militaires. Elle fournit aussi une assistance technique internationale. Le BIT fournit une assistance technique au Conseil National du Travail dans la mise en oeuvre de l'accord tripartite (état – employés – employeurs) pour la lutte contre le VIH/Sida, c'est à dire la mise en place de politique en matière de lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail et l'encadrement dans la mise en oeuvre des activités de prévention. Le PAM intègre la CCC sur le VIH dans son programme d'appui aux cantines scolaires.

Les financements bilatéraux appuient la réponse de la manière suivante: L'USAID contribue : (i) au programme de marketing social du préservatif masculin et des kits de traitement des IST, mis en oeuvre par PSI (ii) à travers une assistance technique à la recherche, la SSG, le contrôle des IST (iii) au programme de CCC ciblant les groupes vulnérables comme les travailleurs de sexe (iv) au plaidoyer en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. L'USAID appuie aussi financièrement un programme d'appui à la santé à travers le projet SantéNet dont les domaines d'intervention sont : santé communautaire incluant le VIH/Sida, projet de CCC chez les jeunes (scouts, sportifs, écoliers) en collaboration avec le SE/CNLS, renforcement institutionnel au niveau du secteur Santé. L'Union Européenne a appuyé l'élaboration du cadre légal et organisationnel de la sécurité transfusionnelle. Un volet CCC sur le VIH/Sida est intégré dans les projets de développement financés par l'UE. L'Agence Française de Développement fournit une assistance technique permanente au programme VIH/Sida au sein du MINSANPF, et appuie en même temps le SE/CNLS dans la mise en place de centres d'information et de centre de dépistage, et dans la surveillance épidémiologique. La Coopération Technique Allemande (GTZ) focalise essentiellement son appui sur l'intégration du VIH/Sida en milieu de travail, le renforcement des capacités des associations de PVVIH et le système de suivi évaluation national.

Les organisations non gouvernementales internationales contribuent dans les domaines d'interventions suivants: CCC, dépistage, marketing social des produits de santé, SRA, appui aux groupes vulnérables (travailleurs de sexe, orphelins, enfants des rues, HSH), contrôle des IST, CTV.

La contribution des partenaires à la réalisation du PSN 2001-2006 peut se résumer comme suit :

Tableau 19 : Contribution des partenaires à la réalisation du PSN 2001-2006.

Axe stratégique n°1 : Création environnement propice à une lutte multisectorielle efficace

Objectifs	Axes programmatiques actuels		Partenaires
OS1 : Instaurer un environnement institutionnel, juridique et éthique	Réalisés	En cours/envisagés	BM/PMPS,GF,BAD,UNICEF,UNFPA,UNDP,AFD,JICA
	Elaboration de documents politiques et stratégies (PTME, CTV, PU, ST, PEC médicale, communication, nutrition, plaidoyer, planification préservatifs)	Diffusion Elaboration de stratégies IST, mesure d'accompagnement de PEC des PVVIH, politique de PEC psychosociale, Famille et politique de remplacement Mise à jour de la politique nationale sur la nutrition Mise à jour du PSN Mise en œuvre de la politique et stratégie en matière de transfusion et élaboration de texte législatif	
	Mise en place et appui au fonctionnement des structures de coordination	Renforcement des capacités des structures de coordination	
	Elaboration de lois pour la protection des droits des PVVIH	Multiplication et diffusion Elaboration de décret d'application	
	Mise en place de la réponse locale (CLLS)	Mise à l'échelle de la réponse locale	BM/PMPS, UNDP
OS2 : Mettre en place un mécanisme de planification multisectorielle	Elaboration des stratégies sectorielles	Mise en œuvre des stratégies sectorielles	BM/PMPS,
	Elaboration et mise en œuvre de plans locaux multisectoriels de lutte contre le SIDA (PLLS)	Mise à l'échelle	BM/PMPS
	Mise en place de système de coordination et d'échanges d'information par la réalisation de fora national et régionaux, de forum de partenaire	Assurer la continuité du système	BM/PMPS,UNDP,GTZ
OS3 : Promouvoir l'implication des leaders	Mise en place de Plate forme des leaders religieux à l'échelle nationale	Sensibilisation des leaders pour la participation au programme de dépistage en particulier	USAID
Axe stratégique n°2 : Amélioration de l'accès aux informations et aux moyens de prévention			
Objectifs	Axes programmatiques actuels		Partenaires

	Réalisés	En cours/envisages	
OS 2.1. Promouvoir le comportement à moindre risque face au VIH/Sida	Développement d'outils de communication	Multiplication et diffusion des outils élaborés	BM/PMPS, UNICEF, USAID
	Plaidoyer et communication continue axés sur la personnalisation du risque, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et l'augmentation de la demande pour les services cliniques (IST, CTV, PTME) et les préservatifs Intensification de la communication de masse et de proximité à travers le partenariat avec les mass médias, la mise en œuvre de Unité mobile vidéo Intensification de la mobilisation sociale et communication interpersonnelle à travers la participation de la communauté (financement des OCB, pairs éducateurs)		BM/PMPS, GF, BAD, UNICEF, UNFPA, UNDP, USAID, GTZ, JICA, AFD, Coop. SUISSE.
OS2 : Améliorer l'accès de la population à l'information et aux méthodes de prévention	Distribution de radios manivelles et mise en place de groupes d'écoute	Mise à l'échelle de la distribution Renforcement de la société civile	BM/PMPS, GF
	Mise en place et opérationnalisation des Unités Mobiles de Vidéo (UMV)	Extension pour la couverture de toutes les régions	BM/PMPS, GF, USAID
	Mise en place de centre de documentation et de service d'informations sur les IST/VIH/Sida	Renforcement des capacités des centres d'information en équipement	BM/PMPS, AFD
	Intégration du thème IST/VIH/Sida dans le curriculum scolaire		UNICEF
OS3 : Réduire la prévalence/incidence des IST/VIH/Sida	Promotion et distribution de préservatifs	Mise en oeuvre du programme	BM/PMPS, GF, BAD, UNFPA, USAID.
	Mise en place de services de counseling et de dépistage (CTV, PTME, CDT)	Extension pour la couverture nationale	GF, OMS, UNICEF, BAD, AFD.
OS4 : Prévenir la transmission par voie sanguine	Renforcement des capacités des agents de santé en précaution universelle et sécurité des injections	Renforcement des capacités du personnel du réseau de transfusion sanguine et hospitalier sur la sécurité transfusionnelle et sur la maintenance des équipements	GF, UNDP, BAD

	Equiper des centres en matériels de précaution universelle et de gestion de déchet		BM/PMPS, GF, BAD, UNDP.
		Renforcement de la couverture géographique par la construction et équipement des structures du réseau propre à la transfusion sanguine avec contrôle d'assurance qualité des produits et gestion informatisé	BAD
	Promotion du don bénévole de sang à travers la sensibilisation		OMS, BAD
	Programme de screening de des poches de sang	Renforcement des capacités des CTS pour atteindre l'objectif de 100% de sang testé Approvisionnement continu des CTS en réactifs et consommables	BAD, OMS.
Axe stratégique n°3 : Assurance de la qualité des services			
Objectifs	Axes programmatiques actuels		Partenaires
OS 3.1.Assurer la prise en charge médicale des PVVIH	Réalisés	En cours/envisages	GF, UNDP, OMS.
	Mise en place de centres de prise en charge des PVVIH	Mise à l'échelle des structures de prise en charge au niveau des 22 régions. Opérationnalisation du système de référence/contre référence pour assurer un continuum de soins de qualité.	
	Mise en place de centres de dépistage et mise en oeuvre de programme de dépistage mobile pour identification des séropositifs.	Mise à l'échelle des centres de dépistage fixe et des stratégies de dépistage mobile. Intégration du dépistage de routine du VIH dans les services de soins de santé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.	GF, BAD, OMS, UNICEF, URSIDA/COI, AFD
	Elaboration des curricula de formation sur la prise en charge médicale, CTV, PTME et des protocoles thérapeutiques	Mise à jour	GF, OMS, UNICEF.
	Renforcement des capacités du personnel des structures de prise en charge et des biologistes	Suivi formatif.	GF, BAD, OMS
	Mise en place d'un plateau technique pour le suivi	Extension des structures à équiper.	GF, BAD

	immunologique des PVVIH (équipements CD4)		
		Mise en place d'un plateau technique de suivi biologique standard au niveau des 111 districts pour les réseaux de prise en charge des PVVIH.	GF, OMS, AFD
	Mise en place d'une structure logistique pour la gestion des ARV		GF, OMS, UNICEF
		Mise en place d'un système de pharmacovigilance	BM/PMPS
OS 3.2. Assurer la prise en charge psychosociale de PVVIH et autres personnes affectées par le VIH/Sida, y compris la nutrition.	Mise en place de structure de prise en charge des OEV	Renforcement de la capacité de prise en charge des structures d'appui aux OEV	GF, UNICEF
	Mise en place d'associations des PVVIH	Renforcement de l'appui aux associations des PVVIH.	UNDP, GTZ
	Elaboration de guide de prise en charge psychosociale des PVVIH	Multiplification et diffusion des guides.	UNDP
	Appui nutritionnel aux PVVIH.	Mise à disposition du lait artificiel pour nouveau-nés des mères séropositives. Elaboration de guide sur la nutrition.	GF
OS 3.3. Assurer la prise en charge des IST.	Renforcement de la capacité du personnel de santé sur la prise en charge des IST par l'approche syndromique	Extension de la formation à tous les prestataires de services et suivi formatif	BM/PMPS, USAID
	Approvisionnement en médicaments Genicure et Cura 7		BM/PMPS, USAID
	Révision du guide de formation sur la prise en charge des IST	Mise à jour des algorithmes de PEC de IST classiques.	BM/PMPS
O.S. 3.4. Réduire la transmission Mère enfant du VIH/Sida	Mise en place de centres PTME dans 48 districts sanitaires	Mise à l'échelle des centres au niveau de X districts.	GF, UNICEF
	Développement d'outils de gestion intégré (CPN/PTME/IST/PF etc.)	Diffusion des outils à tous les niveaux du système de santé.	GF, UNICEF
	Renforcement de capacités des services offrant des prestations de PTME à travers la dotation en	mise en place d'un système d'assurance qualité des services intégrés PTME dans	GF, UNICEF

	équipement et la formation du personnel de santé.	les formations sanitaires.	
	Renforcement de la capacité managériale des gestionnaires de programme au niveau régionaux et de districts.	Opérationnalisation de tous les centres PTME existants. Mise à l'échelle de l'intégration des services CPN/PTME/IST/PF/TB VCT/PU/PEC prophylactique ARV) Renforcement du suivi des performances (couverture maximale des clients IST/VIH).	GF, UNICEF
	Elaboration de curriculum de formation sur les activités et management PTME	Suivi formatif.	GF, UNICEF
	Approvisionnement en réactifs et consommables de dépistage.		GF, UNICEF, OMS
Axe stratégique n°4 : Renforcement de suivi évaluation de la lutte contre le SIDA			
Objectifs	Axes programmatiques actuels		Partenaires
O.S.4.1. Mettre en place les structures de suivi évaluation de la lutte contre le VIH/Sida	Réalisés	En cours/envisagés	BM/PMPS, GF, GTZ. BM/PMPS, UNDP, GTZ BM/PMPS, GF, BAD, OMS, UNICEF, UNFPA, UNDP, GTZ, AFD, USAID, CRESAN, UNDP, GTZ.
	Mise en place d'un système de suivi évaluation	Elaboration de plan opérationnel budgétisé de la mise en oeuvre du plan de suivi évaluation national.	
	Elaboration de la cartographie du risque		
	Mise en oeuvre des enquêtes de surveillance biologique, comportementale, séroprévalence et EDS, coinfection VIH/TB.	Réalisation à rythme périodique des enquêtes.	
	Documentation des meilleures pratiques	Continuité du programme de documentation des meilleures pratiques	
O.S.4.2. Capitaliser les données pour la prise de décision.	Mise en place de bases de données sur DEV-Info Mise en place d'une base de données en ligne sur les activités des partenaires.	Harmonisation du système d'information et de gestion pour toutes les composantes du programme.	BM/PMPS, GF, GTZ

Axe stratégique n°5 : Développement de la collaboration internationale contre le VIH/Sida.			
Objectifs	Axes programmatiques actuels		Partenaires
	Réalisés	En cours/envisagés	
O.S.5.1- Contribuer à la mise en œuvre des initiatives internationales: sous-régionale, régionale et mondiale contre le VIH/Sida	Participation à des formations, colloques, conférences, ateliers séminaires et voyages d'études au niveau international	Partage des informations sur les meilleures pratiques réalisées dans les rencontres internationales.	BM/PMPS, BAD, GF, UNICEF, OMS, UNFPA, UNDP, GTZ, AFD, JICA, USAID.

CONCLUSION

La mise en œuvre du PSN 2001-2006 a été caractérisée par trois phases. La première phase (2002-2003) a été axée sur la mise en place des mécanismes institutionnels, la définition des axes majeurs d'intervention, la création d'un partenariat et la mobilisation des leaders pour un engagement des parties prenantes dans la mise en œuvre de la réponse nationale. La seconde phase (2003-2004) a été marquée par : (i) le renforcement du cadre politique et institutionnel de la réponse nationale, avec l'engagement présidentiel, la poursuite des Trois Principes d'Unité et le renforcement du partenariat intersectoriel et de la collaboration internationale, qui s'est soldé, à partir de fin 2003, par une intensification sans précédent des activités, financées par un nombre croissants de partenaires ; (ii) la mise en place d'une « veille informationnelle » et d'un réseau de communication de proximité qui a permis de faire connaître l'existence du VIH/Sida dans l'ensemble des communes du pays et a été axée sur la promotion des comportements sexuels à moindre risque (Abstinence, Bonne fidélité, utilisation du Condom) ; (iii) la mise en place et renforcement de la disponibilité des services cliniques préventifs et thérapeutiques et des préservatifs ; (iv) l'implication des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans la programmation et la mise en œuvre des activités ; (v) une mobilisation des leaders locaux pour une organisation de la communauté et sa participation active dans les activités promotionnelles. La troisième phase (2005-2006) s'est traduite par une intensification des activités menées lors de la deuxième phase : (i) la stimulation du partenariat pour une réponse multisectorielle au VIH/Sida, l'adoption d'une approche programme versus projet dans la gestion de la réponse nationale et un meilleur alignement des efforts des bailleurs de fonds sur les systèmes nationaux ; (ii) le renforcement du paquet d'activités promotionnelles et cliniques accompagné de mesures propres à faciliter l'accessibilité géographique et financière des cibles aux services et le maintien de leurs droits ; (iii) la consolidation de la réponse locale qui a été mise en œuvre dans 52% des communes du pays et constitue un axe programmatique transversal, parce qu'orienté vers la décentralisation dans la gestion et mise en œuvre des interventions ; (iv) la documentation et capitalisation de l'expérience pour en maximiser l'efficacité et l'impact. Le Programme national de lutte contre le VIH/Sida commence à être reconnu au niveau international pour son dynamisme et les investissements qu'il a consentis en termes de réflexion stratégique.

Les principales faiblesses rencontrées dans la mise en œuvre du PSN 2001-2006 sont : (i) une définition et couverture insuffisante des groupes les plus susceptibles de contracter et diffuser l'infection dans la population générale ; (ii) un « pilotage à vue » dans la définition des zones géographiques prioritaires pour les interventions en direction de la population générale ; (iii) une intégration sectorielle réduite de la programmation VIH/Sida ; (iii) une coordination intra-sectorielle insuffisante dans le secteur crucial de la santé ; (iv) un démarrage tardif dans la dynamisation de la lutte contre les IST classiques ; (v) une couverture des activités de dépistage du VIH et de prise en charge médicale et psycho-sociale des PVVIH insuffisante par rapport aux objectifs nationaux ; (vi) une communication qui s'est concentrée sur la promotion de l'ABC, aux dépens de la demande pour les services cliniques ; (vii) un morcellement dans la documentation relative au programme. Ces faiblesses sont liées à la jeunesse du programme, qui n'a véritablement pris forme qu'à partir de fin 2003, s'est greffé à de multiples autres priorités de santé publique et de développement et dont la mise en œuvre a été sous-tendue par l'approche du « learning by doing ». Cette approche a permis de construire les fondations d'un programme structuré et éprouvé par les réalités du terrain en un temps record. Elle a également permis d'isoler les trois « piliers » du PSN 2007-2012 : (i) la compréhension de la dynamique de l'infection ; (ii) le renforcement et la décentralisation de la gestion de programme (personnel qualifié, outils et mécanismes) ; (iii) l'intensification des activités promotionnelles et cliniques dans les communes vulnérables, notamment à travers des « Initiatives aux Résultats Rapides » et la motivation des acteurs qui réalisent des objectifs annuels de couverture réalistes.

Par rapport au PSN 2001-2006, le Plan d'Action 2007-2012 doit inclure : (i) l'intensification de la PEC des IST classiques dans une double optique de lutte contre la syphilis et réduction du risque posé par les IST dans la propagation du VIH/Sida ; (ii) le passage d'une stratégie « opt in » à une stratégie « opt out » et la généralisation du dépistage de routine du VIH dans une triple optique de prévention primaire, amélioration du bien être et de la qualité des PVVIH et prévention positive ; (iii) la structuration d'un système de référence/contre référence opérationnel pour et entre les services de PEC clinique et les structures de soutien des PVVIH (continuum de soins à la fois clinique et psychosocial) ; (iv) le passage de la prise de conscience de la réalité du VIH/Sida à la personnalisation du risque individuel et collectif à l'infection à VIH et la perception des avantages des comportements promus ; (v) le passage de la promotion des comportements responsables à la création de la demande pour les services cliniques préventifs et thérapeutiques (passage de l'ABC à l'ABCD) ;

Sur la base des leçons tirées de la mise en œuvre du PSN 2001-2006, le Plan d'Action 2007-2012 doit assurer la mise en œuvre de ces stratégies à travers :: (i) le renforcement de l'intégration du VIH/Sida dans les plans de développement nationaux et sectoriels, avec un accent particulier sur le secteur de la santé, de l'éducation et de la sécurité ; (ii) le renforcement des capacités en gestion de programme, i.e en planification, budgétisation, gestion des intrants et suivi et évaluation des performances par rapport à des objectifs annuels de couverture ; (iii) le renforcement de la coordination intra-sectorielle et du partenariat avec la société civile, y compris le secteur privé, avec un accent particulier sur le secteur de la santé, le secteur de la communication et le milieu du travail, notamment dans les secteurs économiques vulnérables ; (iv) la décentralisation de la gestion de programme pour une réponse multi-sectorielle coordonnée à son niveau opérationnel de mise en œuvre – la région et ses districts ; (v) l'intégration des prestations cliniques IST et VIH/Sida dans les services de routine aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (stratégie fixe et avancée) dans une double perspective de renforcement de l'efficacité du programme de lutte contre les IST et VIH/SIDA et du renforcement du système de santé ; (vi) l'intensification d'une « veille informationnelle » et d'une communication de proximité caractérisés par une approche participative/interactive sur des thèmes plus diversifiés ; (vii) la mobilisation et organisation communautaire pour une réponse par l'individu là où il

vit et il travaille ; (viii) l'évaluation des besoins et la mobilisation des ressources techniques et financières pour assurer une couverture effective des groupes et communes vulnérables prioritaires. La priorisation des groupes et communes (les plus) vulnérables pour l'intensification des activités de prévention et prise en charge des IST et VIH/Sida représentera un aspect novateur par rapport au PSN 2001-2006.

TROISIEME PARTIE

ORIENTATIONS STRATEGIQUES, CADRE LOGIQUE, CADRE DE SUIVI - EVALUATION ET BUDGETISATION

1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PLAN D'ACTION (2007-2012)

1.1 VISION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

La vision de Madagascar en matière de lutte contre le VIH/Sida est la suivante :

« D'ici 2012, Madagascar sera un pays où tous les Malagasy et en particulier les jeunes sont conscients des risques personnels, s'impliquent activement avec l'engagement des leaders dans la lutte contre les IST et VIH/Sida. Chaque individu accèdera facilement aux méthodes de prévention appropriées et les utilisera de façon responsable. Individu, famille et communauté apporteront soins et soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH. »

Sur la base de ses expériences durant la période 2001-2006, Madagascar a compris que la réponse au défi posé par l'épidémie du VIH/Sida est simple. Le succès dans l'atteinte des objectifs visés et l'obtention de résultats tangibles dépendra en grande partie de l'innovation et la créativité à la base, par l'implication active des communautés, catalysée par un leadership facilitant à tous les niveaux. Il s'agit en effet d'assurer la fourniture de services adéquats tout en stimulant « une réponse par les gens là où ils vivent et travaillent » (réponse locale). Correctement informé sur l'infection au VIH et sur les facteurs individuels et collectifs de risque et de vulnérabilité, chaque élément de la société s'appropriera le problème lié au VIH/Sida, formulera des solutions adaptées au contexte local pour faire face à ce problème et se mobilisera pour mettre en œuvre ces solutions. Les actions à mener seront ainsi définies non seulement sur la base des meilleures pratiques internationales mais en conformité avec les priorités définies localement.

