



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU **SIDA A MADAGASCAR**

**Période considérée :
Janvier 2010 – Décembre 2011**

Mars 2012

Sommaire

I) Aperçu de la situation

- a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport
- b) La situation actuelle de l'épidémie
- c) La riposte au plan politique et programmatique
- d) Le récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

II) Aperçu de l'épidémie de sida

III) Riposte nationale à l'épidémie de sida

- a) Les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période 2010-2011
- b) Les liens entre l'environnement politique, la mise en œuvre des programmes, les changements de comportement et la prévalence du VIH
- c) Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques et stratégies

IV) Meilleures pratiques

V) Principaux obstacles et mesures correctives

- a) Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le rapport de situation national 2009
- b) Les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de la période 2010-2011
- c) Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS

VI) Soutien des partenaires du développement

- a) Le soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS
- b) Les actions que doivent entreprendre ces partenaires à cette fin

VII) Suivi et évaluation

- a) Du système actuel de suivi et évaluation
- b) Des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système complet de suivi et évaluation

Acronymes

AFS	:	Association Fonds de Solidarité
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CDT	:	Centre de Diagnostic de Tuberculose
CDV	:	Centre de dépistage volontaire
CNLS	:	Comité National de Lutte contre le Sida
EDS	:	Enquête démographique et de santé
ESB	:	Enquête de surveillance biologique
ESC	:	Enquête de surveillance comportementale
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GIZ	:	Deutsche Gesellschaft Für Internationale Zusammenarbeit
GVT	:	Gouvernement
HSB	:	Homme ayant des rapports sexuels avec un homme
IEC	:	Information – Education - Communication
IST	:	Infection sexuellement transmissible
JICA	:	Japan International Cooperation Agency
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
NASA	:	National Aids Spending Assessment
NCPI	:	National Composite Policy Index
ODM	:	Objectif de développement du Millénaire
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	:	Organisation des Nations Unies
OEV	:	Orphelins et enfants vulnérables
PAIS	:	Programme d'action pour l'intégration des intrants de santé
PDSS	:	Plan de développement du secteur santé
PEC	:	Prise en charge
PGE	:	Politique générale de l'état
PNUD	:	Programme de Développement des Nations Unies
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PSN	:	Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida
PTME	:	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	:	Personne vivant avec le VIH
PS	:	Professionnelle de sexe
SECNLS	:	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
	:	Service de lutte contre les IST
UDI	:	Utilisateur de drogue injectable
UGP PMPS	:	Unité de gestion du Projet multisectoriel pour la prévention du sida
(Banque Mondiale)		
UNGASS	:	United Nations General Assembly Special Session on VIH/Sida
UNICEF	:	United Nations Children's Fund
VIH	:	Virus d'Immuno-déficience Humaine

I) Aperçu de la situation

En tant que pays ayant adhéré à la Déclaration d'Engagement sur le VIH et sida en Juin 2001, Madagascar, par le présent rapport, entend partager au reste du monde sa réalité du VIH et sida, sa conception de la lutte qu'elle mène et projette de mener pour atteindre les objectifs de la déclaration d'une part, et les résultats qu'elle aura obtenus à ce jour d'autre part.

a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

Pour l'élaboration et la rédaction du rapport proprement dit, le Secrétariat Exécutif du Comité national de lutte contre le sida (SE/CNLS), en collaboration étroite avec l'ONUSIDA, a fait appel au Groupe restreint de Suivi & Evaluation composé par les représentants des partenaires nationaux et internationaux. Les tâches qui leur ont été attribuées sont :

1. Recueillir les données requises sur les 30 indicateurs clés, incluant le NCPI et le NASA pour le rapport d'activité sur la riposte au sida à Madagascar ;
2. Compiler les données collectées et proposer un draft de rapport ;
3. Assurer l'organisation d'un atelier de validation de la proposition de rapport avec toutes les parties prenantes de la réponse au VIH et au sida, au cours d'un forum des partenaires, sous le leadership du SE/CNLS ;
4. Finaliser le rapport en tenant compte des recommandations issues de l'atelier.

La participation des parties prenantes au processus a été effective et dynamique malgré la persistance de la crise socio-politique à Madagascar. La crise n'a pas tellement eu d'impact sur l'engagement et la mobilisation des parties prenantes dans l'ensemble du processus de rédaction du rapport.