1.2 BUT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION 2007-2012

En ligne avec le MAP 2007-2012, le Plan d'Action 2007-2012 se fixe pour but de matérialiser cette vision par :

- ⌘ la réduction de l'incidence du VIH, qui sera mesurée par la réduction de la prévalence des IST dans les groupes (les plus) vulnérables ;
- ⌘ la maintenance de la prévalence du VIH à moins de 2% dans les groupes les plus vulnérables et à moins de 1% dans la population générale et sa réduction éventuelle ; et
- ⌘ l'amélioration de la qualité de vie et bien être des PVVIH

Indicateurs	2005	2012
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	0.95 %	Moins de 1% ou < 0.8 %
Taux de prévalence de la syphilis chez les femmes de 15 à 49 ans	4.2%	2.1%

Taux d'utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel à risqué chez les jeunes âgés de 15-24 ans (de sexe masculin et féminin)	M : 12,2% F : 5,4%	M:45% F: 20%
Pourcentage des adultes et enfants recevant le traitement ARV qui sont encore en vie après 12 mois du début de traitement	NA	90 %

1.3 OBJECTIFS GENERAUX DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Le Plan d'Action 2007-2012 retient comme objectifs généraux :

- ⌘ l'adoption de comportements susceptibles de réduire la transmission des IST et du VIH par les groupes (les plus) vulnérables,
- ⌘ l'utilisation accrue des services cliniques préventifs et thérapeutiques par les groupes (les plus) vulnérables ;
- ⌘ le maintien des droits des PVVIH dans la société, particulièrement en matière d'accès aux soins et de participation à la vie sociale et économique ;
- ⌘ la constitution d'une « *immunité* » de la société malgache face au VIH, démontrée par les actions prises par les éléments-clés du corps social pour la développer .

La poursuite de ces objectifs s'inscrit dans la continuité des engagements auxquels Madagascar a souscrit sur le plan international. Ils sont conformes aux recommandations de l'Assemblée Générale des Nations Unies pour le SIDA et contribuent à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Ils reflètent les priorités définies au niveau régional dans le cadre de la Déclaration de Brazzaville sur l'Accès universel à la prévention, aux soins et aux traitements, de la résolution RC55/AFR5 du Comité Régional pour l'Afrique sur l'accélération de la prévention du VIH/Sida et de l'initiative conjointe des Agences des Nations Unies pour l'accélération de la Prévention du VIH/Sida.

Les « Quatre Zéro » ont été choisis comme label pour « positionner » les objectifs du Plan d'Action 2007-2012, de façon à intensifier la mise en œuvre des activités sur le terrain, avec un objectif fondamental « SAUVER DES VIES ».

Une direction claire

Chaque malagasy doit :

- ☛ être correctement informé : **LE SIDA EST UN PROBLEME**
- ☛ être capable d'évaluer les facteurs qui exposent individuellement et collectivement au risque d'infection : **LE SIDA EST MON PROBLEME**
- ☛ agir de façon à réduire le risque : **CHANGEMENT DE COMPORTEMENT**

LES QUATRE ZERO, une ambition légitime

- **Zéro cas de nouvelle infection**
- **Zéro PVVIH évoluant vers le SIDA-maladie ou décédée à cause du SIDA**
- **Zéro cas de nouveau-né d'une mère séropositive infecté par le VIH**
- **Zéro cas ni de discrimination ni de stigmatisation à l'endroit des PVVIH**

1.4 EVOLUTION ANNUELLE DES OBJECTIFS GENERAUX DU PLAN D'ACTION 2007-2012

La progression annuelle vers l'atteinte des objectifs généraux sus-mentionnés est :

Fin 2007	Fin 2008	Fin 2009
-----------------	-----------------	-----------------

<ul style="list-style-type: none"> ⌘ 50% des communes auront démarré la mise en œuvre de leur plan d'action pour développer la compétence face au SIDA ; ⌘ Au moins 25% des jeunes auront débuté la mise en œuvre de leur plan « zéro IST », en priorité ceux appartenant aux groupes vulnérables et vivant dans des zones à risque accru de diffusion de l'infection ; ⌘ Les attitudes du public face aux PVVIH auront évolué positivement ; ⌘ 400 PVVIH seront traités correctement et bénéficieront de soins et de soutien appropriés. 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ 75% des communes auront initié la mise en œuvre de leur plan d'action pour développer la compétence face au SIDA ; ⌘ 50% des jeunes auront débuté la mise en œuvre de leur plan « zéro IST », en priorité ceux appartenant aux groupes vulnérables et vivant dans des zones à risque accru de diffusion de l'infection ; ⌘ La disponibilité du préservatif et des médicaments IST sera assurée de manière constante sur 50% du territoire national , en priorité dans les zones à risque accru de diffusion de l'infection; ⌘ La surveillance des IST montrera une réduction significative de la prévalence des IST, due au renforcement de la prise en charge et une baisse de l'incidence, due à la combinaison de la réduction du nombre de rapports sexuels occasionnels, de l'accroissement de l'âge du premier rapport sexuel chez les jeunes des deux sexes, et de l'augmentation de l'utilisation du préservatif au cours de relations sexuelles occasionnelles. Chacun de ces changements sera déterminé au niveau de chaque sous-préfecture (district), et si possible de chaque commune ; ⌘ Le nombre de PVVIH traitée correctement et bénéficiant de soins et soutien appropriés augmentera de 400 à 650 dont 15% de cas pédiatriques. Les PVVIH enregistreront une réduction significative de la discrimination à leur 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ 75% des jeunes auront débuté la mise en œuvre de leur plan « zéro IST », en priorité ceux appartenant aux groupes vulnérables et vivant dans des zones à risque accru de diffusion de l'infection ; ⌘ Dans tout le pays, la réduction des taux IST se confirmera, ainsi que l'évolution positive du comportement sexuel. Cette tendance sera particulièrement manifeste parmi les groupes vulnérables et les jeunes dans leur ensemble ; ⌘ L'augmentation de la compétence des entités du corps social mentionnées plus haut sera nette pour au moins les trois quart d'entre elles ; ⌘ Le nombre de PVVIH soignée correctement par les ARV augmentera de 650 à 1000 dont 15% de cas pédiatriques. Les PVVIH enregistreront une réduction significative de la discrimination à leur égard.
---	---	---

	égard.	
<p style="text-align: center;">Fin 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Dans tout le pays, le déclin des IST se confirmera, ainsi que l'évolution positive du comportement sexuel. Ce déclin sera particulièrement manifeste parmi les jeunes ; ⌘ Début de l'inversion de la courbe de progression de l'infection à VIH ; ⌘ Le nombre de PVVIH traitée correctement et bénéficiant de soins et soutien appropriés augmentera de 1000 à 1500 dont 15% de cas pédiatriques. Les PVVIH enregistreront une réduction significative de la discrimination à leur égard. 	<p style="text-align: center;">Fin 2011 à fin 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Toutes les entités du corps social ont développé leur compétence face au VIH ; ⌘ Le nombre de PVVIH traitée correctement et bénéficiant de soins et soutien appropriés augmentera de 1500 à 2500 dont 15% de cas pédiatriques. Les PVVIH décriront une réduction significative de la discrimination à leur égard ; ⌘ Confirmation de la tendance à la baisse de l'incidence de l'infection à VIH. 	

Les principaux indicateurs pour la mesure de ces progressions annuelles sont présentés dans le tableau suivant : **indicateurs-clé à isoler par Adja/Patricia/Yves**

Indicateurs	Données de référence	Cibles						Ref.	Mode de collecte données
		2007	2008	2009	2010	2011	2012		
Impacts									
Taux de prévalence du VIH/SIDA									
- femmes enceintes	0,95% (2003)			<0,8%			<0,8%	SE/CNLS	Enquête de séroprévalence Surveillance biologique Surveillance biologique
- travailleurs du sexe	1,36% (2005)		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	UNGASS	
- patients IST	0,69% (2005)		<0,5%	<0,5%	<0,5%	<0,5%	<0,5%	SE/CNLS	
- jeunes 15-24 ans	1,16% (2003)			<1%			<1%		Enquête de séroprévalence
Taux de prévalence de la syphilis									
- femmes de 15-49 ans	4,2% (2005)			<3,5%			< 2,1%	SE/CNLS	EDS Surveillance biologique
- travailleurs du sexe	16,6% (2005)	15%	13,60%	12,20%	10,80%	9,40%	Inf à 8,3%	SE/CNLS	
% de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus (<u>total</u> estimé)	24,25%						21%	UNGASS	Calcul à partir d'une estimation
% de personnes toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci	90%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	UNGASS	Calcul à partir de couverture de services
% de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent un traitement ARV									

- adultes	2%	8%	13%	20%	30%	40%	50%	UA	Calcul à partir de couverture de services
- enfants	1%	3%	5%	7%	10%	12%	15%	UNGASS	Calcul à partir de couverture de services

Effets									
Pourcentage des TDS disant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client	76% (ESC 2004)			85%			95%	UNGASS	ESC
Pourcentage des jeunes de 15-24 ans qui ont déclaré avoir utilisé de préservatifs lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois	H: 12,2% F: 5,4% (EDS 03-04)			H 25% F 10%			H 45% F 20%	UNGASS	EDS
% de jeunes 15-24 possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH	F : 19,4% H : 15,7% (EDS 03-04)	NA	NA	F : > 30% H : > 25%	NA	NA	F : > 30% H : > 25%	UNGASS	EDS
% de jeunes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	H: 22,3% F: 31% EDS 03-04			H 20% F 29%			H 18% F 27%	UNGASS, UA	EDS
% des jeunes qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH	8% ESC 2004			20%			40%		ESC

Produits									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de préservatifs distribués (en million)	15	16	17,5	19	20,5	23	24		Calcul à partir de couverture de services
Infections Sexuellement Transmissibles									
% des patients atteints d'IST reçus dans les centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillé de manière opportune			30%		50%		80%	UNGASS	Enquête qualité de services
Prévention jeunes									
% des écoles dont les professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire				50%			80%	UNGASS	Enquête spécifique
Dépistage									
Nb de personnes ayant bénéficié du dépistage du VIH et qui ont connaissance du résultat	150 000	400 000	440 000	500 000	580 000	670 000	750 000	SE/CNLS	Rapport mensuel centres offrant SDV
- dont Travailleuses du Sexe	882	1 000	1 200	1 440	1 728	2 074	2 488	SE/CNLS	Rapport mensuel centres offrant SDV V
- dont jeunes de 15-24 ans	23 036	72 000	79 200	87 120	95 832	105 415	115 957	SE/CNLS	Rapport mensuel centres offrant SDV
% de Communes disposant de Services de dépistage volontaire (SDV) fonctionnels	32%	32%	41%	50%	59%	68%	77%	SE/CNLS	Rapport mensuel centres offrant SDV
Prise en charge médicale des PVVIH									
Nombre de PVVIH bénéficiant d'une prise en charge des infections opportunistes									

Nombre de PVVIH pédiatriques bénéficiant d'une prise en charge des infections opportunistes									
Nombre de PVVIH mises sous ARV									
Nombre de PVVIH pédiatriques mises sous ARV									

1.5 POPULATION CIBLE DE LA MISE NE ŒUVRE DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Les cibles prioritaires du Plan d'Action 2007-2012 sont définies à partir des résultats des enquêtes biologiques et comportementales, l'identification des facteurs de risque et l'analyse de la vulnérabilité du pays à la diffusion de l'infection :

- ⌘ les groupes de population les plus vulnérables soit : (i) les travailleuses du sexe (15000 personnes) ; (ii) les populations mobiles (chiffre non disponible sauf pour les Forces Armées estimées à 25 000 personnes) ; (iii) les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (1000 personnes) ; (iv) les détenus (15000 personnes); (v) les Utilisateurs de drogues injectables (200 personnes); (vi) les PVVIH qui ignorent leur statut sérologique (44 000 personnes); (vii) les porteurs IST (350 000 personnes/an).
- ⌘ les groupes de population vulnérables soit : (i) les partenaire sexuel régulier des groupes noyaux et passerelles : (ii) la population générale vivant dans une zone de concentration de groupes noyaux et passerelles et en particulier, les femmes, les jeunes, les consommateurs d'alcool et les populations démunies ou marginalisées (OEV, sans abris, ...). Leur nombre sera estimé sur la base des données démographique des communes vulnérables.

Pour atteindre ces cibles, le Plan d'Action 2007-2012 privilégiera la couverture des communes les plus susceptibles de concentrer un plus grand nombre de groupes noyaux et passerelles. Au moyen de l'exercice de cartographie du risque, le SE/CNLS a identifié 119 communes comme absolument prioritaires pour le renforcement des activités cliniques et promotionnelles (ref. Annexe 1). Ces communes sont retenues comme cibles pour l'année 2007. L'outil de cartographie du risque sera ensuite utilisé au niveau des régions pour identifier les communes vulnérables à couvrir annuellement entre 2008 et 2012.

Certaines prestations devront être disponibles dans les 1549 communes de Madagascar. Une fois la couverture des communes vulnérables assurée, le renforcement du dépistage de la syphilis, PEC des IST et dépistage du VIH sera étendu aux autres communes, en adoptant une approche par « cluster de districts », pour assurer une dotation intégrée des intrants et éviter les dysfonctionnement à ce niveau. Les services de suivi médical et de PEC des PVVIH (ARV) seront mis en place au niveau des 22 régions.

A ce stade, les objectifs de couverture des activités promotionnelles n'ont pas encore été définis. Ils nécessitent le calcul des cibles qui peuvent être couvertes par les media modernes (TV, radio), les media de proximité (radio manivelles, UMV, ...) et la communication interpersonnelle. L'approche de couverture des activités promotionnelles est la même que celles des activités cliniques. Cet exercice sera mené dans le cadre de la mise en place des systèmes de suivi-évaluation des composantes communication et réponse locale du Plan d'Action 2007-2012.

1.6 CHAMPS D'INTERVENTION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Le Plan d'Action 2007-2012 s'articule autour de priorités définies à partir des facteurs de risque et de vulnérabilité des individus et communautés à la diffusion de l'infection, en fonction de l'état d'avancement du programme et sur la base des meilleures pratiques internationales et nationales :

- ⌘ le renforcement de l'accessibilité aux préservatifs et promotion des comportements responsables : Abstinence, Bonne Fidélité et utilisation du Condom (préservatif) dans les rapports sexuels à risque ;
- ⌘ le renforcement de la disponibilité et de l'utilisation des services cliniques préventifs
- ⌘ le renforcement de la disponibilité et utilisation des services de PEC cliniques et psychosociales des PVVIH
- ⌘ la création d'un environnement normatif et socioculturel favorisant l'éducation sexuelle des jeunes, le report dans le début de la vie sexuelle, l'utilisation des préservatifs dans les comportements sexuels à risque et le renforcement du pouvoir d'action des femmes pour la prévention du VIH/Sida.

A partir de l'analyse des acquis et contraintes rencontrées dans la réalisation des objectifs du PSN 2001-2006, le Plan d'Action 2007-2012 préconise d'opérationnaliser ces orientations stratégiques par :

- ⌘ le renforcement de l'intégration du VIH/Sida dans les plans de développement nationaux et sectoriels ;
- ⌘ la décentralisation de la réponse au niveau intermédiaire et périphérique ;
- ⌘ le renforcement de l'implication de la société civile, y compris le secteur privé, dans la mise en œuvre des interventions ;
- ⌘ le renforcement de la coordination intra et intersectorielle des interventions à tous les niveaux administratifs ;
- ⌘ le renforcement des capacités managériales des structures de coordination à tous les niveaux administratifs ;
- ⌘ l'intégration des prestations cliniques IST et VIH/Sida dans le paquet d'activités du système de santé, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- ⌘ la mise en œuvre de ce paquet d'activités cliniques en priorité dans les communes vulnérables et en direction des groupes les plus vulnérables ;

- ⌘ la prise en compte du contexte local dans l'intensification des stratégies de veille informationnelle et communication de proximité en direction des groupes les plus vulnérables et dans les communes vulnérables ;
- ⌘ la mobilisation et organisation communautaire pour une réponse par l'individu là où il vit et il travaille : les communes vulnérables et le milieu du travail ;
- ⌘ la mise en place d'un système unifié de surveillance de la dynamique spatiale et temporelle de l'infection et suivi et évaluation de la réponse ;
- ⌘ la mobilisation des fonds pour assurer une couverture effective des activités en direction des groupes les plus vulnérables et dans les communes vulnérables.

1.7 PRINCIPES ET VALEURS DIRECTRICES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Pour obtenir des résultats probants, le Plan d'Action 2007-2012 fait siennes les valeurs directrices énoncées dans le « Madagascar Action Plan 2007-2012 » :

- ⌘ **Professionnalisme** : Nous devons nous efforcer d'atteindre les meilleures normes professionnelles.
- ⌘ **Leadership partagé** : Le leadership doit être démontré à tous les niveaux de la société et dans tous les secteurs. Les dirigeants doivent faire preuve d'initiative, et focaliser et mobiliser les personnes et les ressources pour faire de la vision de la lutte contre le VIH/Sida une réalité.
- ⌘ **Renforcement des capacités** : Nous devons être capable de pérenniser nos qualités de dirigeants et travailler constamment à renforcer nos compétences et nos capacités institutionnelles pour réussir.
- ⌘ **Participation et coopération** : Nous devons renforcer l'esprit de participation et de coopération avec tous les acteurs dans toutes les régions et les communes, avec la société civile et les partenaires techniques et financiers.
- ⌘ **Utilisation des ressources** : Nous devons minimiser les pertes et maximiser les gains pour assurer une utilisation intelligente et productive des ressources de la nation.
- ⌘ **Compétitivité** : Pour réussir face au VIH/Sida, nous devons être extrêmement compétitifs à tous les niveaux (fokontany, commune, région, national, international).
- ⌘ **Détermination de réussir** : Nous devons persévérer, tenir nos engagements et obtenir des résultats.

La mise en œuvre des activités du Plan d'Action 2007-2012 est sous-tendue par les principes suivants :

- ⌘ **Leadership national** : Les politiques et stratégies de lutte contre les IST et VIH/Sida sont définies par le Gouvernement, et plus particulièrement les institutions nationales qui assurent la gestion technique de la composante de la réponse nationale considérée. Ces instruments sont développés sur la base des meilleures pratiques internationales réalisables dans le contexte local et des acquis et leçons tirées de l'expérience du pays en matière de lutte contre les IST et le VIH/Sida. Les partenaires internationaux et nationaux sont invités à collaborer au développement et à la mise à jour de ces instruments, notamment, en proposant des mesures novatrices ou correctives concrètes, dont la validité et l'application dans le contexte local est démontrée.

- ⌘ **Appropriation nationale de la réponse** : Le Gouvernement encourage les partenaires internationaux et nationaux à mettre en œuvre des initiatives novatrices, dans le cadre de projets de démonstration soumis à évaluation. Il encourage également la participation des partenaires dans la consolidation des acquis, notamment par la documentation et capitalisation de l'expérience et le développement de mécanismes et outils de gestion propres à structurer la réponse dans une perspective de pérennisation des interventions. L'appropriation nationale de ces produits doit se traduire par la mise à échelle par la contrepartie nationale des initiatives novatrices qui ont démontré leur coût-efficacité et leur participation active dans le développement et l'opérationnalisation des systèmes de gestion.
- ⌘ **Renforcement des capacités nationales et pérennisation des interventions** : Le renforcement des capacités nationales est une condition sine qua non de la pérennisation, qualité et couverture des interventions. Il requiert d'inscrire la formation technique et managériale dans le curriculum de formation initiale et de consolider la formation continue par une supervision formative. Le transfert des compétences techniques et managériales des partenaires internationaux vers la contrepartie nationale est encouragé à travers l'accompagnement pour la mise en place de structures nationales qui seront, à court ou moyen terme, en mesure de traduire les avantages comparatifs des partenaires internationaux dans leurs activités. Les partenaires internationaux sont invités à appuyer le Gouvernement Malagasy dans la structuration de la réponse nationale en un programme intersectoriel intégré.
- ⌘ **Poursuite des trois Principes d'Unicité et alignement des efforts des partenaires** : La poursuite des trois Principes d'Unicité (Cadre d'action unique, structure de coordination unique, système de suivi-évaluation unique) est au cœur de la mise en œuvre concertée d'interventions harmonisées et complémentaires par les partenaires nationaux et internationaux. Elle requiert l'alignement et harmonisation des efforts des partenaires. Elle doit se faire à tous les niveaux administratifs, où les structures de coordination doivent pouvoir assurer la traduction d'une vision commune de la lutte contre les IST et le VIH/Sida en des cadres d'action consensuels. Ceux-ci doivent être développés sous le leadership du Gouvernement, qui est ultimement responsable de leur résultats et impact. Le suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions doivent refléter les orientations définies dans le Plan d'Action 2007-2012 et traduites dans les cadres d'action au niveau décentralisé.
- ⌘ **Obligation pour le Gouvernement Malagasy et ses partenaires de procéder à l'exercice d'un contrôle et de rendre des comptes** : Le Gouvernement Malagasy et ses partenaires sont dans l'obligation de procéder à l'exercice d'un contrôle et de rendre des comptes. Cet exercice doit assurer que les interventions contribuent effectivement au contrôle de l'infection à VIH par un impact démontré sur leurs bénéficiaires et ont été mises en œuvre avec efficience. Le respect des principes directeurs de la lutte contre le VIH/Sida doit contribuer à cette efficience.
- ⌘ **Responsabilité collective** : De 1988 à 2000, la lutte contre les IST et le VIH/Sida a été caractérisée par une médicalisation de réponse, considérée comme du seul ressort du personnel médical. Le PSN 2001-2006 a posé les bases d'une réponse multisectorielle à l'infection, qui doit engager l'ensemble de la société malagasy dans la lutte contre l'infection. Le Plan d'Action 2007-2012 veut renforcer cet acquis en soulignant que la lutte contre les IST et VIH/Sida est l'affaire de tous et non seulement celle du SE/CNLS ou du MINSAN/PF uniquement. Il veut la « banaliser » soit montrer qu'elle est à la portée technique et managériale de tous les secteurs, communautés et individus.
- ⌘ **Respect de l'équité dans l'accès à l'information et aux services et produits de santé** : L'équité dans l'accès aux interventions représente un axe transversal de programmation, qui doit être fondé sur la réalité socio-économique et épidémiologique du pays. Elle doit assurer à la majeure partie de la population l'accès aux interventions garantissant ses droits à la santé. Dans le cadre de la lutte contre les IST et VIH/Sida, elle doit, pour ce faire, assurer une couverture préventive des groupes de population les plus vulnérables à l'infection dans le cadre d'un continuum de soins assurant une PEC clinique et psychosociale des PVVIH.

2. AXES STRATEGIQUES, OBJECTIFS SPECIFIQUES ET ACTIVITES GENERIQUES DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Le Plan d'Action 2007-2012 identifie quatre Axes Stratégiques pour réaliser les objectifs généraux. Ces axes stratégiques comprenant chacun un ensemble d'objectifs stratégiques quantifiés. Ces objectifs sont traduits en activités génériques, définies sur la base de l'analyse de la situation et de la réponse 2001-2006, pour assurer l'atteinte des résultats attendus :

AXE STRATEGIQUE 1 : ETRE EN PLACE UN CADRE JURIDIQUE, POLITIQUE ET OPERATIONNEL POUR UNE REPONSE AUX IST ET VIH/SIDA MULTISECTORIELLE, INTEGREE, EFFICACE ET PROTEGEANT LES DROITS DES PERSONNES

M

Pour être efficace, la réponse nationale doit tenir compte des meilleures pratiques internationales et leçons tirées de l'expérience nationale. Elle doit s'inscrire dans un cadre politique encourageant la prise en compte de la lutte contre les IST et le VIH/Sida dans les programmes clés de développement. Elle doit inscrire dans un cadre juridique les droits et obligations des personnes face au VIH/Sida. Sur le plan opérationnel, elle doit inscrire dans la politique générale du gouvernement l'encouragement et l'incitation à intégrer la lutte contre le VIH/Sida dans les programmes de développement nationaux et sectoriels. Elle doit prendre la forme d'une réponse intégrée dans les activités du secteur public et de la société civile, y compris le secteur privé : elle nécessite le renforcement du leadership des ministères de tutelle pour les différentes composantes de la réponse nationale et la décentralisation effective de sa gestion au niveau opérationnel. Elle doit se matérialiser à travers la mise en place et le renforcement des capacités managériales des structures d'appui et de coordination intra- et intersectorielle, dans le cadre d'un partenariat élargi, à tous les niveaux. La finalité est que chaque secteur parvienne à mettre en œuvre des stratégies visant à réduire le risque de propagation du virus dans le secteur et alléger l'impact du VIH et du Sida dans ses activités et vis-à-vis de ses bénéficiaires.

Cinq objectifs stratégiques déterminent la nature des interventions liées à cet axe stratégique. Le renforcement du partenariat avec la santé et le milieu du travail font chacun l'objet d'un objectif spécifique, pour mettre en exergue leur importance cruciale en tant que secteur-clé de réponse pour la santé et secteur-clé d'intervention pour le milieu du travail. La réponse du secteur de la santé à l'infection est prioritaire, puisque focalisée sur : (i) la réduction des facteurs de risque associés aux IST, aux comportements à risque qu'ils reflètent et à l'ignorance du statut sérologique ; (ii) la prise en charge des PVVIH et, dans ce cadre, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la prévention positive. Le milieu du travail tant dans le secteur public que dans le secteur privé, représente un secteur d'intervention privilégié à un double titre : il est constitué de groupes-cibles aisément localisables, notamment dans les secteurs sociaux et économiques les plus vulnérables : forces armées, zone franche, entreprises minières, ... Certains de ces secteurs disposent de structures sanitaires qui peuvent intégrer les prestations cliniques IST et VIH/Sida (formations sanitaires des forces armées, OSTIE, etc.). Toutes peuvent assurer l'intégration des activités promotionnelles et la référence pour les services cliniques qu'elles ne peuvent assurer.

Objectif stratégique 1.1 : Renforcer le dispositif juridique et politique de lutte contre les IST et le VIH/Sida.

Ce premier objectif stratégique est de nature normative. Le dispositif juridique et politique de lutte contre les IST et le VIH/Sida doit être renforcé pour assurer la protection des droits des personnes et l'harmonisation et conformité des efforts multisectoriels de lutte contre les IST et VIH/Sida aux normes définies par le gouvernement sur la base des meilleures pratiques internationales et de la capitalisation de l'expérience nationale. La prise en compte de la dimension genre dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida doit permettre de renforcer le pouvoir d'action des femmes vulnérables, en raison de leur situation économique et du contexte socioculturel, qui limitent leur pouvoir de communication, négociation et décision :

- ⌘ Développement, mise à jour, vulgarisation et diffusion des lois, textes et réglementations protégeant les droits des PVVIH, OEV et femmes vulnérables ;
- ⌘ Développement, mise à jour, vulgarisation et diffusion des documents de politique et stratégies nationales et sectorielles de lutte contre les IST et le VIH/Sida conformes aux normes internationales ;
- ⌘ Mise en place d'une commission nationale éthique et juridique et d'un fonds de solidarité pour soutenir les PVVIH et leurs familles ;
- ⌘ Développement et appui à la mise en œuvre d'un programme soutenant l'intégration de la dimension genre dans les programmes de lutte contre les IST et le VIH/Sida ;
- ⌘ Révision du document cadre et du dispositif institutionnel pour une approche multisectorielle de lutte contre les IST et VIH/Sida ;
- ⌘ Augmentation de la participation des PVVIH, notamment leur implication dans les structures de coordination locale (CLLS) et assurer une représentation équitable des femmes et des hommes dans les dispositifs institutionnels de lutte contre les IST et le VIH/Sida ;
- ⌘ Intégration systématique de la lutte contre les IST et le VIH/Sida, y compris ses dimensions genre et lutte contre la stigmatisation et discrimination, dans les politiques, programmes, plans et projets de développement national et sectoriels ;
- ⌘ Contribution de Madagascar dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida dans le monde par la documentation et diffusion des meilleures pratiques nationales et capitalisation de l'expérience internationale, à travers la participation aux réseaux mondiaux, régionaux ou sous-régionaux.

Objectif stratégique 1.2 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle dans la mise en œuvre de la réponse nationale aux IST et VIH/Sida

La mise en œuvre de cet objectif est de nature stratégique. Elle vise à assurer l'opérationnalisation des trois principes d'unicité à tous les niveaux administratifs, par la participation effective des parties prenantes dans des structures de coordination intra- et intersectorielle de type décisionnel et technique, dans le cadre d'un partenariat élargi. Pour être fonctionnelles, ces structures doivent être dotées d'outils et habilités à assurer la gestion (planification, suivi, évaluation, mobilisation du partenariat) d'un programme conjoint, à ses différents niveaux de mise en œuvre :

- ⌘ Révision des TDR, composition et mode opératoire des structures de coordination intra- et intersectorielle, aux différents niveaux administratifs, dans une perspective de complémentarité des rôles/responsabilités sur le plan décisionnel et technique ;

- ⌘ Réhabilitation de l'infrastructure, dotation en équipement et personnel qualifié et appui au fonctionnement des structures de coordination intra- et intersectorielle aux différents niveaux administratifs ;
- ⌘ Développement d'une stratégie de renforcement du partenariat entre premièrement, le SE/CNLS et les ministères assurant la tutelle technique des composantes de la réponse nationale et deuxièmement, entre les ministères publics et société civile, y compris le secteur privé, pour leur traduction en programme d'action intra- et intersectoriel ;
- ⌘ Mise en place et appui au fonctionnement de réseaux des ONG, PVVIH, organisations confessionnelles, syndicats, entreprises du secteur privé, média, TDS, ...
- ⌘ Développement et mise en œuvre d'outils de plaidoyer pour l'intégration de la lutte contre les IST et VIH/Sida dans les projets de développement (PRSD, FID, PIC, Projet AGR/PNUD, MCA, etc.), dans les programmes des organisations de la société civile à couverture nationale ou ciblant les populations les plus vulnérables ;
- ⌘ Renforcement des capacités du secteur public à intégrer la lutte contre les IST et le VIH/Sida dans les plans d'action sectoriels, dans le cadre d'un partenariat avec la société civile, y compris les opérateurs privés pour la mise en œuvre des interventions ;
- ⌘ Développement d'outils de gestion de programme IST et VIH/Sida pour les différents niveaux administratifs et formation des structures de coordination intra- et intersectorielle à leur utilisation ;
- ⌘ Mobilisation des partenaires internationaux pour la mise en œuvre d'une approche programme et la décentralisation effective de la réponse sur le plan de la gestion, y compris les aspects financiers.

Objectif stratégique 1.3.: Renforcer la décentralisation de la gestion du programme pour une réponse locale aux IST et VIH/Sida

Cet objectif vise à renforcer le leadership et les capacités techniques et managériales au niveau régional et périphérique pour une décentralisation effective de la réponse à son niveau opérationnel. La responsabilisation des instances de décision au niveau décentralisé doit favoriser un engagement, implication et coordination du secteur public et de la société civile, y compris le secteur privé. La mise en œuvre du paquet d'activités promotionnelles et cliniques doit être définie sur la base du contexte épidémiologique et des capacités de la réponse, pour assurer une couverture maximale des communes et groupes vulnérables, avec la participation active des acteurs locaux, à la fois bénéficiaires et acteurs à part entière de la réponse nationale :

- ⌘ Révision des TDR, composition et modes opérationnels des structures d'appui au niveau décentralisé dans une perspective de spécificité/complémentarité des rôles et responsabilités et leur dotation, au besoin, en équipement et personnel additionnel qualifié ;
- ⌘ Extension à toutes les communes vulnérables de la mise en place de Comités Locaux de Lutte contre le SIDA (CLLS) capables de développer, mobiliser les acteurs locaux et assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre de Plans Locaux de Lutte contre le Sida (PLLS) ;
- ⌘ Transfert des compétences des ONGs internationales vers les ONGs nationales, le secteur public et autres institutions de la société civile malagasy, pour un accompagnement/encadrement de proximité des promoteurs locaux dans les communes vulnérables ;
- ⌘ Renforcement des capacités des OCBs et associations par les organisations de proximité (ONG internationales de proximité, ONG locales, organes décentralisés des organisations confessionnelles, etc.) pour la mise en œuvre de projets dans les quartiers des communes vulnérables ;

- ⌘ Mise en place d'un mécanisme de renforcement des compétences des OCBs, associations et autres acteurs locaux les plus performantes pour un passage à échelle rapide des meilleurs projets dans les communes vulnérables ;
- ⌘ Mise en place de Comités Régionaux de Lutte contre le VIH/Sida (CRLS) et de leurs antennes de district capables de mobiliser et coordonner les interventions des acteurs du secteur public et de la société civile, y compris le secteur privé, pour la mise en œuvre de PLLS réconciliés avec les Plans Régionaux de Développement ;
- ⌘ Renforcement des compétences des partenaires du secteur public du niveau décentralisé pour développer des projets sectoriels de lutte contre les IST et VIH/Sida et mise en place d'un mécanisme de financement adéquat (intensification de la mise en œuvre des stratégies sectorielles par le secteur public au niveau décentralisé) ;
- ⌘ Appui aux partenaires de la société civile (organisations confessionnelles, opérateurs privés, ONG, ...) du niveau décentralisé pour le développement et mise en œuvre de projets de prévention et prise en charge du VIH/Sida en direction des groupes et communes vulnérables (intensification de la mise en œuvre des stratégies sectorielles par la société civile au moyen du FAP) ;
- ⌘ Mise en place d'un système de suivi et évaluation avec, comme unités de mesure la commune et la région, pour mesurer l'organisation et l'efficacité de la réponse locale à ces deux niveaux complémentaires de mise en œuvre.

Objectif stratégique 1.4 : Renforcer l'efficacité du système de la santé dans la réponse aux IST et VIH/Sida.

Cet objectif est de nature managériale. La levée des contraintes à la mise en œuvre du paquet d'activités de prévention et prise en charge des IST et VIH/Sida dans le système de la santé nécessite le renforcement des capacités de gestion des agents de santé à tous les niveaux pour la mise en œuvre d'un programme de lutte contre les IST et VIH/Sida intégré dans les soins de santé primaire dans le cadre d'un partenariat entre le secteur public et privé pour la couverture des zones et groupes vulnérables :

- ⌘ Mise en réseau et formation des institutions spécialisées du niveau central pour les constituer en un centre d'excellence assurant : (a) le développement d'outils pour assurer la qualité des prestations cliniques (algorithmes, protocoles de traitements, fiche de monitoring, etc.) ; (b) la formation technique (laboratoire/prestations de services) ; (c) la formation managériale (gestion des intrants et PSE des performances) ; (d) le laboratoire de référence IST et VIH ; (e) système logistique et maintenance des équipements ; (f) collecte, analyse et centralisation/diffusion des données de surveillance et monitoring des performances des services ; (g) utilisation des Technologies de l'Information et Communication (TIC) ;
- ⌘ Pérennisation du renforcement des compétences techniques et managériales pour la lutte contre les IST et VIH/Sida par leur intégration dans la formation initiale des médecins, paramédicaux et agents sociaux ;
- ⌘ Développement d'une stratégie de partenariat entre le secteur public et la société civile, y compris le secteur privé, pour augmenter la disponibilité des services promotionnels et cliniques en direction des groupes et communes vulnérables ;
- ⌘ Développement d'un plan de renforcement de la disponibilité des services promotionnels et cliniques du secteur public par cluster de régions (pour éviter les dysfonctionnements dans la dotation des intrants) à travers l'intégration des prestations IST et VIH/Sida dans les soins de santé primaire et la mise en œuvre de stratégies alternatives pour renforcer l'accessibilité des services aux groupes les plus vulnérables et dans les zones géographiques enclavées et où les performances de la stratégie fixe ne sont pas adéquates ;

- ⌘ Renforcement des capacités de la DRS/SSD à assurer la planification, appui et suivi/évaluation des performances des services IST et VIH/Sida dans le secteur public, la coordination avec les intervenants de la société civile, y compris le secteur privé, et l'adéquation entre les besoins générés par les promoteurs de la réponse locale et l'offre des services et préservatifs dans les groupes et communes vulnérables ;
- ⌘ Renforcement du système logistique dans une perspective d'intégration et d'harmonisation des circuits d'approvisionnement et de distribution (équipements, médicaments, réactifs et consommables) au niveau central et entre le niveau central et périphérique ;
- ⌘ Amélioration du mécanisme et des outils de gestion des intrants (personnel, formation, médicaments, réactifs, équipement) au niveaux central et périphérique, pour assurer une meilleure planification et suivi dans leur dotation et coordination dans leur utilisation ;
- ⌘ Renforcer les capacités du Laboratoire National de Référence pour (i) monitoring des IST et du VIH ; (ii) contrôle et assurance qualité des laboratoires périphériques (laboratoires semi-mobile TOGA Tainer) ; (iii) coordination de la recherche biologique ; (iv) formation pratique des techniciens de laboratoire des CTA.

Objectif stratégique 1.5 : Renforcer l'engagement du secteur travail dans la réponse aux IST et VIH/Sida

Cet objectif est de nature stratégique. Il vise à renforcer le partenariat avec le secteur travail, du public et du privé, pour une couverture des cibles vulnérables, y compris leur implication directe dans la fourniture des services promotionnels et cliniques IST et VIH/Sida pour leur personnel :

- ⌘ Documentation et capitalisation de l'expérience en matière de lutte contre le VIH/Sida dans le milieu du travail ;
- ⌘ Mise en place d'un cadre de concertation nationale du milieu du travail pour la coordination et l'harmonisation des interventions ;
- ⌘ Développement et appui à la mise en œuvre de stratégies de plaidoyer pour élargir le partenariat avec le milieu du travail formel et informel pour la mise en œuvre d'activités promotionnelles et cliniques dans les secteurs économiques vulnérables ;
- ⌘ Mise en place d'une coalition d'entreprise pour la mise en œuvre des politiques de lutte contre le VIH/Sida ;
- ⌘ Appui au développement et mise en œuvre de projets de lutte contre les IST et VIH/Sida dans le secteur privé et en milieu d'entreprise, fondés sur une approche de Partenariat entre le Public et le Privé (PPP) ;
- ⌘ Appui au développement et mise en œuvre de projets de lutte contre les IST et VIH/Sida en milieu du travail des secteurs publics les plus vulnérables (sécurité, santé, ...).

AXE STRATEGIQUE 2 : AMELIORATION DE L'ACCES A L'INFORMATION ET A DES SERVICES CLINIQUES DE PREVENTION DES IST ET DU VIH/SIDA DE QUALITE

Dans un contexte épidémiologique de faible prévalence, le contrôle de l'infection repose sur la prévention. La prévention primaire et secondaire doit, pour être pleinement effective, assurer la couverture des groupes et communes vulnérables. Elle doit également s'inscrire dans le cadre d'une référence/contre référence pour la prise en charge clinique et psychosociale des PVVIH et la prévention positive. La réalisation de cet axe stratégique passe par la poursuite de cinq objectifs stratégiques, de nature strictement opérationnelle. La réalisation des activités, mesurées en termes de couverture des cibles par une information de qualité et la disponibilité de services cliniques de qualité accessibles financièrement et

géographiquement doit se traduire par des résultats concrets en termes d'adoption par les cibles de comportements sexuels responsables et utilisation des services de santé

Objectif stratégique 2.1 : Promouvoir les comportements à moindre risque face aux IST et VIH/Sida et la demande pour les services cliniques

La communication a abouti à une prise de conscience de la réalité du VIH/Sida. Pour stimuler le changement de comportement, elle doit être orientée vers une personnalisation du risque collectif et individuel, la lutte contre les idées fausses et la promotion des avantages de l'ABC et de l'utilisation des services de prévention. Elle doit assurer la couverture des groupes et communes vulnérables. La coordination des efforts de communication, encore fragmentés, doit être renforcée au niveau central et intermédiaire. L'intensification de la veille informationnelle et la communication de proximité requièrent le renforcement des capacités en planification stratégique et productions de supports adaptés au contexte local :

- ⌘ Mise à jour de la stratégie nationale de communication pour intégrer les acquis et leçons tirées de l'expérience : diversification des objectifs de CCC, définition des audiences primaires et secondaires, diversification des messages et supports de communication ciblés par rapport aux groupes et aux thèmes et définition d'un cadre de suivi et évaluation ;
- ⌘ Structuration et mise en oeuvre d'un programme de plaidoyer en direction des leaders locaux pour la transformation des normes, valeurs et pratiques traditionnelles et socioculturelles encourageant les comportements à risque, y compris les inégalités de genre, et pour lutter contre la stigmatisation et discrimination à l'endroit des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida ;
- ⌘ Renforcement du partenariat avec les organisations spécialisées pour la l'institutionnalisation de la formation en planification stratégique des campagnes de communication et la professionnalisation dans la production de supports de communication adaptés au contexte local ;
- ⌘ Développement et mise en œuvre de protocoles de recherche conformes aux normes pour la collecte et analyse de données quantitatives et qualitatives pour la planification et évaluation de la communication pour le changement de comportement et normatif ;
- ⌘ Mise en place de structures de coordination de la communication au niveau central et interrégional et développement/mise à jour des outils de gestion pour les différents niveaux ;
- ⌘ Renforcement du partenariat avec les patrons de presse, journalistes et communicateurs des media de masse pour l'extension et la pérennisation de la veille informationnelle sur les IST et VIH/Sida ;
- ⌘ Renforcement des équipements et outils de communication de proximité pour une couverture effective des groupes et communes vulnérables pour la stimulation de la réponse locale et la promotion de l'ABCD ;
- ⌘ Formation et recyclage des communicateurs et animateurs en production et évaluation de supports de communication encourageant le dialogue avec les cibles ;
- ⌘ Mise à jour et appui à la mise en œuvre de la stratégie de promotion et distribution du préservatif, pour tenir compte des spécificités et avantages comparatifs des différents réseaux de distribution et assurer en priorité une couverture des groupes les plus vulnérables ;
- ⌘ Généralisation de la sensibilisation de masse organisée lors d'événements socioculturels à l'ensemble des districts à risque, en tenant compte des spécificités régionales et des afflux de population mobiles liés aux activités économiques saisonnières.