Les informations relatives au NASA ont été élaborées avec l'assistance d'un consultant national. Le remplissage de la NCPI a vu la participation active de toutes les parties prenantes au cours d'un atelier regroupant le secteur public, le secteur privé, la société civile et les partenaires techniques et financiers. Des séances de travail concernant les autres indicateurs de l'UNGASS ont été tenues avec les responsables nationaux des différents services concernés et/ou avec les responsables du SE/CNLS sous la conduite des coordinateurs désignés à cet effet. La collecte des différentes informations a été rendue possible grâce à la relative complétude notamment des rapports des différentes parties prenantes transmises auprès du SE/CNLS et aux résultats d'études menées par le SE/CNLS au cours de l'année 2010 à 2011.

Il convient par ailleurs d'apporter la remarque suivante pour une meilleure compréhension de l'ensemble des indicateurs : par rapport au précédent rapport UNGASS, les objectifs tiennent compte de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011.

b) La situation actuelle de l'épidémie

Madagascar fait partie des pays de l'Afrique Sub-saharienne où la prévalence du VIH est restée relativement basse. Cependant, en une décennie environ, le profil de l'épidémie à VIH est passé de l'épidémie naissante à une épidémie concentrée au niveau de certains groupes de populations,

particulièrement les populations clés les plus exposés aux risques (HSH, PS, UDI). En effet, la surveillance épidémiologique et les estimations faites par ONUSIDA ont montré que, depuis le premier cas de sida diagnostiqué en 1987, la prévalence du VIH dans la population adulte est passée de 0,02% en 1989 à 0,13% en 2007 et à 0,37% en 2010. Ce qui montre que l'épidémie à VIH progresse à Madagascar. Dans ce contexte de basse prévalence, certains groupes de populations tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) présentent une plus grande fréquence de séropositivité au VIH : 1 HSH sur 7 serait séropositif à Madagascar. Suite à une enquête biologique et comportementale menée en 2010 auprès des HSH, la prévalence du VIH est de 14.66%. Par ailleurs, on note une forte prévalence des IST classiques : 1 femme enceinte sur 20 et 1 professionnelle de sexe (PS) sur 7 sont positives à la syphilis.

Malgré l'insularité et la faible exposition au virus, l'isolement géographique, la circoncision masculine quasi-généralisée avant la puberté, et les programmes de prévention et de prise en charge des IST, les facteurs de risque dont le multi partenariat sexuel particulièrement chez les hommes, le commerce du sexe, la mobilité professionnelle, les rites et coutumes et le taux élevé de prévalence des infections sexuellement transmissibles demeurent cependant très présents à Madagascar et pourraient faciliter une éventuelle croissance épidémique.

Le Gouvernement de Madagascar a une claire conscience du danger que représente le VIH/sida dans ce contexte de basse prévalence d'une épidémie qui ne cesse de progresser. Aussi, s'est-il fixé l'objectif national d'inverser la tendance actuelle et de réduire l'impact de l'épidémie à VIH. Pour se donner les moyens de cette ambition le pays, conformément aux recommandations internationales, s'est rangé parmi les nations qui ont souscrit aux engagements à faire tout le nécessaire pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien, principalement en faveur des populations infectées ou affectées et des populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH, d'ici à 2015.

c) La riposte au plan politique et programmatique

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

Les indicateurs de base à l'intention de l'UNGASS pour 2011 sont consignés dans le tableau suivant :

d) INDICATEURS DE BASE DE L'UNGASS

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle <i>Population générale</i>	1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	Male : 26% Femelle : 22.5%	Nov 2008-Juin 2009	EDS 2008-2009
	1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	Male : 9.1% Femelle : 17.6%	Nov 2008-Juin 2009	EDS 2008-2009
	1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Male : 14.6% Femelle : 3.2%	Nov 2008-Juin 2009	EDS 2008-2009
	1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	Male : 7.4% Femelle : 7.6%	Nov 2008 - Juin 2009	EDS 2008-2009
	1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Male : 3.6% Femelle : 4.2%	Nov 2008 - Juin 2009	EDS 2008-2009
	1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	0.10%	Sept 2010 – Nov 2010	ESB 2010
<i>Professionnel(le)s de sexe</i>	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	39.8%	Sept 2008 – Sept 2008	ESC 2008
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	84.8%	Sept 2008 – Sept 2008	ESC 2008
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	59,6%	Sept 2008 – Sept 2008	ESC 2008
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	0.29%	Sept 2010 – Nov 2010	ESB 2010
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	ND		
	1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	65%	Sept 2010 – Nov 2010	ESBC 2010
	1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	49,6%	Sept 2010 – Nov 2010	ESBC 2010
	1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH.	14.66%	Sept 2010 – Nov 2010	ESBC 2010
Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de	2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	1,81	Janvier 2012- Février 2012	ESBC 2012