- ⌘ Renforcement de l'intégration du volet IST/VIH/Sida dans le paquet d'activités de santé promotionnelle des agents communautaires par la formation et la dotation en supports CCC appropriés.,
- ⌘ Appui aux agents de santé des CSB dans l'encadrement technique et la supervision formative continus des agents communautaires.

Objectif stratégique 2.2 : Intensifier le dépistage de la syphilis et la PEC des cas d'IST classiques

Dans un pays de forte prévalence des IST mais de faible prévalence du VIH, le renforcement du contrôle des IST classiques – co-facteur majeur de transmission du VIH/Sida - constitue une stratégie efficace de maîtrise de l'infection à VIH. Les services de traitement des IST classiques sont intégrés dans les soins primaires dans le secteur public et privé. Ils doivent être améliorés sur le plan de l'accessibilité pour les groupes et communes vulnérables enclavées. Le dépistage de routine de la syphilis chez les femmes enceintes doit être rendu accessible au niveau des centres de santé de base publics et privés, et intégré dans les consultations prénatales et les services de PEC des IST, en mettant l'accent sur la notification au(x) partenaire(s) sexuel(s) pour les groupes vulnérables et la population générale, en particulier dans les communes vulnérables. Ces services doivent également être améliorés sur le plan de la disponibilité, liée à l'amélioration dans la gestion des intrants au niveau central et périphérique et à la qualité dans le choix et l'application du schéma thérapeutique :

- ⌘ Mise en place d'un groupe de travail chargé de la dynamisation et coordination intra- et intersectorielle des activités de lutte contre les IST dans une double perspective de réduction de la syphilis et contrôle du VIH/Sida : formation en approche syndromique et dépistage de la syphilis, traitement des écoulements et ulcérations génitaux, planification et suivi des performances des services, développement de stratégies alternatives pour la couverture des groupes les plus vulnérables et zones à risque enclavées, surveillance des IST classiques et de la syphilis congénitale, contrôle de la qualité du dépistage et traitement, aspects logistiques ;
- ⌘ Renforcement de l'accessibilité à un schéma thérapeutique simple : adoption de test rapide syphilis, développement de kits de traitement IST alternatifs ou complémentaires inscrits dans la liste des médicaments essentiels, dotation de kits de traitement des IST subventionnés pour les établissements de soin du secteur public et privé des zones à risque ;
- ⌘ Mise à jour des outils de formation et renforcement des capacités des prestataires de soins médicaux publics et privés en approche syndromique et dépistage de la syphilis (avec accent sur le conseil pour la notification au partenaire et le dépistage du VIH) par la formation continue, le recyclage et la supervision formative ;
- ⌘ Mise en place de stratégies alternatives pour renforcer la disponibilité des services de PEC des cas d'IST par les groupes vulnérables, dans les zones enclavées et dans les zones où les performances de la stratégie fixe ne sont pas satisfaisantes ;
- ⌘ Révision et mise en oeuvre de la stratégie de distribution des préservatifs pour assurer une complémentarité entre le circuit de distribution privé via le marketing social, le circuit de distribution dans les formations sanitaires publique et la Distribution à Base Communautaire (DBC) appuyée par les ONG ;
- ⌘ Mise à jour des algorithmes nationaux de PEC des IST, sur la base des études étiologiques et de pharmacologie/résistance/vigilance ;
- ⌘ Mise en place d'un système de contrôle de la qualité du dépistage de la syphilis et traitement des IST classiques.

Objectif stratégique 2.3 : Intégrer le conseil et dépistage confidentiel et volontaire du VIH dans les services de routine

Cet objectif stratégique vise à intensifier le dépistage du VIH dans une double perspective de renforcement de la prévention primaires à travers le conseil pour encourager les personnes dépistées à conserver leur statut sérologiques négatif et de renforcement de la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH pour l'amélioration de leur bien être et la prévention positive. Il privilégie l'intégration dans les services de PEC des cas d'IST et de dépistage de la tuberculose, en plus des services de CPN et PF, ciblés par les deux premières composantes de la stratégie de prévention de la transmission mère-enfant et la structuration d'une référence opérationnelle.

Comment [b1]: ????

- ⌘ Mise en place d'un groupe de travail chargé de l'opérationnalisation de l'intégration du dépistage du VIH dans les soins de santé primaires : choix des réactifs (mise à jour des protocoles de dépistage), formation en conseil et dépistage du VIH, renforcement du partenariat avec la société civile, structuration de la référence, planification et suivi des performances de la stratégie fixe/avancée, contrôle de la qualité du dépistage, aspects logistiques ;
- ⌘ Formation continue des conseiller et techniciens de laboratoire (formation théorique avec stage d'immersion pratique, recyclage et supervision formative) ;
- ⌘ Encadrement des personnels de santé par rapport aux attitudes face à la stigmatisation et discrimination des personnes vivant avec le VIH ;
- ⌘ Conventions de partenariat avec privés, les centres privés/ONGs/organisation confessionnelles pour l'approvisionnement en réactifs et consommables sous condition du respect des normes et standard définis par le MINSAN/PF ;
- ⌘ Intégration du dépistage dans les services de PEC des cas d'IST de tous les CSB publics des communes vulnérables, dans 205 CDT, et dans les services de santé de la reproduction pour les jeunes et les groupes les plus vulnérables (dotation en intrants) ;
- ⌘ Mise en place de stratégies alternatives pour assurer l'accessibilité des services de PEC des cas d'IST par les groupes vulnérables, dans les zones enclavées et dans les zones où les performances de la stratégie fixe ne sont pas satisfaisantes ;
- ⌘ Définition et mise en place de mesures pour assurer la confidentialité et pour réduire la discrimination du personnel de santé à l'encontre des PVVIH ;
- ⌘ Réduction du pourcentage des perdus de vue par l'utilisation de 3 tests rapides (pour la remise des résultats du test le même jour) et la participation des PVVIH ou autres structures de soutien psychosocial dans les services de dépistage ;
- ⌘ Mise en place d'une référence effective des séropositifs à partir des services de dépistage vers les réseaux de prise en charge psychosociale des PVVIH et les 22 centres de traitement autonome (un hôpital de référence par région) ;
- ⌘ Mise en place d'un dispositif de contrôle de la qualité de la prestation de service de dépistage du VIH (qualité du test et du conseil pour la prévention primaire et la référence médicale et psychosociale).

Objectif stratégique 2.4 : Renforcer la disponibilité de services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Cet objectif stratégique complète le précédent. Il vise à augmenter le dépistage du VIH chez la femme enceinte et les clientes PF, promouvoir le maintien du statut séronégatif à travers un conseil de qualité, assurer la référence pour la PEC médicale et psychosociale des femmes enceintes et clientes PF testées séropositives mais aussi réduire la transmission du VIH chez les nourrissons nés de mère séropositive par l'administration d'ARV prophylactiques et un conseil en allaitement maternel adapté aux conditions des femmes séropositives. Il vise ainsi à intégrer les prestations PTME dans les services de CPN, PF et maternité sans risque public et privé de 2000 CSB à travers :

- ⌘ la réhabilitation des infrastructures, dotation en équipement matériel cliniques et laboratoire ;
- ⌘ le renforcement des capacités des prestataires des services (dotation en personnel, formation dans le service en gestion et prestations PTME, développement d'outils de gestion, suivi formatif) ;
- ⌘ l'actualisation des guides et protocoles PTME en ligne avec l'objectif stratégique ;
- ⌘ l'approvisionnement régulier en réactifs, consommables et ARV des centres PTME ;
- ⌘ la structuration de la référence/contre référence médicale et psychosociale.

Objectif stratégique 2.5 Mettre en place des précautions universelles et la prévention de la transmission sanguine en milieu médical

La poursuite de cet objectif vise à éliminer les idées fausses concernant la transmission du VIH/Sida en milieu médical et à assurer la sécurisation de toutes les poches de sang transfusées, la mise en application des textes réglementaires concernant les accidents d'exposition au sang (AES) et la mise en œuvre d'une approche intégrée dans la démarche d'équipements des centres pour la gestion des déchets médicaux :

- ⌘ Lutte contre les idées fausses concernant la transmission du VIH/Sida et attitudes de stigmatisation et discrimination envers les PVVIH de la part du personnel de santé ;
- ⌘ Formation des responsables des unités de transfusion sanguine sur les risques et mesures de protection et dotation en réactifs, kits de prophylaxie post exposition et matériel de désinfection et stérilisation ;
- ⌘ Mise en œuvre des programmes de formation spécifiques aux précautions universelles, sécurité des injections et gestion des déchets médicaux pour chaque catégorie de personnel des divers types d'établissements de soins de Madagascar ;
- ⌘ Dotation en parallèle des kits de prophylaxie post exposition et des équipements pour la sécurité des injections et gestion des déchets pour chaque type d'établissement de soin ; et de supports IEC ;
- ⌘ Mise en place d'un système de supervision/suivi dans la mise en œuvre de la sécurité transfusionnelle et gestion des déchets médicaux.

AXE STRATEGIQUE 3 : REDUCTION DE L'IMPACT DU VIH/SIDA SUR LES PERSONNES INFECTEES ET AFFECTEES PAR LE VIH

La mise en œuvre de cet axe stratégique est guidée par le souci d'assurer l'accès universel aux soins et au traitement. En outre, dans un contexte de stigmatisation de l'infection, la prévention n'est pleinement effective que dans le cadre de la mise en place d'un continuum de soins assurant aux personnes infectées la garantie d'une prise en charge médicale et d'un soutien psychosocial. La PEC des PVVIH nécessite le renforcement du plateau technique au niveau de centres de traitement autonomes des 22 régions pour l'administration des ARV thérapeutiques aux PVVIH et la mise en place d'une référence et contre référence « verticale » avec les médecins de réseau pour le suivi médical et la PEC des IO. Elle nécessite également une référence et contre référence « horizontale » vers les structures d'appui psychosocial aux PVVIH dont la présence aux différents niveaux doit être renforcée. Trois objectifs stratégiques déterminent la nature des interventions liées à cet axe stratégique.

Objectif stratégique 3.1 : Renforcer la disponibilité des services de PEC médicale des PVVIH.

Cet objectif vise à renforcer la disponibilité des services de prophylaxie et traitement des infections opportunistes et de thérapie anti-rétrovirale (ARV) et suivi des PVVIH. Il nécessite le renforcement du plateau technique au niveau de 22 centres de traitement autonome (un hôpital de référence par région) et la mise en œuvre d'une référence/contre référence effective des PVVIH avec les médecins de réseau :

- ⌘ Appui au fonctionnement des comités techniques pour la prise en charge des PVVIH : comité de pérennisation de la prise en charge des PVVIH, de gestion et d'approvisionnement en médicaments et réactifs (CGAMR) et coordinateur du système d'approvisionnement en médicaments IO, ARV et réactifs sérologiques ;
- ⌘ Formation/mise à niveau des médecins prescripteurs ARV, des médecins et paramédicaux en suivi biologique et médical et en PEC des PVVIH par les médiateurs communautaires ;
- ⌘ Mise en place d'un système de référence entre les CDT et les CTA pour améliorer le diagnostic et le traitement de la TB chez les patients VIH et la prophylaxie à l'INH chez les patients co-infectés VIH/TB ;
- ⌘ Structuration de la référence entre les CSB, les centres de référence et les médecins de réseaux chargés du suivi biologique et médical des PVVIH ;
- ⌘ Mise en place un réseau de laboratoires performants par le renforcement du plateau technique pour le diagnostic et le suivi biologique périodique des patients (dosage des CD4 au national et régional, charge virale plasmatique au national, bilan hématologique et biochimique au niveau des sites de prise en charge) ;
- ⌘ Renforcement du système de gestion pour un approvisionnement régulier des réactifs, matériels biomédicaux et médicaments ARV et IO dans les sites de traitement avec mesures d'accompagnements pour faciliter l'observance et faire face aux ruptures de stocks éventuelles ;
- ⌘ Révision des outils de gestion : guide de prise en charge des PVVIH pour le traitement ARV, algorithme de diagnostic utilisant les différents tests rapides, SIG (y compris la gestion informatisée des dossiers des patients)
- ⌘ Développer la partie nutrition et VIH/Sida de la politique nationale de nutrition en mettant l'accent sur la nutrition des femmes enceintes séropositives et des enfants nés de mères séropositives ;
- ⌘ Développement d'une politique éventuelle de subvention de la prise en charge des PVVIH, en fonction des prévisions de ressources nationales et internationales.

Objectif stratégique 3.2. Renforcer la disponibilité des services de prise en charge psychosociale des PVVIH au niveau communautaire

La prise en charge médicale des PVVIH doit être accompagnée d'une référence vers des structures d'appui aux PVVIH pour assurer leur bien être, l'adhérence au traitement et la prévention positive. Elle passe par l'extension en périphérie des antennes des associations de PVVIH, la mobilisation des ONG et organisations confessionnelles et leur mise en réseau pour assurer la mise en place de groupes de soutien au niveau des 116 districts.

- ⌘ Identification des besoins des structures existantes (FIFAFI ...), ONG et organisations confessionnelles pour assurer l'appui psychosocial aux PVVIH conformément aux TDR définis pour les services de PEC psychosociale des PVVIH ;
- ⌘ Formation du personnel des structures à la mise en œuvre d'un paquet d'activités comprenant le conseil aux PVVIH, l'appui nutritionnel, le soutien par les visites et soins à domicile, le soutien aux familles pour la prise en charge ainsi l'assistance sociale et ou juridique ;

- ⌘ Appui au fonctionnement des structures de PEC psychosociales et leurs activités de réseau ;
- ⌘ Appui à la mise en œuvre d'activités de soutien économique aux PVVIH par la formation en gestion de microprojets, financement de micro crédits, subvention, AGR, etc.

Objectif stratégique 3.3. Mettre en place un dispositif de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables

La protection des orphelins et enfants vulnérables représente une préoccupation majeure dans le contrôle de l'infection, en raison notamment des risques de violence et abus sexuels auxquels ils sont exposés :

- ⌘ Analyse situationnelle pour identifier le paquet d'interventions pour répondre aux besoins des OEV et de leurs structures de prise en charge (santé, sociales et communautaires) ;
- ⌘ Développement d'une politique et de normes et procédures en matière de soutien psychosocial, d'accompagnement des OEV ;
- ⌘ Renforcement des capacités opérationnelles des ONG, associations et familles pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités de prise en charge des OEV.

AXE STRATEGIQUE 4 : RENFORCER LA GESTION DE LA REPONSE NATIONALE

Les réalisations du suivi et évaluation du PSN 2001-2006 doivent être réconciliés en un système permettant à la fois de planifier les interventions de façon efficiente, de mesurer les progrès dans la réalisation d'objectifs nationaux quantifiés et réalistes, d'évaluer l'impact des interventions en termes de contrôle de l'infection et de fournir aux bailleurs de fonds l'assurance d'une gestion technique et financière transparente, caractérisée par un rapport coût-efficacité démontré des interventions.

Objectif stratégique 4.1. Mettre en place un système de planification et suivi évaluation intégré fonctionnel

- ⌘ Mise à jour du Plan de Suivi et Evaluation (PSE) pour intégrer des indicateurs conformes à la réalité épidémiologique et à la feuille de route de l'Accès Universel et développement du plan de mise en œuvre du plan de suivi-évaluation, définissant les rôles et responsabilités des différents secteurs dans la collecte et analyse des données à tous les niveaux et précisant les outils de suivi et évaluation disponibles ou à développer ;
- ⌘ Développement d'un plan de surveillance du VIH/Sida pour suivre la dynamique spatiale et temporelle de l'infection : identifier les groupes les plus vulnérables, localiser les zones géographiques prioritaires pour les interventions et évaluer l'impact des interventions en termes de prévalence des IST et VIH/Sida et comportements à risque ;
- ⌘ Renforcement des capacités de suivi et évaluation par la révision des outils pour suivre le processus et mesurer l'impact des interventions dans les champs programmatiques du Plan d'Action, la formation du personnel en charge du Suivi et Evaluation à tous les niveaux et la dotation des unités de suivi et évaluation en moyens de communication modernes pour faire circuler les données entre les niveaux ;

- ⌘ Appui à la collecte et analyse des données épidémiologiques : (i) enquêtes dans des groupes de population spécifiques ; (ii) enquête de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes ; (iii) surveillance biologique et comportementale ; (iv) enquête démographique et sanitaire ;
- ⌘ Mise en œuvre d'un système de suivi et évaluation de la réponse : (i) monitoring des performances des structures sanitaires pour les prestations IST et VIH/Sida de la veille informationnelle et communication de proximité ; (ii) évaluations spécifiques des composantes du Plan d'Action ;
- ⌘ Mise en œuvre d'un SIG assurant la gestion informatisée des données de suivi et évaluation de l'ensemble des projets placés sous exécution nationale (approche programme versus projet) ;
- ⌘ Mise en place d'une banque de données informatisée intégrant les bases de données épidémiologique et sur la réponse et les mettant en liaison avec le SIG pour : (i) le suivi de l'adéquation de la réponse aux besoins ; (ii) un suivi et une mesure de la contribution des différents projets sous exécution nationale à la réalisation des objectifs nationaux. ;
- ⌘ Mise en œuvre un plan de recherche opérationnelle en appui à la mise en œuvre du Plan d'Action.

Objectif stratégique 4.2. Mobiliser les fonds pour assurer la mise en œuvre du Plan d'Action 2007-2012

- ⌘ Développement d'un plan de mobilisation des ressources financières sur la période 2007-2012 tenant compte des cycles de financement de différentes sources nationales et internationales;
- ⌘ Elaboration de POI budgétisé découlant du plan 2007-2012 avec revue et mise à jour annuelles, partagé aux différents partenaires techniques et financiers ;
- ⌘ Développement d'une base de données permettant le suivi de l'utilisation des ressources allouées à la lutte contre les IST et le VIH/Sida accessible aux partenaires techniques et financiers ;
- ⌘ Renforcement du système de communication institutionnelle du SE/CNLS pour faciliter le partage d'informations sur le progrès réalisé en matière de réponse face aux IST/VIH/Sida à l'intention des bailleurs de fonds potentiels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays ;
- ⌘ Mise en place d'une cellule technique pluridisciplinaire chargée de la conception des squelettes des projets à soumettre aux partenaires financiers.