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	41,27%	Janvier 2012- Février 2012	ESBC 2012
	2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	79,38%	Janvier 2012- Février 2012	ESBC 2012
	2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un testVIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	Janvier 2012- Février 2012	ESBC 2012
	2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec leVIH	7,1%	Janvier 2012- Février 2012	ESBC 2012
Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	4.95%	Janv 2011 – Déc 2011	GESIS 2011
	3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	1.9%	Janv 2011 – Déc 2011	PNLS
	3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	25.7%		Spectrum
Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	8.5%	Janv 2011 – Déc 2011	Régistre de thérapie ARV
	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	94.7%	Janv 2011 – Déc 2011	Régistre de thérapie ARV
Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	3.73%	Janv 2011 – Déc 2011	GESIS 2011
Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement			Cf NASA
Objectif 7 : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement	7.1	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)			
	7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou	9%	Mai 2011 – juin 2011	Etude du Ministère de la Population

OBJECTIFS		INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE
		sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois			
	7.3	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	Part A : 59,8% Part B : 80,6%	Nov 2008 - Juin 2009	EDS 2008-2009
	7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre (cash transfert)	50,9%	Août 2010 – Oct 2010	Enquête Permanente auprès des Ménages 2010

(*) : Indicateurs des OMD

II) Aperçu de l'épidémie de sida

Comme mentionné dans le chapitre précédent, la prévalence du VIH à Madagascar est relativement faible et se situe à moins de 1%. La surveillance épidémiologique et les estimations faites par ONUSIDA ont montré que, depuis le premier cas de sida diagnostiqué en 1987, la prévalence du VIH dans la population adulte est passée de 0,02% en 1989 à 0,13% en 2007 et à 0,37% en 2010. Cela corroborerait donc les estimations antérieures faisant état d'une prévalence inférieure à 1%. Ce niveau relativement bas du taux de prévalence se présente cependant de façon inédite, voire paradoxale par rapport aux différents facteurs de risques qui prévalent avec beaucoup d'acuité dans le pays, à savoir la forte prévalence du VIH auprès des HSH : 1 HSH sur 7 (soit 14,7%) serait séropositif à Madagascar, et la forte prévalence des IST classiques : 1 femme enceinte sur 20 et 1 professionnelle de sexe (PS) sur 7 sont positives à la syphilis.

Les dernières enquêtes comportementales auprès de la population générale, des jeunes, des professionnelles de sexe réalisée au niveau du pays remontent en 2008 -2009 (ESC 2008 et EDS 2008-2009), aucune mesure montrant l'évolution des comportements sexuels de ces groupes depuis cette période n'est disponible actuellement.

Les résultats de l'EDS 2008-2009 ont permis d'attirer l'attention sur l'importance relativement élevée de la pratique des rapports sexuels à risques au sein du groupe des jeunes âgés de 15 à 24 ans. L'entrée précoce dans la vie sexuelle concerne un peu moins d'un cinquième des jeunes filles de 15 à 24 ans (17,6%), soit environ le double des jeunes garçons du même âge qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (indicateur n° 1.3). Il convient toutefois de noter que la connaissance des moyens de prévention n'est pas acquise pour une grande partie de ces jeunes, ne leur permettant pas de prendre des mesures adéquates pour se protéger contre la contamination du virus : seuls près des quarts d'entre eux (26% des jeunes garçons et 22,5% des jeunes filles âgés de 15 à 24 ans) ont pu décrire correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH et rejeter les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH (indicateur n° 1.1). Toutefois, en utilisant les résultats de l'enquête de surveillance biologique auprès des femmes enceintes en 2008, le pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH est estimé à 0,10% (indicateur n° 1.6).

Il convient en outre de mentionner que la propagation du virus reste à craindre, étant donné que la dernière estimation de la prévalence du VIH a permis d'évaluer le nombre de personnes vivant avec le VIH sans connaître leur statut sérologique à environ 35.000 personnes. Les résultats de l'EDS ont confirmé à cet effet que seuls 3,6% des hommes et 4,2% des femmes âgés de 15 à 49 ans ont déclaré avoir subi le test de VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent les résultats (indicateur n°1.5).