3. CADRE LOGIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Les activités-clé prévues pour la réalisation des objectifs généraux sont présentées dans le tableau suivant :

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
Axe stratégique 1 : Mise en place d'un cadre juridique, politique et opérationnel pour une réponse aux IST et VIH/SIDA multisectorielle, intégrée, efficace et protégeant les droits des personnes					
Objectif stratégique 11: Renforcer le dispositif juridique et politique de lutte contre les IST et le VIH/SIDA					
Résultat attendu 1.1.1: Cadre juridique renforcé pour un environnement favorable à une lutte multisectorielle efficace					
1.1.1.1 Développer, mettre à jour, vulgariser et diffuser les lois, textes et réglementations protégeant les droits des PVVIH, OEV et femmes vulnérables	Textes législatifs, décrets d'application, réglementations mis en vigueur	DB : Loi sur la protection des PVVIH promulguée, projet de loi pour la prise en charge des OEV disponible et projet de décret sur la famille d'accueil disponible et projet Décret d'application adopté au conseil du gouvernement MV : Journal officiel de la République de Madagascar	-	MJ - MPSTL - SECNLS	- Engagement de toutes les institutions légales concernées - Volonté politique acquise
1.1.1.2 Mettre en place une commission nationale éthique et juridique	Textes régissant la commission nationale éthique et juridique et le mécanisme du fonds de solidarité disponibles	DB : TDR du commission élaboré MV : Journal officiel de la République de Madagascar	-	MJ - MINSAN_PF - SE/CNLS	
Résultat attendu 1.1.2: Cadre politique développé pour un environnement favorable à une lutte multisectorielle efficace					
1.1.2.1 Réviser le document cadre et mettre en place un dispositif institutionnel pour renforcer l'approche multisectorielle de lutte contre les IST et le VIH/SIDA.	Document cadre révisé et dispositif institutionnel mis en place et fonctionnel pour l'opérationnalisation de l'approche multisectorielle	DB : Document cadre pour l'approche multisectorielle disponible	-	MJ - MINSAN_PF - SE/CNLS	Volonté politique acquise Implication des tous les secteurs

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
		MV : Rapport de révision du document, decret ministeriel			
1.1.2.2 Développer, mettre à jour, vulgariser et diffuser des documents de politique et sectorielles de lutte contre les IST et le VIH/SIDA conformes aux normes internationales	Documents de politique et stratégies sectorielles disponibles	DB : 8 plans stratégiques sectoriels; politiques PTME, CTV, PEC médicale, transfusion sanguine, norme et directives nationales du Conseil et dépistage du VIH MV : Rapport de la mise à jour des documents	-	SE/CNLS - GSS des 8 secteurs	Implication des tous les secteurs
1.1.2.3 Assurer l'intégration systématique de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA dans les politiques, programmes, plans et projets de développement national et sectoriels.	Pourcentage des programmes nationaux et PGE intégrant la lutte contre les IST et VIH/SIDA	DB : ND Convention signée avec les projets de développement tels que PIC, SAGE, PSDR, ONN etc. MV : Rapport d'activité relative à la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Perennité des programmes
1.1.2.4 Promouvoir l'intégration de la dimension genre dans les politiques, stratégies et projets de lutte contre les IST et le VIH/SIDA	Recommandations pour l'élimination des formes de discrimination à l'endroit des femmes intégrées dans les documents cadres de lutte contre les IST et VIH/SIDA	DB : ND MV : Rapport d'activité relative à la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA	Annuelle	MINPOPSL - MINSAN_PF - SE/CNLS	Implication des tous les secteurs
1.1.2.5 Promouvoir la contribution de Madagascar dans la lutte contre les IST et le VIH/SIDA au niveau mondial par la documentation et la diffusion des meilleures	Nombre de documents de meilleures pratiques publiés partagés au niveau international	DB : Un document de meilleure pratique sur la réponse locale	Annuelle	SE/CNLS	Meilleure pratique acquise

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
pratiques nationales		MV : Rapport de suivi SE/CNLS			
1.1.2.6 Capitaliser les expériences internationales à travers la participation aux réseaux mondiaux, régionaux et sous- régionaux	Nombre de documents élaborés pour la capture de connaissance et expériences internationales	DB : ND Dispositifs d'élaboration et de publication de documents renforcés MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS	Engagement des parties concernées
Objectif stratégique 1.2 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle dans la mise en œuvre de la réponse nationale aux IST et VIH/SIDA					
Résultat attendu 1.2.1 : Dispositifs pour l'opérationnalisation des structures intra et intersectoriels de coordination pour une lutte efficace contre les IST et le VIH/SIDA mis en place					
1.2.1.1 Réviser les TDR des structures de coordination au niveau central, dans une perspective de complémentarité des rôles/responsabilités sur le plan décisionnel et technique	Document de synthèse décrivant le rôle et la responsabilité de chaque structure de coordination validé	DB : ND TDR des différentes structures de coordination disponibles MV : Rapport de consultation	-	SE/CNLS - MIRA	Consensus des partenaires
1.2.1.2 Développer une stratégie de renforcement du partenariat entre le SE/CNLS et les ministères assurant la tutelle technique des composantes de la réponse nationale	Nombre de conventions de partenariat avec les ministères signées et plans d'action pour l'opérationnalisation du partenariat mis en œuvre	DB : Proposition de convention de partenariat entre SE/CNLS et les ministères en cours MV : Convention et rapport d'activité des ministères	Annuelle	SE/CNLS - TOUS LES MINISTERES	Engagement des différents ministères
1.2.1.3 Développer une stratégie de renforcement du partenariat entre les	Document de stratégie et plan d'action pour	DB : ND	Annuelle	TOUS LES MINISTERES	Engagement des différents

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
ministères publics et la société civile, y compris le secteur privé	l'opérationnalisation du partenariat disponible	MV : Rapport des ministères			ministères et de la société civile
1.2.1.4 Mobiliser les partenaires internationaux pour la mise en œuvre d'une approche programme et la décentralisation effective de la réponse sur le plan de la gestion, y compris les aspects financiers	Document cadre pour l'opérationnalisation de l'approche programme sur le plan technique et financier disponible et appliqué	DB: Plan opérationnel conjoint des organismes des Nations Unies et Plan opérationnel intégré MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS	Engagement des différents partenaires
Objectif stratégique 1.3 : Renforcer la décentralisation de la gestion du programme pour une réponse locale aux IST et au VIH/SIDA					
Résultat attendu 1.3.1: Capacités techniques et managériales des structures de planification, de coordination et de suivi de la mise en œuvre aux niveaux régional et communal renforcées					
1.3.1.1 Réviser les TDR (composition et modes opérationnels) des structures d'appui au niveau décentralisé dans une perspective de spécificité/ complémentarité des rôles et responsabilités	Document de synthèse décrivant le rôle et la responsabilité de chaque structure d'appui au niveau décentralisé validé	DB : ND TDR des différentes structures d'appui au niveau décentralisé disponibles MV : Rapport de consultation	-	SE/CNLS - MIRA MDAT	Stabilité des structures institutionnelles de coordination
1.3.1.2 Renforcer les capacités des structures d'appui au niveau décentralisé: personnel qualifié et équipement	Pourcentage de structures d'appui au niveau décentralisé (régional et communal) opérationnelles et efficaces (ex: CAC...)	DB : 100% opérationnelles MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS - MIRA MDAT	Stabilité des structures institutionnelles de coordination
1.3.1.3 Mettre en place des Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) et des antennes de district	Nombre de CRLS opérationnels - Nombre d'antennes de districts fonctionnels	DB : 5 Bureaux de coordination interrégionale fonctionnels MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS - MIRA MDAT	Stabilité des structures administratives

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
1.3.1.4 Poursuivre la mise en place de Comités Locaux de Lutte contre le SIDA (CLLS) notamment dans les communes vulnérables pour assurer la mise en œuvre de Plans Locaux de Lutte contre le SIDA (PLLS)	Nombre de CLLS dotés de PLLS et fonctionnels	DB : 738 (en 2005) dont 357 opérationnels MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	CT/UCR - Régions	Stabilité des structures institutionnelles de coordination
1.3.1.5 Mettre en place un système de suivi et évaluation de la réponse (avec comme unités de mesure la commune et la région)	Système de suivi évaluation de la réponse au niveau décentralisé (régional et communal) opérationnel	DB : Outil de suivi au niveau régional disponible, Fiche d'autoévaluation des communes disponible MV : Rapport de suivi des CT/UCR	Annuelle	SE/CNLS - CT/UCR - Régions	Engagement des parties concernées
Résultat attendu 1.3.2: Capacités des acteurs du secteur public et de la société civile (ONG, associations, OCB), y compris le secteur privé oeuvrant dans la lutte contre les IST et le VIH/SIDA renforcées					
1.3.2.1 Renforcer la capacité du secteur public à intégrer la lutte contre les IST et le VIH/SIDA dans les plans d'action sectoriels	Pourcentage des ministères intégrant la lutte contre le VIH/SIDA dans leurs plans d'action inscrits dans le PGE - Pourcentage des plans d'actions effectivement mis en œuvre	DB : ND MV : PGE - Rapport des ministères	Annuelle	SE/CNLS - TOUS LES MINISTERES	Existence de techniciens permanents au niveau des ministères, allocation de budget relatif au VIH/SIDA au niveau de chaque ministère
1.3.2.2 Assurer le transfert des compétences des ONGs internationales et organisations nationales vers la société civile malagasy, pour un accompagnement/encadrement de proximité des promoteurs locaux dans les communes vulnérables	Nombre d'ONG locales ayant les capacités d'encadrement des OCB	DB : ND MV : Rapport de formation	Annuelle	SE/CNLS	Existence des ONGs ayant les compétences requises

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
1.3.2.3 Renforcer la capacité des OCBs et associations par les organisations (ONG internationales de proximité, ONG locales, organes décentralisés des organisations confessionnelles, etc.) pour le développement et la mise en œuvre de projets, en priorité dans des communes vulnérables.	Nombre de sous-projets mis en œuvre par les OCB et associations, en priorité dans les communes vulnérables	DB : 2326 (en fin 2005) MV : Inventaire des OCB	Annuelle	ONG prestataires	Nombre suffisant des sous projets éligibles
1.3.2.4 Mettre en place un mécanisme de financement adéquat pour l'intensification de la mise en œuvre des stratégies sectorielles par le secteur public	Nombre de projets sectoriels mis en œuvre par le secteur public	DB : 5 sous projets pilotes MV : Rapport d'activités des ministères	Annuelle	SE/CNLS - TOUS LES MINISTERES	Soumission de sous projets appropriés par le secteur concerné
1.3.2.5 Mettre en place un mécanisme de renforcement des compétences des OCBs, associations et autres acteurs locaux les plus performantes pour un passage à échelle rapide des meilleurs projets dans les communes vulnérables	Nombre d'OCBs et associations bénéficiant d'un appui pour la mise à échelle du sous-projet	DB : ND MV : Rapport de formation/rapport de suivi des activités des OCB	Annuelle	SE/CNLS	Environnement favorable pour la mise à l'échelle
Objectif stratégique 1.4: Renforcer l'efficience du système de la santé dans la réponse aux IST et au VIH/SIDA					
Résultat attendu 1.4.1: Dispositif pérenne de renforcement de la gestion efficace et efficiente de la réponse du secteur santé mis en place					
1.4.1.1 Mettre en place au niveau central un réseau des institutions spécialisées dans différents domaines de la santé et de la technologie pour assurer (a) le développement d'outils pour l'assurance qualité ; (b) la formation technique et managériale ; (c) la référence en laboratoire ; (d) la gestion de la maintenance des équipements ; (e) la gestion de la base des données de surveillance et du monitoring des performances des services ; (f) l'appui en Technologie de l'Information et Communication (TIC).	Centre d'excellence/de référence technique fonctionnel	DB : ND MV : Rapport d'activités des centres concernés	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Engagement des partenaires
1.4.1.2 Assurer la pérennisation du dispositif de renforcement des compétences techniques	Nombre d'institutions de formation technique et	DB : ND	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF -	Engagement des institutions de

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
et managériales des prestataires de services en matière d'IST et de VIH/SIDA	managériale intégrant la lutte contre les IST et VIH/SIDA dans les curricula de formation initiale (médecins, paramédicaux et agents sociaux)	MV : Rapport MINSANPF		MENRS	formations
1.4.1.3 Développer une stratégie de partenariat entre le secteur public et la société civile, y compris le secteur privé, pour augmenter la disponibilité des services promotionnels et cliniques en direction des groupes et communes vulnérables	Nombre de Formations sanitaires prouvées disposant de services de prévention et de prise en charge des IST et du VIH/SIDA	DB : ND MV : Rapports DNLMT (service IST/VIH/SIDA)	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Engagement des ministères et de la société civile
1.4.1.4 Améliorer le système de gestion des intrants (personnel, produits de santé, équipements) au niveaux central et périphérique, pour assurer une meilleure planification et suivi dans leur dotation et coordination dans leur utilisation ;	Bases de données de suivi des intrants (niveaux central et périphérique) opérationnelles	DB : Base de données nationale pour le suivi des médicaments et réactifs MV : Rapports DNLMT - DPLMT - MINSANPF	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Implication des Responsables
1.4.1.5 Renforcer les capacités des DRSPF et SSPFD en planification, supervision formative et suivi/évaluation des performances des services IST et VIH/SIDA fournis par le secteur public, les intervenants de la société civile, y compris le secteur privé	Nombre de DRS/SSD formés et assurant la planification, suivi et évaluation des objectifs nationaux de couverture des prestations IST et VIH/SIDA Pourcentage de formations sanitaires atteignant le score de performance fixée (adéquation des offres et des demandes en services et préservatifs)	DB : Base de données sur le monitoring des services disponibles MV : Rapport DHRR/DDDS	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Implication des Responsables
Résultat attendu 1.4.2: Disponibilité et accessibilité des groupes vulnérables aux services cliniques de qualité accrues					
1.4.2.1 Développer un plan de renforcement de la disponibilité des services promotionnels et cliniques du secteur public à travers l'intégration des prestations IST et VIH/SIDA dans les soins de santé primaire	plan annuel de dotation des intrants (personnel, formation, équipement, réactifs, médicaments, consommables, préservatifs) élaboré et mis en oeuvre	DB : ND MV : Rapport DULMT	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Implication des Responsables

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
1.4.2.2 Renforcer l'accessibilité des services aux groupes les plus vulnérables et dans les zones géographiques enclavées et où les performances de la stratégie fixe ne sont pas adéquates	Taux de couverture effective en services intégrés de prévention et de prise en charge cliniques des IST et du VIH/SIDA des groupes vulnérables	DB : ND MV : Rapport DHRR/DDDS	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Agents de santé suffisants dans les formations sanitaires
1.4.2.3. Renforcer le système logistique dans une perspective d'intégration et d'harmonisation des circuits d'approvisionnement et de distribution (équipements, médicaments, réactifs, et consommables) au niveau central et périphérique	Pourcentage des centres de santé ayant eu une rupture de stock en produits traceurs relatifs aux IST/VIH/SIDA (par type de formations sanitaires)	DB : ND MV : Rapport DULMT	Trimestrielle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Implication des Responsables
1.4.2.4. Renforcer les capacités des laboratoires régionaux et le système de contrôle de qualité au niveau du LNR	Pourcentage/Nombre de laboratoires des CHRR répondant aux normes requises	DB : ND MV : Rapport DULMT	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Implication des Responsables
Objectif stratégique 1.5: Renforcer l'engagement du secteur travail dans la réponse nationale aux IST et au VIH/SIDA					
Résultat attendu 1.5.1: Mainstreaming (intégration) du VIH/SIDA en milieu de travail des secteurs public et privé intensifié					
1.5.1.1 Opérationnaliser la cellule pour la coordination et l'harmonisation des interventions en milieu de travail	Cellule de coordination de la lutte en milieu de travail opérationnel	DB : Conseil National de Travail MV : Rapport d'activité CNT sur la lutte contre le VIH/SIDA	-	CNT - SE/CNLS-MCISP	Volonté politique acquise Implication des responsables
1.5.1.2 Mettre en place des coalitions d'entreprises pour la mise en œuvre des politiques de lutte contre le VIH/SIDA.	Nombre de coalitions d'entreprises opérationnelles (nationale et régionales) - Nombre d'entreprises adhérant dans les coalitions	DB : ND MV : PV de mise en place	-	CNT - SE/CNLS-MCISP	Engagement des entreprises
1.5.1.3 Promouvoir le développement de politique de lutte contre le VIH/SIDA en milieu	Nombre d'entreprises privées ayant développé leur politique	DB : 8	Annuelle	CNT - Entreprises -	Engagement des entreprises

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
de travail	en matière de VIH/SIDA - Nombre de projets réalisés dans le milieu d'entreprise	MV : Rapport CNT - SE/CNLS		SE/CNLS - - MCISP	
1.5.1.4 Appuyer le développement et la mise en œuvre de projets de lutte contre les IST et VIH/SIDA en milieu du travail des secteurs publics les plus vulnérables (sécurité, santé, éducation,...).	Nombre de départements ministériels ayant développé leur politique en matière de VIH/SIDA -Nombre de projets réalisés dans le milieu de travail du secteur public	DB : 8 MV : Rapport FOP	Annuelle	Tous les MINISTERES des secteurs clés - SE/CNLS	Stabilité des responsables des départements ministériels concernés
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès à l'information et aux services cliniques de prévention des IST et du VIH/SIDA de qualité					
Objectif stratégique 21: Promouvoir les comportements sexuels à moindre risque face aux IST et au VIH/SIDA et l'utilisation des services cliniques IST et VIH/SIDA					
Résultat attendu 2.1.1: Dispositifs, outils et ressources nécessaires aux activités de CCC améliorés					
2.1.1.1 Mettre à jour la stratégie nationale de communication pour intégrer les acquis et leçons tirées de l'expérience	Document de stratégie révisé disponible et validé	DB : Stratégie nationale de communication MV : Rapport de validation	-	SE/CNLS - Ministère poste et télécommunicati on	Implication des groupes cibles et des secteurs clés concernés
2.1.1.2. Développer les outils nécessaires conformes à la nouvelle stratégie	Pourcentage des groupes cibles faisant l'objet d'outils de CCC spécifiques conformes à la nouvelle stratégie	DB : ND MV : Rapport d'élaboration	-	SE/CNLS	Groupes cibles déterminés
2.1.1.3 Développer un programme de plaidoyer en direction des leaders locaux pour la transformation des normes, valeurs et pratiques traditionnelles et socioculturelles conformément à la stratégie nationale .	Plan de mise en œuvre du programme de plaidoyer approprié pour les régions, districts et communes disponible	DB : ND MV : Rapport SE/CNLS	-	SE/CNLS	Engagement des leaders
2.1.1.4 Renforcer le partenariat avec les organisations spécialisées pour l'institutionnalisation de la formation en	Nombre d'accords de partenariat signés avec les professionnels de	DB : ND	Annuelle	SE/CNLS - Ministère poste et	Existence et volonté des Organisations

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
planification stratégique des campagnes de communication et la professionnalisation dans la production de supports de communication adaptés au contexte local.	communication	MV : Rapport SE/CNLS		télécommunication	spécialisées
2.1.1.5 Renforcer le partenariat avec les patrons de presse, journalistes et communicateurs des media de masse pour l'extension et la pérennisation de la veille informationnelle sur les IST et VIH/SIDA.	Nombre d'accords de partenariat signés avec les patrons de presse, journalistes et communicateurs des média de masse	DB : 97 stations radios partenaires Année 2006 MV : Rapport SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS - Ministère poste et télécommunication	Engagement des parties concernées
2.1.1.6 Mettre en place les structures de coordination de la communication au niveau central et interrégional .	Nombre de structures de coordination de la communication fonctionnelles	DB : unité de communication fonctionnelle au niveau central et 3 plateformes au niveau régional Année 2006 MV : Rapport des structures de coordination du SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS	Disponibilité et engagement des ressources humaines ayant les compétences requises
2.1.1.7 Renforcer les équipements et outils de communication de proximité pour une couverture effective des groupes vulnérables au niveau des communes vulnérables pour la stimulation de la réponse locale et la promotion de l'ABCD.	Nombre de structures (ONG, Associations/OCB) dotées en équipement et outils de communication	DB : 10 UMV fonctionnelles - 97 stations radios partenaires Année 2006 MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS	Disponibilité des équipements appropriés
2.1.1.8 Remettre à niveau les communicateurs et animateurs en production et évaluation de supports de communication encourageant l'interaction avec les cibles.	Nombre de communicateurs formés fonctionnels	DB : 128 animateurs radios Année 2006 MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS	Engagement des communicateurs

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
2.1.1.9 Développer et mettre en œuvre un système de suivi et évaluation des interventions en direction de la population générale et des groupes vulnérables.	Mesure des résultats et impacts de la communication disponible	DB : ND MV : Rapport de consultation	Biennale	SE/CNLS	Implication et volonté des parties concernées
Résultat attendu 2.1.2: Interventions de communication de masse pour la veille informationnelle et de proximité pour le chagement de comportement renforcées					
2.1.2.1 Mettre en œuvre un programme de plaidoyer ciblant les leaders locaux et communautaires encourageant les comportements à moindre risque, y compris les inégalités de genre, et pour lutter contre la stigmatisation et discrimination à l'endroit des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	Pourcentage des districts touchés par le programme de plaidoyer Pourcentage des communes à haut risque et à risque modéré couvertes par les programme de plaidoyer - Nombre d'outils de plaidoyer diffusés	DB : ND MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS - MINPOPSL	Implication et volonté des parties concernées
2.1.2.2 Appuyer la mise à jour et la mise en œuvre de la stratégie de promotion et distribution du préservatif, pour tenir compte des spécificités et avantages comparatifs des différents réseaux de distribution et assurer en priorité une couverture des groupes plus vulnérables	Taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (chez les jeunes de 15-24 ans, les TdS,...)	DB : 5,4% (F) ; 12,2% (H) (EDS 2003-2004) MV : Rapport des résultats d'enquête	Quinquennale	SE/CNLS - MINSAN_PF - MINPOPSL	Enquêtes menées régulièrement
2.1.2.3 Renforcer la généralisation de la sensibilisation de masse organisée lors d'événements socioculturels à l'ensemble des districts à risque (en tenant compte des spécificités régionales et des afflux de population mobiles liés aux activités économiques saisonnières)	Nombre d'évènements socio-culturels intégrant la sensibilisation de masse sur la prévention des IST et du VIH/SIDA Pourcentage des jeunes et adultes qui connaissent parfaitement les deux moyens de prévention et rejettent les trois idées erronées à propos du sida	DB : 27660 évènements socio-culturels réalisés (Année 2005) 18,8% (H), 19,0% (F) (EDS 2003-2004) MV : Rapport de suivi SE/CNLS, Enquête Démographique et Sanitaire	Annuelle pour le Rapport de suivi SE/CNLS, Quinquennale pour l'EDS	SE/CNLS - MINSAN_PF	Environnement socio-économique favorable pour la réalisation de la sensibilisation de masse