Par ailleurs, l'utilisation de préservatifs est considérée jusqu'alors comme le moyen de protection le plus efficace contre les risques de contamination par les IST et le VIH. Or, plus d'un homme âgé de 15 à 49 ans sur 7 (13,7%) ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois, et parmi eux, seuls 7,4% ont déclaré avoir utilisé de préservatifs lors du dernier rapport sexuel (indicateur n° 1.4). La pratique de multipartenariat est moins fréquente chez les femmes adultes que chez leurs homologues de sexe masculin, mais l'utilisation de préservatif lors de tel rapport sexuel à risque est aussi faible que chez ces derniers.

Néanmoins, les indicateurs liés aux comportements sexuels enregistrés au niveau des groupes les plus exposés au risque de VIH (les professionnelles de sexe et les hommes ayant de rapport sexuel avec les hommes) sont nettement meilleurs que ceux enregistrés chez les jeunes de 15 à 24 ans. Le taux d'utilisation de condom lors des derniers rapports sexuels de type commercial enregistré lors de la dernière enquête s'élève à près de 85% (indicateur 1.8), avec une nette augmentation par rapport à l'enquête de 2006. De même, en 2008, presque 60% des PS ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage au VIH et ont reçu les résultats (indicateur n° 1.9) (contre 49,4% en 2006). Chez les hommes ayant de rapports sexuels avec des hommes, l'utilisation de préservatifs lors de leur rapport sexuel anal avec un homme s'élève à 65% et la soumission au test volontaire du VIH et la connaissance des résultats concerne 49,6% d'entre eux (indicateur n° 1.12 et 1.13)

Toutefois, étant donné l'importance du risque de l'infection lié à leur statut en tant que professionnelles de sexe et hommes ayant de rapport sexuel avec des hommes, les efforts devraient continuer pour les atteindre par des programmes de prévention du VIH et les amener davantage à adopter les mesures préventives contre la transmission de l'infection au VIH.

III) Riposte nationale à l'épidémie de sida

a) Les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période 2010-2011

Madagascar reconnaît le besoin de l'intensification de la riposte, notamment au niveau des groupes de population les plus susceptibles de contracter et diffuser l'infection (PS et leurs clients), les HSH, les UDI ainsi que 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 afin de réduire au maximum la propagation du virus et d'atteindre les objectifs fixés pour 2012.

Une revue à mi-parcours du PSN 2007-2012 a été effectuée en 2010 afin de définir les nouvelles orientations dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National et pour identifier les priorités nationales. Parmi les recommandations formulées à l'issue de cette revue figurent entre autres, (1) une orientation de plus en plus intense des actions vers les populations clés les plus exposées aux risques du VIH, incluant les jeunes de 10 à 24 ans, avec une refonte de la communication pour le changement de comportement, (2) une implication plus poussée de la réponse des secteurs : public, société civile, privé, (3) une collaboration et participation effective des organisations de la société civile dans la mobilisation de la demande de service (3) un renforcement du dépistage en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de conseil et du dépistage, accompagné d'une amélioration du suivi des PVVIH, (4) une amélioration de la qualité de la prise en charge des IST et des PVVIH, (5) une combinaison du volet biologique et comportementale dans la surveillance de seconde génération.

b) Les liens entre l'environnement politique, la mise en œuvre des programmes, les changements de comportement et la prévalence du VIH

Il convient de noter que la crise politique qui a débuté en 2009 et qui perdure actuellement, a certes engendré un ralentissement des progrès enregistrés dans la réponse face au VIH à Madagascar.

Néanmoins, malgré la situation entraînant le dysfonctionnement du CNLS, le SE/CNLS a mis tout en œuvre pour assurer la coordination de la réponse et maintenir le partenariat et la collaboration avec ses partenaires techniques et financiers. Le forum des partenaires a constitué le cadre privilégié de prise de décisions stratégiques nécessaires dans la réponse face au VIH.

Un document cadre de référence visant à clarifier le rôle et les responsabilités des différents acteurs et parties prenantes à la réponse nationale face au VIH a été élaboré et a servi pour réviser le décret relatif au statut et à l'organisation de la réponse face au VIH et au Sida à Madagascar. En attendant son approbation, une réunion de haut niveau réunissant les décideurs politiques, les techniciens de haut niveau des ministères, des représentants de la société civile et des PVVIH, ainsi que les représentants des autorités régionales a été organisée en vue de la redynamisation du CNLS. La réunion a été conduite sous la direction du Coordonnateur Général de la Présidence de la Transition.