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
2.1.2.4 Renforcer la mise en œuvre des activités de communication de proximité dans les communes à risque élevé et à risque modéré	Pourcentage des communes touchées par les activités de proximité Pourcentage des jeunes ayant une attitude positive envers les PVVIH	DB : 27% touchées par les UMV, 10% par la radio manivelle, 58% communication interpersonnelle 8% des jeunes enquêtés ont une attitude positive envers les PVVIH MV : Rapport de suivi SE/CNLS, Rapport sur la cartographie de risque ESC et EDS	Annuelle pour le Rapport de suivi SE/CNLS, Biennale pour l'ESC, Quinquennale pour l'EDS	SE/CNLS - MINSAN_PF	Environnement socio-économique favorable pour la réalisation des activités de communication de proximité
2.1.2.5 Renforcer l'intégration du volet IST/VIH/SIDA dans le paquet d'activités de santé promotionnelle des agents communautaires	Pourcentage des communes vulnérables touchées par les activités intégrées des agents communautaires	DB : ND MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
Objectif stratégique 22: Intensifier le dépistage de la syphilis et la PEC des cas d'IST classiques					
Résultat attendu 2.2.1: Utilisation accrue des services de PeC des IST classiques					
2.2.1.1 Mettre en place un groupe de travail chargé de la dynamisation et coordination intra- et intersectorielle des activités de lutte contre les IST dans une double perspective de réduction de la syphilis et contrôle du VIH/SIDA	Groupe de travail de lutte contre les IST mis en place et opérationnel	DB : ND MV : Rapport de comité	Annuelle	SE/CNLS - TOUS LES MINISTERES	Engagement des parties concernées
2.2.1.2 Renforcer l'accès des groupes cibles à une PeC des IST selon un schéma thérapeutique simple	Pourcentage de CSB offrant la PeC syndromique des IST et le dépistage de la syphilis Nombre de cas d'IST classiques traités selon l'approche syndromique	DB : ND Nombre de centre de santé disposant du personnel qualifié et des médicaments nécessaires pour le traitement des IST: 3292	Annuelle	MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
	Nombre de kits de traitement des IST prescrits	MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS			
2.2.1.3 Renforcer les capacités des prestataires de soins médicaux publics et privés en approche syndromique et dépistage de la syphilis utilisant les outils de formation mis à jour	Pourcentage de formations sanitaires disposant d'agents de santé formés en approche syndromique et technique de dépistage de la syphilis	DB : ND Nombre de centre de santé ayant du personnel qualifié pour le traitement des IST: 7148 (Année 2005) MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.2.1.4 Développer des stratégies alternatives pour assurer l'accessibilité des groupes vulnérables aux services de PEC des IST dans les zones enclavées et dans les zones où les performances de la stratégie fixe ne sont pas satisfaisantes	Taux de couverture régionale des stratégies alternatives; nombre de cas d'IST classiques notifiés par stratégies alternatives	DB : ND MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS	Annuelle	MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables
2.2.1.6 Mettre à jour les algorithmes nationaux de PEC des IST, sur la base des études étiologiques et de pharmacosurveillance	Résultats des études utilisés pour la mise à jour des algorithmes nationaux de PEC des IST Pourcentage des CSB effectuant le dépistage de la syphilis et respectant les normes de qualité - Pourcentage des formations sanitaires répondant aux IP6 et IP7	DB : ND Algorithmes nationaux de PeC des IST disponibles 20% IP6, 40% IP7 (Année 2000) MV : Rapport d'étude et de consultation	Annuelle	MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
2.2.1.5 Réviser et mettre en oeuvre la stratégie de distribution des préservatifs pour assurer une complémentarité entre le circuit de distribution privé via le marketing social, le circuit de distribution dans les formations sanitaires publique et la Distribution à Base Communautaire (DBC) appuyée par les ONG	Plan définissant clairement les modalités opérationnelles de la distribution des préservatifs Nombre de préservatifs distribués par les différents réseaux	DB : Politique de distribution de préservatifs disponible 24 615 000 préservatifs distribués (Année 2005) MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS, MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables
Objectif stratégique 2.3: Intégrer les conseils et dépistage confidentiel et volontaire du VIH dans les services de routine					
Résultat attendu 2.3.1: Dispositifs du service de conseil et dépistage et volontaire du VIH renforcés					
2.3.1.1 Mettre en place un groupe de travail chargé de l'opérationnalisation de l'intégration du dépistage du VIH dans les soins de santé primaires	Groupe de travail chargé de l'opérationnalisation de l'intégration du dépistage du VIH mis en place et opérationnel	DB : ND MV : Rapport du groupe	Annuelle	MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables
2.3.1.2 Réaliser des formations continues des conseillers et techniciens de laboratoire (formation théorique avec stage d'immersion pratique, recyclage et suivi formatif).	Nombre de personnes formées et opérationnelles Pourcentage des formations sanitaires intégrant le CTV et ayant du personnel qualifié	DB : 1725 formées en counselling 25 Centres de formations sanitaires publics (Année 2005) MV : Rapport de suivi MINSANPF/DULMT/DPLMT , SE/CNLS	Annuelle	MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables
2.3.1.3 Assurer un encadrement des personnels de santé par rapport aux attitudes face à la stigmatisation et discrimination des personnes vivant avec le VIH	Pourcentage des agents de santé qui expriment des attitudes non discriminatoires envers les PVVIH	DB : ND MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
Résultat attendu 2.3.2: Accessibilité et disponibilité des services de Conseils et Test Volontaires et système de référence pour la prise en charge des PVVIH renforcées					
2.3.2.1 Intégrer le dépistage dans les services de PEC des cas d'IST de tous les CSB publics des communes vulnérables, dans les CDT, et dans les services de santé de la reproduction pour les jeunes et les groupes les plus vulnérables	Nombre de structure sanitaire intégrant le dépistage du VIH dans les services de PEC des IST, de dépistage de la TB et des services de santé de la reproduction pour les cibles vulnérables	DB : 16 (Année 2006) MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS, Enquête spécifique	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.3.2.2 Assurer la possibilité aux formations sanitaires d'utiliser 3 tests rapides de VIH pour la confirmation du statut sérologique (pour la remise des résultats du test le même jour) et la participation des PVVIH ou autres structures de soutien psychosocial dans les services de dépistage.	Pourcentage des formations sanitaires offrant le dépistage et pouvant effectuer immédiatement les tests rapides de confirmation Pourcentage des clients qui ont reçu le conseil post-test et le résultat le même jour	DB : ND MV : Rapport de suivi MINSANPF/DPLMT, SE/CNLS, Enquête spécifique	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.3.2.3 Mettre en place un dispositif de soutien psychosocial et une référence effective des séropositifs à partir des services de dépistage vers les réseaux de prise en charge psychosociale des PVVIH et les 22 centres de traitement autonome régionaux	Nombre de PVVIH pris en charge par les CTA et par les réseaux de soutien aux PVVIH Pourcentage des PVVIH référés par les structures sanitaires aux structures de soutien psychosocial	DB : 184 prise en charge par un réseau de soutien Année 2006 MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS, Enquête spécifique	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.3.2.4 Mettre en place un dispositif de contrôle de la qualité de la prestation de service de dépistage du VIH (qualité du test et du conseil pour la prévention primaire et la référence médicale et psychosociale).	Pourcentage des formations sanitaires offrant le dépistage du VIH selon les normes de qualité standard	DB : 25 CTV (Année 2006) MV : Rapport de suivi MINSANPF/DPLMT, SE/CNLS, Enquête spécifique	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
Objectif stratégique 2.4: Renforcer l'accessibilité et la disponibilité des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA					
Résultat attendu 2.4.1: Utilisation accrue des services de PTME					

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
2.4.1.1 Réhabiliter les infrastructures, les doter en équipement matériel cliniques et laboratoire ;	Nombre de formations sanitaires respectant les normes minimales requises en terme de service de PTME	DB : ND MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS, Enquête spécifique	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.4.1.2 Renforcer la capacité des prestataires des services (dotation en personnel, formation dans le service en gestion et prestations PTME, développement d'outils de gestion, suivi formatif) ;	Nombre d'agents de santé formés et opérationnels Nombre de centres PTME opérationnel Nombre de femmes enceintes séropositives bénéficiant de la prophylaxie aux ARV	DB : 524 Agents formés en PTME 193 centres PTME opérationnel 34 femmes enceintes bénéficiant de la prophylaxie aux ARV (Année 2006) MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS, Enquête spécifique	Annuelle	MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables
2.4.1.3 Actualiser les guides et protocoles PTME en ligne avec l'objectif stratégique	Pourcentage de SSPFD disposant des guides et protocoles révisés	DB : ND 533 centres PTME ayant été distribué des Guide et protocole PTME MV : Rapport de consultation	NA	MINSAN_PF	Volonté politique acquise Implication des responsables
2.4.1.4 Assurer l'approvisionnement régulier en réactifs, consommables et ARV des centres de PTME	Pourcentage des centres PTME ayant eu une rupture de stock des produits de la PTME durant les 3 derniers mois	DB : ND MV : Rapport de suivi MINSANPF/DPLMT, SE/CNLS	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.4.1.5 Renforcer le système de référence/contre référence médicale et psychosociale;	Nombre de districts ayant au moins 2 médecins de réseau (pour le suivi des PVVIH)	DB : 8 districts (Année 2006) ND	Annuelle	SE/CNLS - MINSAN_PF	Engagement des parties concernées

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
	opérationnels -Pourcentage des PVVIH identifiés, référés et pris en charge par les CTA et par les réseaux de soutien aux PVVIH	MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS			
Objectif stratégique 2.5: Intensifier les précautions universelles et la prévention de la transmission sanguine du VIH/SIDA en milieu médical					
Résultat attendu 2.5.1 Risque d'infections nosocomiales et de transmission sanguine du VIH en milieu de soins limité					
2.5.1.1 Renover le réseau de centres de transfusion sanguine aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Nombre de CRTS et PTS construits	DB : ND MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.5.1.2 Former les Responsables/Agents de santé des unités de transfusion sanguine sur les risques et mesures de protection	Nombre d'agents formés et opérationnels	DB : 318 agents formés en précaution universelle (Année 2005) MV : Rapport de suivi MINSANPF, SE/CNLS	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.5.1.3 Doter les CNTS, CRTS et PTS en réactifs	Pourcentage des poches de sang testées pour VIH/Syphilis/Hépatite selon les recommandations nationales	DB : 99,86% poches de sang testé au premier semestre 2006 MV : Rapport de suivi MINSANPF/DULMT	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
2.5.1.4 Doter les formations sanitaires et des centres de transfusion sanguine en kits de prophylaxie post exposition et équipements pour la précaution universelle (y compris la gestion des déchets médicaux)	Pourcentage/Nombre de formations sanitaires disposant de kit PEPPourcentage d'AES suspect bénéficiant de PEPPourcentage des hôpitaux et CSB appliquant la politique nationale de gestion des déchets	DB : 20 structures sanitaires disposant d'incinérateurs, distillateurs, autoclaves, seringues, détergents et produits désinfectants (Année 2006) MV : Rapport de suivi MINSANPF/DULMT	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
2.5.1.5 Mettre en place un système de supervision/suivi de la mise en œuvre de la sécurité transfusionnelle et gestion des déchets médicaux	Pourcentage/Nombre de formations sanitaires respectant les mesures de précautions universelles	DB : ND MV : Rapport de suivi MINSANPF	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des parties concernées
Axe stratégique 3 : Réduction de l'impact du VIH et du SIDA sur les personnes infectées et affectées par l'épidémie					
Objectif stratégique 3.1 : Renforcer l'accessibilité et la disponibilité des services de PeC médicale des PVVIH					
Résultat attendu 3.1.1: Utilisation accrue des services de PeC médical complet de qualité par les PVVIH					
3.1.1.1 Appuyer le fonctionnement des comités techniques pour assurer la prise en charge continue des PVVIH : comité de pérennisation de la prise en charge des PVVIH, de gestion et d'approvisionnement en médicaments et réactifs (CGAMR), et coordinateur du système d'approvisionnement en ARV	Nombre de centres de référence pour la prise en charge médicale des PVVIH Pourcentage des centres respectant le protocole national	DB : 15 (Année 2006) MV : Rapport des comités	Annuelle	MINSAN_PF	Médicaments commandés disponibles à temps
3.1.1.2 Former/Remettre à niveau les médecins prescripteurs d'ARV, les médecins et paramédicaux en suivi biologique et médical et en PEC des PVVIH	Nombre d'agents de santé formés et opérationnels	DB : 28 médecins référents formés (2006) 2005 : MV: Rapports de formation	Annuelle	MINSAN_PF	Stabilité des personnels de santé à leurs postes
3.1.1.3 Mettre en place un système de référence entre les CDT et les CTA pour améliorer le diagnostic et le traitement de la TB chez les patients VIH et la prophylaxie à l'INH chez les patients co-infectés VIH/TB.	Pourcentage/Nombre de malades co-infectés par le TB/VIH notifiées et pris en charge	DB : 16 MV: Rapport d'activités CDT	Annuelle	MINSAN_PF	Engagement des responsables concernés
3.1.1.4 Structurer la référence entre les CSB, les centres de référence et les médecins de réseaux chargés du suivi biologique et médical des PVVIH	Pourcentage/Nombre des PVVIH identifiés bénéficiant de traitement ARV - Pourcentage/Nombre des PVVIH identifiés bénéficiant de	DB : 51 PVVIH sous ARV, 0,38% (2005)	Trimestrielle	MINSAN_PF	Médicaments commandés disponibles à temps

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
	traitement des IO - Pourcentage des PVVIH perdus de vue	MV: Rapport de suivi des malades par les médecins référents			
3.1.1.5 Mettre en place un réseau de laboratoires performants ayant un plateau technique pour le diagnostic et le suivi biologique périodique des patients (dosage des CD4 au national et régional, charge virale plasmatique au national, bilan hématologique	LNR ayant un plateau technique complet pour le suivi ds PVVIH - Nombre de CHHR disposant de laboratoire aux normes pour le suivi biologique de routine des PVVIH	DB : ND MV: Rapport du LNR	Annuelle	MINSAN_PF	Volonté des partenaires
3.1.1.6 Renforcer le système de gestion et de l'approvisionnement en réactifs, matériels biomédicaux et médicaments ARV et IO des sites de traitement	Nombre de centres de référence disposant du Manuel de procédures de gestion et d'approvisionnement en produits de santé relatifs au VIH/SIDA - Poucentage/Nombre de formations sanitaires ayant eu une rupture de stock en produits de santé relatifs au VIH/SIDA	DB : ND MV: Rapport du coordinateur du système d'approvisionnement en ARV/ Rapport des centres sanitaires	Trimestrielle	MINSAN_PF	Médicaments commandés disponibles à temps
3.1.1.7 Réviser les guides techniques normatifs: guide de prise en charge des PVVIH pour le traitement ARV, algorithme de diagnostic utilisant les différents tests rapides, SIG	Guides normatifs révisés et disponibles - Pourcentage de formations sanitaires selon le type disposant des guides normatifs	DB : Guide de PEC disponible en 2005, algorithme de diagnostic MV: Rapport d'activité Pgm IST/VIH/SIDA MINSAN PF	Selon l'évolution au niveau international	MINSAN_PF	Volonté des Responsables concernés
3.1.1.8 Développer le volet Nutrition et VIH/SIDA de la politique nationale de nutrition en mettant l'accent sur la nutrition des femmes enceintes séropositives et des enfants nés de mères séropositives.	Guide de nutrition et VIH élaboré	DB : Politique nationale de nutrition MV: Rapport ONN	-	MINSAN_PF	Volonté politique
3.1.1.9 Développer une politique éventuelle de subvention de la prise en charge des	Plan de mobilisation de ressource pour la prise en	DB : ND	-	MINSAN_PF	volonté politique, engagement des

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
PVVIH, en fonction des prévisions de ressources nationales et internationales	charge des PVVIH disponible Fonds de solidarité constitué	MV: Document de politique			parties concernées
Objectif stratégique 3.2. Renforcer la disponibilité de la prise en charge psychosociale des PVVIH au niveau communautaire					
Résultat attendu 3.2.1: Utilisation accrue des services de PeC psychosociale par les PVVIH					
3.2.1.1 Identifier les besoins des structures existantes (ONG, associations et organisations confessionnelles) pour assurer l'appui psychosocial aux PVVIH conformément aux TDR définis pour les services de PEC psychosociale des PVVIH	plan budgétisé de renforcement des capacités des structures existantes et potentielles de soutien psycho-social aux PVVIH	DB : ND MV : Rapport de consultation	-	MINSAN_PF	Implication effective des ONG, Association et organismes confessionnelles
3.2.1.2 Former les agents des structures à la mise en œuvre d'un paquet d'activités comprenant le conseil aux PVVIH, l'appui nutritionnel, le soutien par les visites et soins à domicile, le soutien aux familles pour la prise en charge ainsi l'assistance s	Nombre d'agents formés et opérationnels Pourcentage d'organisations de PeC psychosociale disposant d'agents qualifiés	DB : ND MV : Rapport de formation	Annuelle	MINSAN_PF	Stabilité des personnels de santé à leurs postes
3.2.1.3 Assurer l'appui au fonctionnement des structures de PEC psychosociales et leurs activités de réseau	Nombre de structures de PEC/réseaux fonctionnels Pourcentage des communes couvertes par les associations de PeC psychosociale Pourcentage de PVVIH identifiés bénéficiant de PeC psychosociale	DB : 11 associations FIFAFI, association PHILADELFIA, ONG privé MV : Rapport d'activités des associations	Annuelle	MINSAN_PF	Implication effective des ONG, Association et organismes confessionnelles
3.2.1.5 Former les organisations de PeC psychosociale en gestion de microprojets, financement de micro crédits, subvention, AGR, etc.	Nombre d'organisations bénéficiant d'une formation en gestion de microprojets, financement de microcrédits, subvention, ARG etc. Nombre de PVVIH ayant pu réaliser de microprojets ou des AGR etc.	DB : ND MV : Rapport d'activités des organisations	Annuelle	MINSAN_PF	Implication effective des ONG, Association et organismes confessionnelles
3.2.1.6 Appuyer la mise en œuvre des activités de soutien économique aux PVVIH	Nombre d'organisations réalisant des activités de	DB : ND	Annuelle	MINSAN_PF	Implication des PVVIH

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
	soutien économique aux PVVIH Pourcentage de PVVIH nécessiteuses bénéficiant d'appui socio-économique	MV : Rapport d'activités des organisations			
Objectif stratégique 3.3. Renforcer le dispositif de prise en charge des orphelins et enfants vulnérables					
Résultat attendu 3.3.1 Disponibilité des services de soutien socio-économique destiné aux OEV renforcée					
3.3.1.1 Faire une analyse situationnelle des besoins sanitaires et socio-économiques des OEV (soutien alimentaire et nutritionnel et d'hygiène de vie, de loisirs et d'habillement, soutien financier pour le suivi médical, soutien scolaire, soutien juridique)	Nombre de structures de prise en charge (santé, sociales et communautaires) des OEV identifiées	DB : 9 Associations/ONG œuvrant dans la prise en charge des OEV MV : Rapport d'activités des organisations	Annuelle	SE/CNLS - MINPOPSL	Implication des structures de prise en charge
3.3.1.2 Renforcer la capacité opérationnelle des ONG, associations et familles pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités de prise en charge des OEV	Pourcentage/Nombre d'OEV bénéficiant de soutien socio- économique à travers les ONG/ Associations/ Familles	DB : 1304 (Année 2006) MV : Rapport d'activités des organisations	Annuelle	SE/CNLS - MINPOPSL	Implication des structures de prise en charge
Axe stratégique 4 : Renforcement de la gestion de la réponse nationale					
Objectif stratégique 4.1 : Mettre en place un système de planification et de suivi et évaluation intégré fonctionnel					
Résultat attendu 4.1.1: Dispositif de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PSN efficace et opérationnel					
4.1.1.1 Mettre à jour le Plan de Suivi et Evaluation de la réponse nationale	Plan de suivi-évaluation mise à jour établi	DB : Plan de suivi évaluation année 2001-2006 disponible MV : Rapport de mise à jour et constat de l'existence du plan mis jour	-	SE/CNLS	Implication et volonté des partenaires
4.1.1.2 Mettre à jour le plan de mise en œuvre du plan de suivi-évaluation	Plan de mise en œuvre du PSE budgétisé élaboré	DB : Plan de suivi évaluation année 2001-2006 disponible MV : Rapport de mise à jour et constat de l'existence du plan mis jour	Annuelle	SE/CNLS	Implication et volonté des partenaires