Le soutien politique dans la réponse face au VIH, tant peu soit-il, a également été traduit à travers la déclaration du Directeur du Cabinet de la Présidence et du Ministre de la Santé Publique (MSP) lors du X^{ème} Colloque International de l'Océan Indien sur le VIH et le Sida, la déclaration d'engagement du Gouvernement à travers Madame le Ministre de la Santé Publique lors de la Journée Mondiale contre le Sida et le lancement de l'initiative Objectif Zéro pour Madagascar, la déclaration politique et Soutien socio-économique aux actions en faveur des femmes séropositives au VIH et leurs familles par Madame le Ministre de la Population.

En 2011, 7 ministères des 8 secteurs clés ont témoigné leur volonté de s'impliquer davantage dans la réponse au VIH et au Sida. Leurs engagements ont été traduits entre autres par la planification d'actions répondant aux besoins du secteur, le soutien des directeurs des ministères dans la mise en œuvre des plans sectoriels, l'allocation de ressources ministérielles pour la mise en œuvre des actions liées au Sida inscrites dans leurs plans respectifs.

Sur le plan légal, la vulgarisation de la loi sur la prévention du VIH et du sida et les droits des PVVIH a continué en vue de contribuer à l'allègement de l'impact du VIH. La commission « Droit au VIH » a été redynamisée et se réunissait selon les besoins pour traiter des aspects relatifs à la problématique de l'application de la loi.

La décentralisation de la gestion de la réponse initiée en 2008 s'est vue renforcée et effective. Depuis cette année, la planification ascendante à partir de la région, avec une approche participative et multisectorielle a été adoptée avec une implication effective des bénéficiaires et des acteurs des différents secteurs, permettant de tenir compte des vrais besoins de la population et de définir les stratégies les plus appropriées pour les satisfaire. Les points focaux au niveau des régions ont bénéficié des appuis techniques et ont joué un rôle important dans la redynamisation des Task Force régionaux pour assurer la coordination de la réponse à leur niveau respectif.

S'agissant du dépistage, en vue d'élargir l'accès de la population aux services de dépistage, une extension de l'accès aux sites de dépistage a été réalisée par l'intégration des services de conseils et de dépistage dans les paquets d'activités des centres de santé de base. De plus, des mesures d'assurance de la qualité de dépistage ont été initiées. Une recherche opérationnelle intitulée « Profil et devenir des patients co-infectés tuberculose VIH à Madagascar » a été réalisée en vue d'inciter le diagnostic systématique du VIH parmi les patients tuberculeux.

La prise en charge des IST a également été intégrée dans les centres de santé offrant des services de santé de la reproduction des jeunes et adolescents. Une étude de chimiosensibilité des gonorrhées et de l'étiologie des IST a été menée dans le but d'améliorer la prise en charge des IST. Les efforts dans le programme de l'élimination de la syphilis congénitale ont continué.

Des programmes spécifiques touchant les populations clés les plus exposées aux risques du VIH ont été mis en œuvre en vue de favoriser l'utilisation des services disponibles. Les efforts ont été focalisés particulièrement sur les activités de prévention touchant les populations les plus exposées aux risques : professionnels de sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, UDI, personnes détenues, jeunes marginalisés. Un projet pilote auprès des UDI a été mis en place dans la région Atsinanana, la mise en œuvre de ce projet a été facilité à travers l'implication et le soutien du Comité Interministériel de lutte contre la drogue et le développement d'une politique de réduction de risques. Une évaluation a été effectuée en vue de son extension dans trois autres régions.

Chez les jeunes, une approche innovatrice de combinaison sensibilisation-réinsertion professionnelle, appuyée par comité de la réinsertion professionnelle doté d'un mandat de coordination et harmonisation de l'insertion professionnelle chez les jeunes marginalisées, a été expérimentée. Les jeunes scolarisés ont été touchés à travers le renforcement de capacité des enseignants en matière d'éducation parentale, des leaders des jeunes en matière de « life skills » et des jeunes pairs éducateurs en matière de santé de la reproduction et ceci, en vue de l'intégration d'un programme de « life skills » dans les établissements scolaires. La mise en place des centres « Amis des jeunes » et des kiosques d'information ont particulièrement visé les jeunes non scolarisés.

Afin d'améliorer l'accès aux services de prise en charge globale des PVVIH, le développement d'un document de politique de prise en charge globale des PVVIH a été initié. Quelques associations ont bénéficié d'un appui tant technique que financier pour assurer la prise en charge prise en charge psychosociale des PVVIH.

c) Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques et stratégies

Pour renforcer l'**environnement juridique** de la réponse face au VIH, le guide sur les textes juridiques en matière de protection des droits des PVVIH ont été multipliés en 1500 exemplaires et distribués.