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
4.1.1.3 Renforcer l'organisation et les capacités opérationnelles des structures chargées du Suivi et Evaluation des activités aux différents niveaux	Nombre d'unités de structures chargées de suivi évaluation opérationnelles Nombre de personnes formées en suivi évaluation	DB : Unité de suivi évaluation fonctionnelle au niveau central 22 CT/UCR chargés de suivi des activités au niveau décentralisé MV : Rapport du SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS	Engagement des partenaires impliqués
4.1.1.4 Opérationnaliser le système de suivi et évaluation de la réponse	Données de suivi des différentes composantes de la réponse nationale disponibles et analysées (suivi des performances des structures sanitaires pour les prestations IST et VIH/SIDA - suivi des activités de communication) - Résultats des évaluations spécifiques des composantes du PSN disponibles	BD : 3 rapports de suivi de la mise en œuvre du PSN (Années 2003-2004-2005) Rapports trimestriels des CT/UCR Rapports de suivi de l'engagement UNGASS (Années 2003, 2005) Rapports d'évaluation de la mise en œuvre du principe de three ones (Année 2005) MV : Rapport de suivi SE/CNLS	Annuelle	SE/CNLS	Disponibilité et Accessibilité des données
4.1.1.5 Mettre en œuvre un SIG intégré (approche programme versus projet)	Système d'Information pour la Gestion du programme opérationnel	BD : Etude de faisabilité et Analyse situationnelle pour la mise en place d'un SIG intégré réalisé (Année 2006) MV : Rapport de mise en place du SIG	Annuelle	SE/CNLS	Engagement des partenaires
4.1.1.6 Renforcer le système de communication institutionnelle du SE/CNLS pour faciliter le partage d'informations sur le progrès réalisé en matière de réponse face	Nombre de bulletins d'informations produits par an Site web du SE/CNLS mis à jour mensuellement	DB : Site web "partenairecnls-sida.mg" fonctionnel	Semestrielle	SE/CNLS	Volonté et engagement partenaires

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
aux IST/VIH/Sida, à l'intention des bailleurs de fonds potentiels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays ;		MV : Rapport d'activités du SE/CNLS			
Résultat attendu 4.1.2: Renforcement de la surveillance épidémiologique					
4.1.2.1. Mettre à jour le plan de mise en oeuvre de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA	Protocoles de suivi de la dynamique spatiale et temporelle de l'infection définis	DB : Protocoles de la surveillance de seconde génération disponibles (2004, 2006) MV : Rapport de consultation	-	MINSAN_PF, SE/CNLS	Implication et volonté des partenaires
4.1.2.2. Assurer la collecte, le traitement et l'analyse des données épidémiologiques :	Résultats disponibles pour : (i) enquêtes dans des groupes de population spécifiques ; (ii) enquête de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes ; (iii) Enquêtes de surveillance biologique et comportementale ; (iv) Enquête démographique et sanitaire	BD : Résultats disponibles pour enquête de séroprévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes 2003 ; Enquêtes de surveillance biologique et comportementale 2004-2005 ; Enquête démographique et sanitaire 2003-2004 MV : Rapports des résultats d'enquêtes	Biennale, Quinquennale, Annuelle	MINSAN_PF, SE/CNLS	Engagement des partenaires impliqués
Résultat attendu 4.1.3: Promotion de la recherche					
4.1.3.1. Elaborer et mettre en oeuvre un plan relatif aux besoins prioritaires de recherche opérationnelle en appui à la mise en oeuvre du PSN	Nombre de recherches opérationnelles planifiées et réalisées selon les besoins	DB : Rapports de collecte de données pour l'élaboration de la cartographie de risque (Année 2005)	NA	MINSAN_PF, SE/CNLS	Engagement des partenaires

ACTIVITES	INDICATEURS	Données de base Moyens de vérifications	Fréquence de collecte	Responsables / Secteurs impliqués	HYPOTHESES
		MV: Rapports des résultats des recherches opérationnelles			
4.1.3.2. Effectuer des évaluations des impacts des activités de la lutte contre le VIH/SIDA	Résultats des évaluations disponibles et publiés	DB : Résultats émanant des missions conjointes des bailleurs de fonds MV : Rapport d'évaluations	Annuelle	SE/CNLS	Volonté et engagement partenaires
Objectif stratégique 4.2 : Mobiliser des fonds pour la mise en œuvre du plan d'action 2007-2012					
Résultat attendu 4.2.1: Gap de financement du plan d'action réduit					
4.2.1.1 Développer un plan de mobilisation des ressources financières sur la période 2007-20012 tenant compte des cycles de financement de différentes sources nationales et internationales	Plan de mobilisation des ressources établi	DB : ND MV : Rapport de l'élaboration du plan	Quinquennale	SE/CNLS - MEFB	Volonté et engagement partenaires
4.2.1.2. Mettre en place et opérationnaliser le système de suivi de l'utilisation des ressources financières en matière de lutte contre le VIH/SIDA	Système de suivi de ressources financières mis en place Pourcentage des contributions des partenaires respectifs	DB : ND MV : Rapport de suivi financier	Annuelle	SE/CNLS	Volonté et engagement partenaires
4.2.1.3 Mettre en place une cellule technique pluridisciplinaire chargée de la conception des squelettes des projets à soumettre aux partenaires financiers.	Nombre de projets soumis pour demande de financement	DB : ND MV : Rapport de la cellule technique	Annuelle	SE/CNLS	Volonté et engagement partenaires
4.2.1.4 Développer la collaboration internationale avec les pays donateurs/fondations/....	Montant de crédit, subvention ou donation obtenu	DB : ND MV : Accords financiers signés	Annuelle	SE/CNLS	Volonté et engagement partenaires
4.2.1.5 Renforcer le plaidoyer au niveau de tous les ministères clés pour l'intégration du VIH/SIDA dans la Politique Générale de l'Etat	Pourcentage du financement du POI annuel supporté par le budget de l'Etat	DB : ND MV : Finance publique	Annuelle	SE/CNLS - MEFB	Volonté politique et engagement de l'Etat

4. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Le cadre du suivi- évaluation du Plan d'Action est une représentation séquentielle des étapes devant conduire à l'appréciation des résultats obtenus dans la mise en œuvre des activités pour la période 2007-2012. Il repose sur des indicateurs qui vont permettre de mesurer le degré de mise en œuvre de la réponse. Ces indicateurs sont détaillés dans le Plan de Suivi et Evaluation du Plan d'Action 2007-2012, qui s'inscrit dans une démarche de respect des « trois principes d'unicité » et prend en compte toutes les composantes du Plan d'Action 2007-2012. Il est unique et sert ainsi de cadre de référence pour l'évaluation de l'ensemble des interventions dans le pays, quelque soit le partenaire de mise en œuvre. Il constitue un tableau de bord pour faire le suivi de toutes les initiatives et capitaliser l'expérience.

Un plan opérationnel intégré (POI) budgétisé couvrant la période de mise en œuvre du Plan d'Action été élaboré pour servir de document de référence dans la coordination des activités et la mobilisation des ressources auprès des partenaires. Le plan correspondant à chaque année d'exercice sera actualisé pour tenir compte des réalisations et des leçons tirées de l'année qui la précède. Le draft du POI annuel sera préparé avec les partenaires, dans le cadre des groupes de travail sectoriels, et présenté pour discussion au Forum des partenaires, en novembre/décembre de chaque année. Les membres de l'Unité de Suivi Evaluation seront chargés de sa finalisation, qui tiendra compte des observations et des propositions des partenaires pour sa validation par le Forum des partenaires, en janvier de l'année considérée. Toutes les activités appuyées ou directement entreprises par les partenaires dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/Sida seront inscrites dans ce POA annuel.

Les partenaires effectueront deux missions conjointes par an pour prendre connaissance des activités entreprises et réalisées sur le terrain et évaluer les progrès. Ces missions permettront de renforcer une compréhension commune du programme et formuler des recommandations pour assurer une meilleure efficacité des activités.

Enfin, le programme prévoit une revue conjointe annuelle, en septembre de l'année considérée. Cette revue sera l'occasion pour tous les partenaires de se mettre ensemble pour faire le bilan des réalisations au cours de l'année, de ressortir les points de succès pour leur capitalisation, ainsi que les points à améliorer.

Structures clés pour la mise en œuvre du système de suivi-évaluation national

Il s'agit de : (i) le groupe restreint de Suivi et Evaluation (GRSE), qui comprend des représentants des partenaires et acteurs de la lutte contre le VIH/Sida qui sont des spécialistes en Suivi-Evaluation-Recherche et qui constitue représente une plateforme technique en la matière ; (ii) l'Unité Suivi-Evaluation du SE/CNLS qui est chargée d'assurer la coordination de la mise en œuvre du système de SE National ; (iii) les Equipes Mobiles d'Appui à la Réponse au niveau décentralisé qui sont chargées d'appuyer/coacher les unités opérationnelles au niveau régional dans la planification régionale des activités et dans le suivi évaluation de ces activités pour assurer l'atteinte des objectifs, et ceci, en tenant compte de leur niveau de performance ; (iv) Les Unités du Secrétariat Exécutif (Prévention, Réponse locale et sectorielle, Prise en charge, Communication, Gestion administrative et financière) qui sont chargées de la compilation des données et de les transmettre à l'Unité SE du SE/CNLS; (v) les Partenaires Techniques et Financiers qui sont chargés de transmettre au SE/CNLS toute information relative au suivi-évaluation des projets qu'ils financent et mettent en œuvre; (vi) Les Structures Spécialisées et/ou ONG d'Encadrement qui sont des cabinets d'experts ou d'ONG spécialisées contractants avec le Secrétariat Exécutif pour certains aspects du Suivi-Evaluation, dont les Etudes, Recherche, Enquêtes et Audit. La contractualisation pour la

mise en œuvre des enquêtes et Etudes est prévue; (vii) Les structures du Comité National de Lutte contre le SIDA (Comité Régional de Lutte contre le SIDA (CRLS) au niveau de la Région, le Comité de District de Lutte contre le SIDA (CDLS) au niveau du district et le Comité local de Lutte contre le SIDA (CLLS) au niveau de la Commune) qui sont chargées de coordonner la réponse locale et d'assurer la supervision de la mise en œuvre des activités à leurs niveaux respectifs ; (viii) Le Laboratoire National de Référence qui, en partenariat avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial, est chargé de l'Assurance qualité des tests de dépistage et de la mise en œuvre de la Surveillance Sentinelle des IST/VIH/Sida (ix) Acteurs de mise en œuvre du Plan d'Action : il s'agit de tous les prestataires de services publics ou privés (services déconcentrés du MINSANPF, ONG/associations/OCB, les pairs éducateurs,...) intervenant dans les différents domaines tels que la Prévention, la PEC, la Communication,...

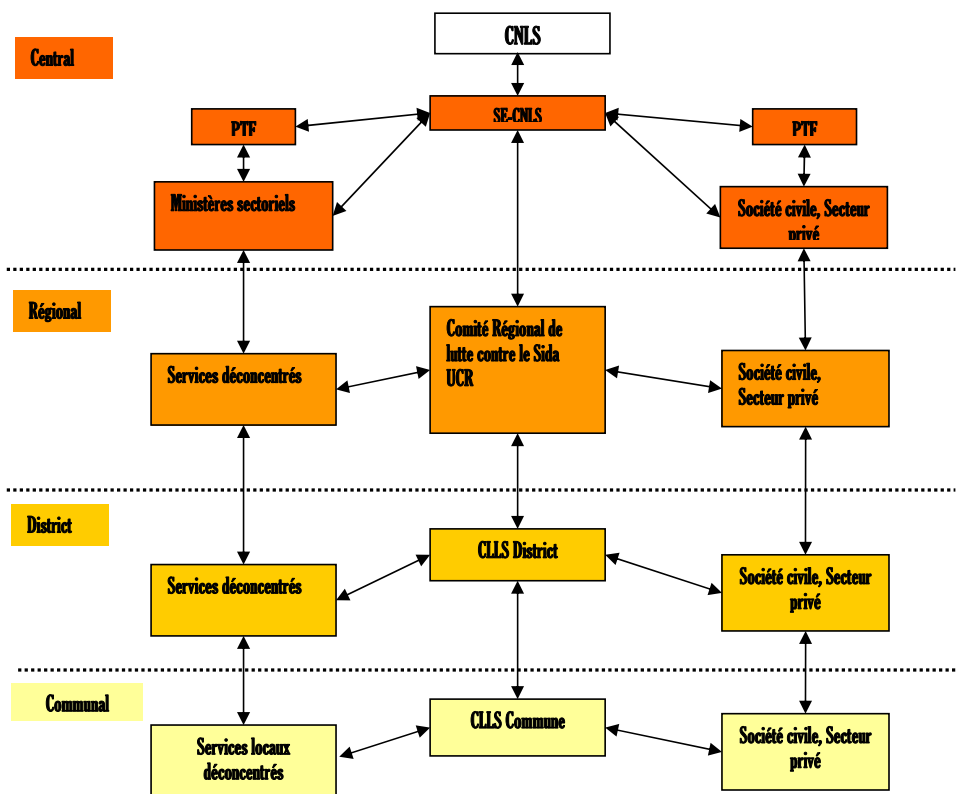
Niveaux du système de suivi et évaluation national.

Le système de Suivi et Evaluation national a également été défini. Il s'appuiera sur quatre niveaux :

- ⌘ La commune, où les acteurs du terrain (pairs éducateurs, bénévoles offrant des soins à domicile, ...) et des structures d'exécution (services déconcentrés, entreprises, associations, OCB, ...) ont pour rôle principal de développer, réaliser et documenter les différentes activités menées au profit des bénéficiaires. La collecte des données primaires est effectuée par les acteurs de terrain sous forme de compte rendu d'activités. Le recueil s'effectue sous forme de fiches mensuelles et de rapports trimestriels élaborés par le responsable technique de chaque structure d'exécution. Ces données sont envoyées au CLLS pour effectuer une analyse simple sous forme de tableaux de suivi pour assurer un bon suivi de la performance de la commune ;
- ⌘ Le district, où le Comité de District de Lutte contre le Sida (CDLS à instituer) tient le rôle de structure de validation, de centralisation et de transmission des données. Tous les rapports/fiches de suivi mensuel des différentes structures d'exécution intervenant dans les zones de couverture du district sont centralisés au niveau du CDLS et validé par ses membres. Une analyse simple est effectuée par les membres du Comité de District à partir des synthèses des rapports/fiches mensuels pour assurer l'utilisation locale des données dans la planification, la coordination et l'harmonisation des interventions au niveau du district. Sous la supervision du Président du CDLS, les données et informations doivent être partagées avec tous les acteurs du district et faire l'objet d'un rapport à envoyer tous les trois mois au niveau du Comité Régional de lutte contre le SIDA (CRLS) ;
- ⌘ La région, où le Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS à instituer) assure l'agrégation des données des différents districts, le traitement des données et l'utilisation de l'information à des fins de gestion afin d'obtenir des informations sur la performance de la Région par rapport à la réponse. C'est une structure régionale de coordination et de Suivi-Evaluation où les éléments des conventions locales (Plan Opérationnel, Plan de S-E et Budget) ainsi que les fiches de suivi mensuel et les rapports trimestriels des structures d'exécution sont saisis et traités. Le Secrétariat Permanent du CRLS est assuré par l'Unité de Coordination Régionale (UCR). Tous les originaux des fiches de suivi mensuel sont transmis au niveau régional (DRSPF et CT/UCR) avec un cahier de transmission. Toutes les fiches des différentes structures d'exécution intervenant dans la Région sont centralisées chaque mois au niveau de l'UCR. En plus, les données et informations sur toutes les interventions de lutte contre le VIH/Sida au niveau de la Région menées par les structures conventionnelles mais aussi d'autres structures d'exécution sont saisies, traitées et

partagées au niveau du CRLS. Une analyse des données et un traitement des informations sont effectuées par les membres du Task force Régionale. Ce processus est appuyé par les structures et/ou ONG d'encadrement. Le CRLS élabore des rapports trimestriels et annuels du Plan intégré de la Région. Il effectue la rétro - information aussi bien vers les CDLS et les CLLS que vers les structures d'exécution. Il doit également assurer l'utilisation des informations régionales pour une prise de décision en vue d'améliorer la performance du Plan Opérationnel Intégré ;

⌘ Le niveau central comprend : (i) Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) pour le niveau décisionnel ; (ii) Le Forum de Partenaires et le GRSE pour le niveau d'Appui et Conseil ; (iii) Le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le SIDA (SE-CNLS) pour la Coordination et l'Exécution. Le SE/CNLS a constitué une Unité de Suivi-Evaluation/Recherche (USE) qui est la structure de coordination pour le système de Suivi-Evaluation national. L'USE est le dépôt central de toute information en matière d'IST et VIH/Sida au niveau national. L'Unité s'occupe de la gestion et du développement du système de Suivi-Evaluation national, en collaboration avec les structures décentralisées de coordination et les autres acteurs clés. L'USE travaille en étroite collaboration avec tous les sous systèmes concernés. Le système de suivi évaluation national peut ainsi être schématisé selon le diagramme ci-dessous :



Pour assurer une gestion efficace des données et informations liées au VIH/Sida dans le pays, il est demandé aux institutions (publiques, privées et ONG) intervenant dans la lutte contre le VIH/Sida d'appuyer le SE/CNLS dans son rôle de coordination du SE/CNLS en reconnaissant l'Unité de Suivi et Evaluation du SE/CNLS comme l'organe chargé de la coordination du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre les IST et le VIH/Sida au niveau national. A ce titre, toutes les données et informations relatives aux activités de lutte contre le VIH/Sida devraient lui être communiquées dans les délais prévus pour le traitement et feedback. L'unité doit également recevoir une copie des rapports d'analyse et d'exploitation des résultats des opérations de collecte de données par les institutions partenaires. Enfin, en tant que premier responsable de la gestion des données stratégiques sur le VIH/Sida à Madagascar, le SE/CNLS doit recevoir tous les rapports et publications relatifs aux IST et VIH/Sida à Madagascar. Ils sont d'une importance capitale pour le suivi de la mise en œuvre du Plan d'Action.