La réponse aux IST, au VIH et au Sida a été intégrée dans la Politique Générale de l'Etat de 07 ministères et dans la politique de 50 grandes entreprises. Un décret *relatif à la lutte contre le VIH et le sida en milieu de travail* a été élaboré et vulgarisé.

En matière de prévention, l'intégration des services de dépistage dans les paquets minimum d'activités de 1.544 formations sanitaires a permis d'enregistrer 543.703 personnes ayant effectué le dépistage du VIH en 2011, avec une nette amélioration par rapport aux réalisations des années précédentes, le nombre de personnes dépistées au VIH étant de 217.481 en 2009 et de 203.743 en 2010. Le ciblage des interventions en matière de prévention a porté ses fruits, le nombre de PVVIH nouvellement identifiés ne cesse de s'accroître progressivement au fil des années. En

2011, ce nombre s'élève à 409 (dont 261 femmes enceintes), alors qu'il était de 165 et 223 respectivement en 2009 et 2010.

Le nombre de femmes vues en CPN ayant bénéficié de dépistage de la syphilis a également nettement progressé, passant presque du simple au double entre 2010 et 2011 (154.848 en 2010 et 308.135 en 2011). Le taux de séropositivité à la syphilis enregistré est relativement élevé (près de 6% en 2011).

La collaboration avec les responsables au niveau de 79 CDT a permis de procéder au dépistage du VIH chez 5196 patients tuberculeux parmi lesquels 30 (soit 0,6%) ont été détectés séropositifs.

S'agissant de la promotion de l'utilisation de préservatif, l'objectif national en 2011 était de distribuer et/ou de vendre 23.000.000 de préservatifs masculins et féminins. Durant cette année, 22.530.433 préservatifs masculins et féminins ont été distribués ou vendus avec près de 41 000 préservatifs féminins vendus destinés principalement aux PS.

Dans le domaine de **soins, traitement et soutien**,

Le nombre total de PVVIH bénéficiant de suivi biologique est ainsi passé de 631 en 2010 à 821 en 2011 ; 383 parmi ces derniers sont sous traitement ARV. Le nombre de PVVIH perdus de vue recensés en 2011 s'élève à 75 (dont 71 adultes et 4 enfants), soit un taux de 8,4%.

La prise en charge des PVVIH est assurée au niveau de 47 centres de référence qui ont bénéficié d'un appui dans leur fonctionnement pour assurer l'envoi mensuel de SMS en vue d'améliorer le suivi de la prise en charge de ces PVVIH. Une nette amélioration de suivi a été enregistrée à cet effet : 95% envoi dans le délai imparti a été enregistré en 2011 contre 76% en 2010.

Par ailleurs, dans l'objectif d'améliorer la gestion logistique des intrants liés au VIH par notamment son intégration dans le système national de gestion des achats et stocks existant, ces médicaments et produits médicaux ont été insérés dans la liste des médicaments essentiels.

Dans le cadre de la **prise en charge psychosociale**, le réseau MAD'AIDS, qui est un réseau de personnes vivant avec le VIH créé en 2007 reste très actif dans la réponse au VIH et reçoit un appui technique et financier des partenaires pour la mise en œuvre d'actions de prévention et de prise en charge (tant médical que psychosociale) des PVVIH. Néanmoins, les ressources limitées ont nettement réduit les réalisations. Seules 3 associations parmi les 24 associations de prise en charge psychosociale des PVVIH, membres de ce réseau ont pu bénéficier d'un appui technique et financier pour la réalisation de ses activités en 2011. Ceci a été dû au problème de capacités des associations à présenter des dossiers de projet soutenables et à montrer leur habileté dans la gestion de projet. En dépit de cette situation, en 2011, parmi les PVVIH identifiés et suivis médicalement, 521 (soit près de 63,7%) bénéficient d'une prise en charge psychosociale,

En ce qui concerne la prise en charge des IST, en 2011, 164.162 patients IST atteints d'écoulement génital ont été traités sur les 225.000 patients prévus pour l'année 2011 (73%) et 43.988 patients IST atteints d'ulcération ont été traités sur les 75.000 patients prévus pour l'année 2011 (58,7%).

Pour les femmes enceintes, parmi les 18.676 femmes enceintes détectées séropositives à la syphilis en 2011, 10.428 ont reçu le traitement complet de la syphilis (3 doses), soit environ 56%

des femmes enceintes. Cette proportion était de 43% en 2010. Le traitement pour la réduction de la contamination de la syphilis à l'enfant - dans le cadre de l'élimination de la syphilis congénitale (traitement 1 dose) – quant à lui, a concerné 73,1% des femmes enceintes séropositives à la syphilis vues précocement au CPN en 2011.

En ce qui concerne l'indice composite des politiques nationales, cet indice est destiné à évaluer **qualitativement** les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies et lois concernant le VIH et le sida au niveau national.

Les notations respectives octroyées aux différents domaines de chaque partie sont consignées dans le tableau suivant :

DOMAINE	2003	2005	2007	2009	2011
PARTIE A					
1) Plan stratégique	5	7	8	7	8
2) Appui politique	4	6	8	6	6
3) Droits humains	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
4) Prévention	4	7	8	9	9
5) Traitement, soins et soutien	2	5	3	7	8
6) Suivi et évaluation	2	5	7	8	8
PARTIE B					
1) Participation de la Société Civile	5	6	7	8	8
2) Soutien politique et leadership	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
1) Droits de la personne					
• Politiques et lois	2	5	7	6	6
• Application	2	4	5	4	3
3) Prévention	4	7	8	7	6
4) Traitement, soins et soutien	1	4	4	3	6

D'une manière générale, les notations de l'indice composite des politiques nationales suivent une tendance à une amélioration ou à une stabilisation entre 2009 et 2011. Les efforts dans le traitement, soins et soutien des PVVIH ont été particulièrement appréciés aussi bien par les représentants des parties gouvernementales que les représentants de la société civile et des partenaires techniques et financiers.

De toute évidence, il faudrait appréhender l'évolution de ces notations avec beaucoup de circonspection car l'indice composite est avant tout une approche essentiellement qualitative. Elle varie nécessairement avec les compositions des responsables respectifs qui ont eu la charge de l'élaboration de l'indice au cours de ces années.

Néanmoins, la relative modestie des améliorations constatées dans l'Indice Composite des Politiques Nationales constitue plus des arguments d'interpellation des responsables nationaux et internationaux impliqués dans la riposte au VIH, qu'un quelconque moyen d'évaluation stricto sensu.

d) la réponse nationale en termes financiers (NASA)

« Dépenses intérieures et internationales relatives au sida par catégories et sources de financement »

L'évaluation des dépenses nationales liées au Sida pour les années 2009, 2010 et 2011a été effectuée à l'aide de l'outil NASA. La collecte d'informations a été réalisée en collaboration des

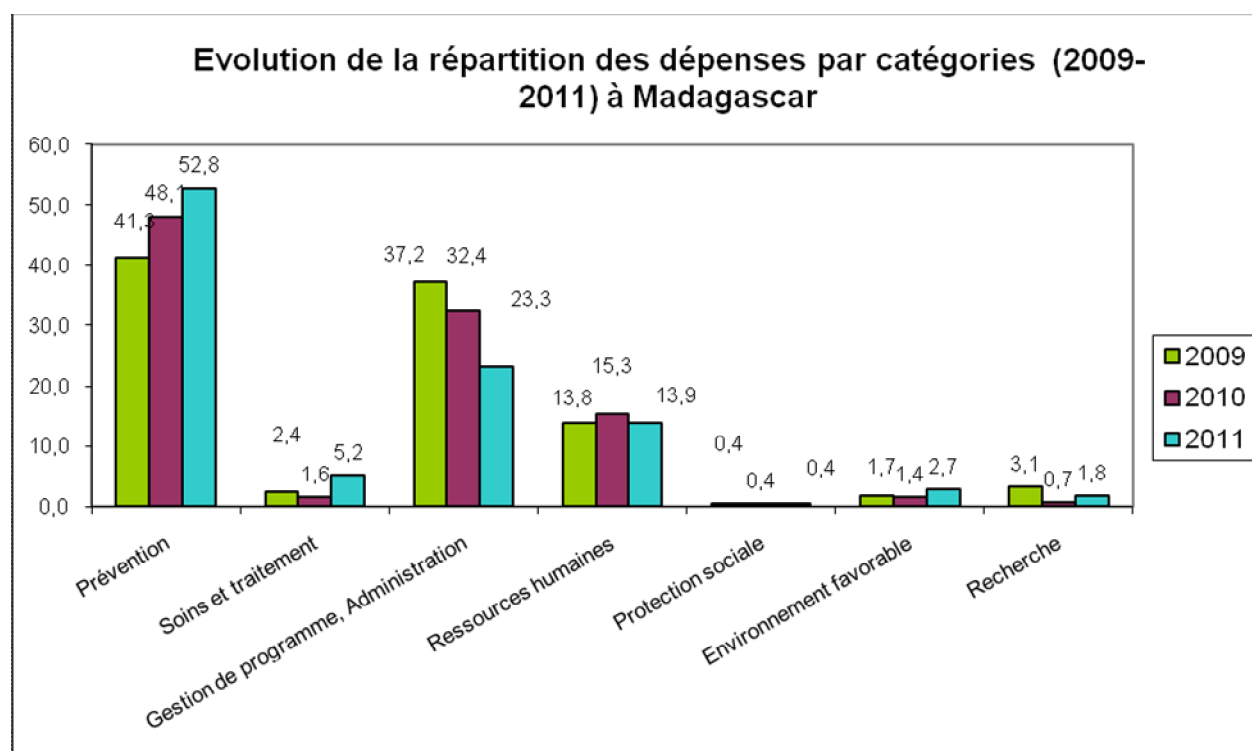
toutes les parties prenantes, avec l'appui technique d'un consultant national et une équipe nationale préalablement formée sur l'utilisation de cet outil.