5. FINANCEMENT DU PLAN D'ACTION 2007-2012

5.1. BUDGETISATION DU PLAN D'ACTION 2007-2012

Le budget nécessaire pour la réalisation des activités du PSN 2007-2012 est repris dans le tableau suivant :

AXE STRATEGIQUE	BUDGET en USD						
	TOTAL	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Axe Stratégique 1 : Mise en place d'un cadre juridique, politique et opérationnel pour une réponse aux IST et VIH/SIDA multisectorielle, intégrée, efficace et protégeant les droits des personnes							
TOTAL AXE 1	27 163 170	4 868 170	5 480 000	4 505 000	4 260 000	4 370 000	3 680 000
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès à l'information et aux services cliniques de prévention des IST et du VIH/SIDA de qualité							
TOTAL AXE 2	90 033 350	13 879 540	15 436 710	15 691 490	15 086 370	15 497 070	14 442 170
Axe Stratégique 3 : Réduction de l'impact du VIH et du SIDA sur les personnes infectées et affectées par l'épidémie							
TOTAL AXE 3	54 578 420	4 563 970	12 279 300	12 754 350	8 156 100	7 849 850	8 974 850
Axe Stratégique 4 : Renforcement de la gestion de la réponse nationale							
TOTAL AXE 4	17 099 875	1 445 200	3 760 535	3 038 535	3 378 535	2 738 535	2 738 535
TOTAL GENERAL	188 874 815	24756880	36 956 545	35 989 375	30 881 005	30 455 455	29 835 555

5.2. BESOINS EN FINANCEMENT

Le financement actuellement disponible pour les activités du Plan d'Action 2007_2012 s'élève à :

Source de financement	Montant	Période
Banque Mondiale		

Fonds Mondial		
Banque Africaine de Développement		
Unicef		
UNFPA		
UNDP		
OMS		
PAM		
URSIDA/COI		
Agence Française de Développement (AFD)		
USAID		
Coopération Suisse		
JICA		
GTZ		
Etat Malagasy		

Les ressources disponibles ne suffiront pas à la mise en œuvre du Plan d'Action 2007-2012. Le financement à mobiliser s'élève à :

Montant requis	Montant disponible	Montant à mobiliser

ANNEXES

**ORGANIGRAMME DU SECRETARIAT EXECUTIF
DU COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/Sida**

**CELLULE DE
COORDINATION ET
SUIVI DES PROJETS**

SECRETAIRE EXECUTIF

TASK FORCE « ASSURANCE QUALITE »

Stratégies organisationnelles et sectorielles
et Plans d'action
- Partenariat et coordination
- Appui technique aux composantes de la réponse

DIRECTION TECHNIQUE

UNITE CHARGEE DE LA PREVENTION

- PEC des IST classiques
- Dépistage du VIH
- Précautions Universelles/ Sécurité Transfusionnelle.
- Collaboration programmes TB et VIH

UNITE CHARGEE DE LA PRISE EN CHARGE

- PEC Médicale des PVIH/Référence
- Soutien psychosocial
- Orphelins et Enfants Vulnérables
- Associations des PVIH

UNITE CHARGEE DE LA REPONSE LOCALE ET INTERVENTIONS SECTORIELLES

- Appui aux Structures Décentralisées
- Appui à la Réponse locale
- Interventions sectorielles
- Réponse de la Société Civile

STRUCTURES DECENTRALISEES

UNITE SUIVI ET EVALUATION

- Suivi programmatique (technique et financier)
- Suivi de l'épidémie
- Suivi et évaluation de la réponse nationale
- Alignement des partenaires, Harmonisation et Mobilisation des ressources

UNITE COMMUNICATION

S/Unité Communication liée au Programme
- Plaidoyer
- Communication de Masse /Média
- Communication de proximité (UMV)
- Mobilisation sociale (Femmes, Jeunes, ...)
- Production de supports
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination
S/Unité Communication liée à l'institution
- CID y compris le numéro vert
- Capture des « Best Practices »
- Relations Publiques

DIRECTION DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

UNITE ADMINISTRATION ET FINANCES
Finance & Comptabilité
- PMPS
- FM
- SNU
- GTZ
- AFD
- Budget de l'Etat

Gestion du Personnel

UNITE PASSATIONS DES MARCHES

- Médicaments, réactifs, consommables et équipements médicaux
- Contrats de prestation de services et Fournitures de bureau
- Véhicules, Equipements et Réhabilitation des infrastructures

UNITE LOGISTIQUE

- Gestion du parc de véhicules
- Gestion des équipements
- Produits de santé
- Magasin de stockage

UNITE T.I.C

- Maintenance du parc informatique
- Administration du réseau

AGENCE DE GESTION FINANCIERE (AGF)

Annexe 2 - Liste des communes absolument prioritaires pour les interventions (2007)

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES
ANALAMANGA	ANDRAMASINA	ALATSINAINY BAKARO
	ANJOZOROBE	ANALAROA
	ANKAZOBE	ANKAZOBE
	ANTANANARIVO RENIVOHITRA	ANTANANARIVO RENIVOHITRA
BONGOLAVA	FENOARIVIBE	FENOARIVIBE
	FENOARIVIBE	TSINJOARIVO
	TSIROANOMANDIDY	AMBALANIRANA
	TSIROANOMANDIDY	BELOBAKA
	TSIROANOMANDIDY	MAHASOLO
	TSIROANOMANDIDY	TSIROANOMANDIDY
ITASY	MIARINARIVO	ANALAVORY
	SOAVINANDRIANA	SOAVINANDRIANA
VAKINANKARATRA	ANTANIFOTSY	AMBOHIMANDROSO
	ANTSIRABE I	ANTSIRABE CU
	ANTSIRABE II	IBITY
DIANA	AMBILOBE	AMBILOBE
	AMBANJA	AMBANJA CU
	NOSY BE	NOSY BE CU
SAVA	ANDAPA	ANDAPA CU
	ANTALAHA	AMBOHITRALANANA
	ANTALAHA	ANTALAHA CU
	SAMBAVA	SAMBAVA CU
	VOHIMARINA	VOHEMAR-CENTRE CU

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES
AMORONI MANIA	AMBOSITRA	AMBOSITRA I
ATSIMO ATSIANANA	FARAFANGANA	FARAFANGANA
	VANGAINDRANO	VANGAINDRANO
	VONDROZO	VONDROZO
HAUTE MATSIATRA	AMBALAVAO	AMBALAVAO
	AMBOHIMAHASOA	AMBOHIMAHASOA
	IKALAMAVONY	IKALAMAVONY
IHOROMBE	IAKORA	RANOTSARA NORD
	IHOSY	IHOSY
	IHOSY	ILAKAKA
	IHOSY	RANOHIRA
	IHOSY	SATROKALA
	IHOSY	SOAMATASY
	IVOHIBE	IVOHIBE
VATOVAVY FITOVINANY	IFANADIANA	KELIKALINA
	IKONGO	IFANIREA
	MANAKARA	MANAKARA-TANAMBE
	MANAKARA	SAHASINAKA
	MANANJARY	MANANJARY
	NOSY VARIKA	NOSY-VARIKA
	VOHIPENO	ILAKATRA
	VOHIPENO	VOHIPENO
BETSIBOKA	MAEVATANANA	AMBALA/OMBY
	MAEVATANANA	MAEVA I
	MAEVATANANA	TSARARANO

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES
	TSARATANANA	AMBAKIRENY
	TSARATANANA	ANDRIAMENA
	TSARATANANA	BEKAPAIKA
	TSARATANANA	MANAKANA
	TSARATANANA	TSARATANANA
BOENY	AMBATOBOENY	AMBATOBOENY
	MAHAJANGA I	CU MAHAJANGA
	MAHAJANGA II	AMBALABE BEFANJafa
	MAHAJANGA II	BELOBAKA
	MITSinJO	KATSEPY
	SOALALA	ANDRANOMAVO
	SOALALA	MATSAKABANJA
	SOALALA	SOALALA
MELAKY	AMBATOMAINTY	AMBATOMAINTY
	ANTSALOVA	ANTSALOVA
	ANTSALOVA	BEKOPAKY
	ANTSALOVA	MASOARIVA
	ANTSALOVA	TRANGAHY
	BESALAMPY	AMPAKO
	BESALAMPY	ANKASAKASA
	BESALAMPY	BESALAMPY
	BESALAMPY	SONENGA
	MAINTIRANO	MAINTIRANO
	MORAFENOBE	MORAFENOBE
SOFIA	ANTSOIHY	C.U ANTSOIHY

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES
	BEALANANA	BEALANANA
ALAO TRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	AMBATONDRAZAKA CU
	AMPARAFARAVOLA	AMBOHIJANAHARY
	AMPARAFARAVOLA	AMPARAFARAVOLA
	AMPARAFARAVOLA	TANAMBE
	ANDILAMENA	ANDILAMENA
	MORAMANGA	MORAMANGA
ANALANJIROFO	FENOARIVO EST	FENOARIVO EST CU
	MANANARA AVARATRA	SANDRAKATSY
	MANANARA NORD	MANANARA-NORD
	MAROANTSETRA	RANTABE
	MAROANTSETRA	MAROANTSETRA CU
	NOSY BORAHA	NOSY BORAHA CU
	SOANIERANA IVONGO	SOANIERANA-IVONGO
	VAVANTENINA	VAVATENINA VILLE
ATSINANANA	MAHANORO	MAHANORO
	MAROLAMBO	MAROLAMBO
	TOAMASINA I	TOAMASINA I
	TOAMASINA II	TOAMASINA II
	VATOMANDRY	NIAROVANA/CAROLINE
	VATOMANDRY	TSIVANGIANA
	VATOMANDRY	VATOMANDRY
	VOHIBINANY	VOHIBINANY-(BRICKAVILLE)
ANDROY	AMBOVOMBE	AMBOVOMBE ANDROY
	BELOHA	BELOHA

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES
ANOSY	AMBOASARY SUD	AMBOASARY-ATSIMO
	BETROKA	BETROKA
	TAOLAGNARO	TAOLANARO
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	AMPANIHY-CENTRE
	ANKAZOABO	ANDRANOMAFANA
	ANKAZOABO	ANKAZOABO
	ANKAZOABO	BERENTY
	ANKAZOABO	FITOVOLO
	BENENITRA	AMBALAVATO
	BENENITRA	EHARA
	BETIOKY	AMBATRY
	BETIOKY	BESELY
	BETIOKY	BETIOKY ATSIMO
	BETIOKY	BEZAHA
	BETIOKY	FAMENATSOA
	SAKARAH	SAKARAH
	TOLIARY I	TOLIARA CU
	TOLIARY II	ANAKAO
MENABE	BELO SUR TSIRIBIHINA	TSARAOTANA
	MANJA	MANJA
	MORONDAVA	MORONDAVA

Annexe 3 - Communes vulnérables prioritaires pour le renforcement des activités de communication

Communes vulnérables non couvertes par la Radio TV et prioritaires pour les radio manivelles et UVM

REGIONS	DISTRICTS VULNERABLES	COMMUNES VULNERABLES
PROVINCE FIANARANTSOA		
IHOROMBE	IAKORA	RANOTSARA NORD
PROVINCE MAHAJANGA		
BOENY	MITSinJO	KATSEPY
MELAKY	BESALAMPY	AMPAKO
MELAKY	BESALAMPY	ANKASAKASA
MELAKY	BESALAMPY	SONENGA
PROVINCE TOLIARY		
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TAMEANTSOA

Communes vulnérables non couvertes par Radio Manivelle

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES VULNERABLES
PROVINCE ANTANANARIVO		
ANALAMANGA	ANDRAMASINA	ALATSINAINY BAKARO
ANALAMANGA	ANJOZOROBE	ANALAROA
ANALAMANGA	ANKAZOBE	ANKAZOBE
ANALAMANGA	ANTANANARIVO RENIVOHITRA	ANTANANARIVORENIVOHITRA
BONGOLAVA	FENOARIVOBE	TSINJOARIVO
ITASY	MIARINARIVO	ANALAVORY
ITASY	SOAVINANDRIANA	SOAVINANDRIANA
VAKINANKARATRA	ANTANIFOTSY	AMBOHIMANDROSO
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE I	ANTSIRABE CU
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE II	IBITY

PROVINCE ANTSIRANANA		
DIANA	AMBILOBE	AMBILOBE
DIANA	AMBANJA	AMBANJA CU
DIANA	NOSY BE	NOSY BE CU
SAVA	ANDAPA	ANDAPA CU
SAVA	ANTALAHA	AMBOHITRALANANA
SAVA	ANTALAHA	ANTALAHA CU
SAVA	VOHIMARINA	VOHEMAR-CENTRE CU
PROVINCE FIANARANTSOA		
AMORON'I MANIA	AMBOSITRA	AMBOSITRA I
ATSIMO ATSIANANA	VONDROZO	VONDROZO
HAUTE MATSIATRA	AMBALAVAO	AMBALAVAO
HAUTE MATSIATRA	AMBOHIMAHASOA	AMBOHIMAHASOA
HAUTE MATSIATRA	IKALAMAVONY	IKALAMAVONY
IHOROMBE	IAKORA	RANOTSARA NORD
IHOROMBE	IHOSY	IHOSY
IHOROMBE	IHOSY	ILAKAKA
IHOROMBE	IHOSY	RANOHIRA
IHOROMBE	IHOSY	SATROKALA
IHOROMBE	IHOSY	SOAMATASY
IHOROMBE	IVOHIBE	IVOHIBE
VATOVAVYFITOVINANY	IFANADIANA	KELILALINA
VATOVAVYFITOVINANY	IKONGO	IFANIREA
VATOVAVYFITOVINANY	MANAKARA	SAHASINAKA
VATOVAVYFITOVINANY	NOSY VARIKA	NOSY-VARIKA
VATOVAVYFITOVINANY	VOHIPENO	ILAKATRA
PROVINCE MAHAJANGA		
BETSIBOKA	MAEVATANANA	AMBALAJANAKOMBY
BETSIBOKA	MAEVATANANA	MAEVA I
BETSIBOKA	MAEVATANANA	TSARARANO
BETSIBOKA	TSARATANANA	AMBAKIRENY
BETSIBOKA	TSARATANANA	ANDRIAMENA

BETSIBOKA	TSARATANANA	BEKAPAIKA
BETSIBOKA	TSARATANANA	MANAKANA
BETSIBOKA	TSARATANANA	TSARATANANA
BOENY	AMBATOBOENY	AMBATOBOENY
BOENY	MAHAJANGA I	CU MAHAJANGA
BOENY	MAHAJANGA II	AMBALABE BEFANJafa
BOENY	MAHAJANGA II	BELOBAKA
BOENY	MITSinJO	KATSEPY
BOENY	SOALALA	ANDRANOMAVO
BOENY	MITSinJO	MATSAKABANJA
BOENY	SOALALA	SOALALA
MELAKY	AMBATOMAINTY	AMBATOMAINTY
MELAKY	ANTSALOVA	ANTSALOVA
MELAKY	ANTSALOVA	BEKOPAKY
MELAKY	ANTSALOVA	MASOARIVA
MELAKY	ANTSALOVA	TRANGAHY
MELAKY	BESALAMPY	AMPAKO
MELAKY	BESALAMPY	ANKASAKASA
MELAKY	BESALAMPY	BESALAMPY
MELAKY	BESALAMPY	SONENGA
MELAKY	MAINTIRANO	MAINTIRANO
MELAKY	MORAFENOBE	MORAFENOBE
SOFIA	ANTSOHIHY	C.U ANTSOHIHY
SOFIA	BEALANANA	BEALANANA
PROVINCE TOAMASINA		
ALAOTRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	AMBATONDRAZAKA CU
ALAOTRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA	AMBOHIJANAHARY
ALAOTRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA	AMPARAFARAVOLA
ALAOTRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA	TANAMBE
ALAOTRA MANGORO	ANDILAMENA	ANDILAMENA
ANALANJIROFO	MANANARA AVARATRA	SANDRAKATSY
ANALANJIROFO	MANANARA NORD	MANANARA-NORD

ANALANJIROFO	MAROANTSETRA	RANTABE
ANALANJIROFO	MAROANTSETRA	MAROANTSETRA CU
ANALANJIROFO	NOSY BORAHA	NOSY BORAHA CU
ANALANJIROFO	SOANIERANA IVONGO	SOANIERANA-IVONGO
ANALANJIROFO	VAVATENINA	VAVATENINA VILLE
ATSINANANA	MAHANORO	MAHANORO
ATSINANANA	MAROLAMBO	MAROLAMBO
ATSINANANA	TOAMASINA I	TOAMASINA I
ATSINANANA	VATOMANDRY	NIAROVANA/CAROLINE
ATSINANANA	VATOMANDRY	TSIVANGIANA
ATSINANANA	VATOMANDRY	VATOMANDRY
ATSINANANA	VOHIBINANY	VOHIBINANY-(BRICKAVILLE)
PROVINCE TOLIARY		
ANDROY	AMBOVOMBE	AMBOVOMBE ANDROY
ANDROY	BELOHA	BELOHA
ANOSY	AMBOASARY SUD	AMBOASARY-ATSIMO
ANOSY	BETROKA	BETROKA
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	AMPANIHY-CENTRE
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANDRANOMAFANA
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANKAZOABO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	FITOVOLO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	AMBALAVATO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	EHARA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	AMBATRIMITSINJO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BESELY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BETIOKY ATSIMO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BEZAHA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TAMEANTSOA
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	SAKARAH
MENABE	BELO SUR TSIRIBIHINA	TSARAOTANA
MENABE	MORONDAVA	MORONDAVA

Communes vulnérables non couvertes par UMV

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES VULNERABLES
PROVINCE ANTANANARIVO		
ANALAMANGA	ANDRAMASINA	ALATSINAINY BAKARO
ANALAMANGA	ANJOZOROBE	ANALAROA
BONGOLAVA	FENOARIVIBE	TSINJOARIVO
PROVINCE ANTSIRANANA		
SAVA	ANTALAHA	AMBOHITRALANANA
PROVINCE FIANARANTSOA		
IHOROMBE	IAKORA	RANOTSARA NORD
VATOVAVYFITOVINANY	IFANADIANA	KELILALINA
VATOVAVYFITOVINANY	IKONGO	IFANIREA
VATOVAVYFITOVINANY	MANAKARA	SAHASINAKA
VATOVAVYFITOVINANY	NOSY VARIKA	NOSY-VARIKA
VATOVAVYFITOVINANY	VOHIPENO	ILAKATRA
PROVINCE MAHAJANGA		
BETSIBOKA	TSARATANANA	AMBAKIRENY
BETSIBOKA	TSARATANANA	ANDRIAMENA
BETSIBOKA	TSARATANANA	MANAKANA
BOENY	SOALALA	ANDRANOMAVO
MELAKY	AMBATOMAINTY	AMBATOMAINTY
MELAKY	ANTSALOVA	ANTSALOVA
MELAKY	ANTSALOVA	BEKOPAKA
MELAKY	ANTSALOVA	MASOARIVO
MELAKY	ANTSALOVA	TRANGAHY
MELAKY	BESALAMPY	AMPAKO
MELAKY	BESALAMPY	ANKASAKASA

MELAKY	BESALAMPY	BESALAMPY
MELAKY	BESALAMPY	SONENGA
MELAKY	MAINTIRANO	MAINTIRANO
MELAKY	MORAFENOBE	MORAFENOBE
PROVINCE TOAMASINA		
ANALANJIROFO	MANANARA AVARATRA	SANDRAKATSY
ANALANJIROFO	MAROANTSETRA	RANTABE
ATSINANANA	VATOMANDRY	NIAROVANA/CAROLINE
PROVINCE TOLIARY		
ANOSY	AMBOASARY SUD	AMBOASARY-ATSIMO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANDRANOMAFANA
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	FOTIVOLO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	AMBALAVATO
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	EHARA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	AMBATRIMITSINJO
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BESELY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BEZAHA
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TAMEANTSOA
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARY II	ANAKAO

Communes vulnérables non couvertes par les activités promotionnelles des Groupements (financement FAP)

REGIONS	DISTRICTS	COMMUNES VULNERABLES
PROVINCE ANTANANARIVO		
BONGOLAVA	FENOARIVOBÉ	TSINJOARIVO
PROVINCE FIANARANTSOA		
IHOROMBE	IHOSY	SOAMATASY
VATOVAVYFITOVINANY	IKONGO	IFANIREA
VATOVAVYFITOVINANY	VOHIPENO	ILAKATRA

PROVINCE MAHAJANGA		
BETSIBOKA	TSARATANANA	AMBAKIRENY
BETSIBOKA	TSARATANANA	ANDRIAMENA
BETSIBOKA	TSARATANANA	BEKAPAIKA
BETSIBOKA	TSARATANANA	MANAKANA
BOENY	AMBATOBOENY	AMBATOBOENY
BOENY	MAHAJANGA II	AMBALABE BEFANJAVA
BOENY	MAHAJANGA II	BELOBAKA
BOENY	MITSinJO	KATSEPY
MELAKY	AMBATOMAINTY	AMBATOMAINTY
MELAKY	ANTSALOVA	BEKOPAKY
MELAKY	ANTSALOVA	MASOARIVA
MELAKY	ANTSALOVA	TRANGAHY
MELAKY	BESALAMPY	AMPAKO
MELAKY	BESALAMPY	ANKASAKASA
MELAKY	BESALAMPY	BESALAMPY
MELAKY	BESALAMPY	SONENGA
PROVINCE TOAMASINA		
ALAO TRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA	AMBOHIJANAHARY
ATSINANANA	VATOMANDRY	NIAROVANA/CAROLINE
ATSINANANA	VATOMANDRY	TSIVANGIANA
PROVINCE TOLIARY		
ANOSY	AMBOASARY SUD	AMBOASARY-ATSIMO
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	ANDRANOMAFANA
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO	BERENTY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	BESELY
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY	TAMEANTSOA

Annexe 4 – Principales études, évaluations et enquêtes

Evaluations Externes des Stratégies du Programme (revues)	Annuelles	Cabinet ou Structure Spécialisée
TYPES d' EVALUATIONS	FREQUENCE DE COLLECTE	INSTITUTION RESPONSABLE
Evaluations Internes du Programme (revue)	Annuelles	SE/CNLS
ENQUETES et ETUDES		
Enquêtes initiales pour les données de base	An 1	Cabinet ou Structure
Enquête Démographique Sanitaire	Tous les 5 ans	Cabinet ou Structure
Enquête Nationale de Séroprévalence chez les Femmes	Tous les 5 ans	MINSANF PF
Etude pour évaluation des qualités de services de PEC	Tous les 2 ans	MINSAN PF
Enquête pour indice composite du Pays	Tous les 2 ans	Consultant
Enquête Nationale sur la Prévalence des IST	Tous les 3 ans (2009,	Cabinet ou Structure
Etude dans le Milieu du Travail	Tous les 2 ans	Consultant
Enquête en milieu scolaire	Tous les 2 ans	Consultant
Etude sur la revue des dépenses en VIH/Sida	Tous les 2 ans	Consultant
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE		
Enquête de Surveillance Biologique (sites sentinelles)	Tous les ans	MINSAN PF
Enquête de Surveillance Comportementale	Tous les 2 ans	Cabinet ou Structure
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jeunes 15-24 ➤ Adultes ➤ Groupes passerelles ➤ Hommes en Tenue ➤ HRH 		Spécialisée
Enquête biocomportementale (groupe cible à identifier)	Tous les deux ans	Cabinet ou Structure
AUDITS ET EVALUATIONS		
Audits (Techniques et Financiers) du Programme National	Annuels	Cabinet ou Structure Spécialisée

Annexe 5 - Calendrier pour l'élaboration du PSN 2007-2012
Annexe 6 - Liste des personnes ayant contribué à l'élaboration du PSN 2007-2012