Les dépenses en Ariary par source de financement pour les trois années sus-citées sont consignées dans le tableau suivant :

Source	2009	%	2010	%	2011	%
Gouvernement	5 744 257 622	41,1	9 079 643 461	46,1	13 068 349 490	43,2
Organismes bilatéraux	4 321 769 147	30,9	4 118 597 669	20,9	4 872 645 861	16,1
Organismes multilatéraux	3 829 554 437	27,4	6 303 801 113	32,0	12 257 007 788	40,5
Privé/Organisations ou fondations internationales	86 732 995	0,6	179 617 433	0,0	80 440 623	0,3
Total	13 982 314 201	100,0	19 681 659 676	100,0	30 278 443 762	100,0

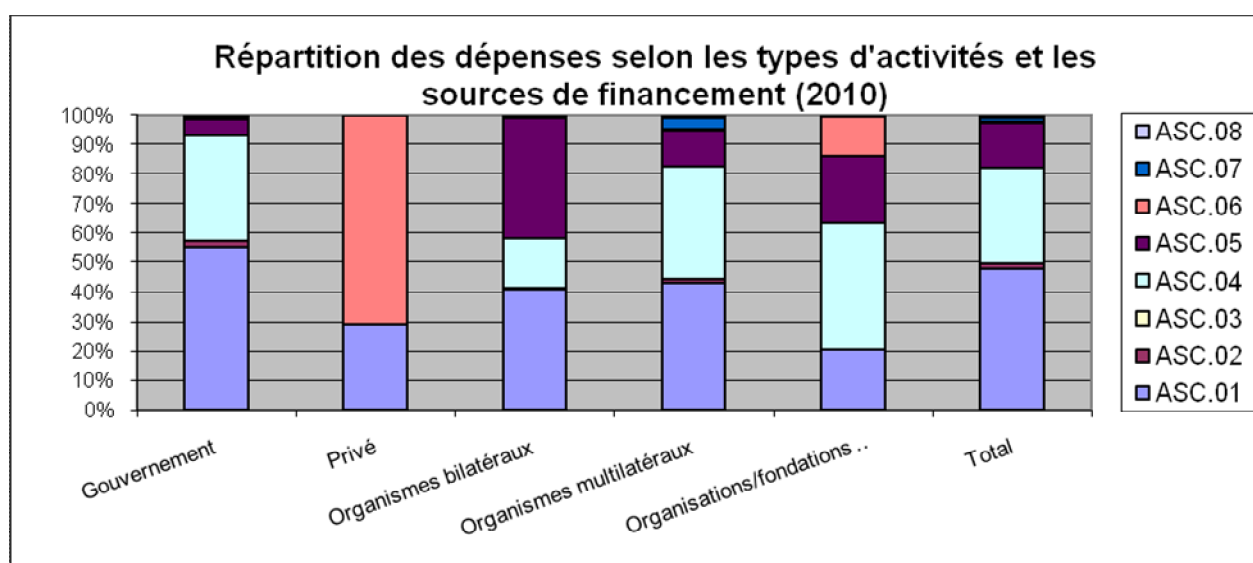
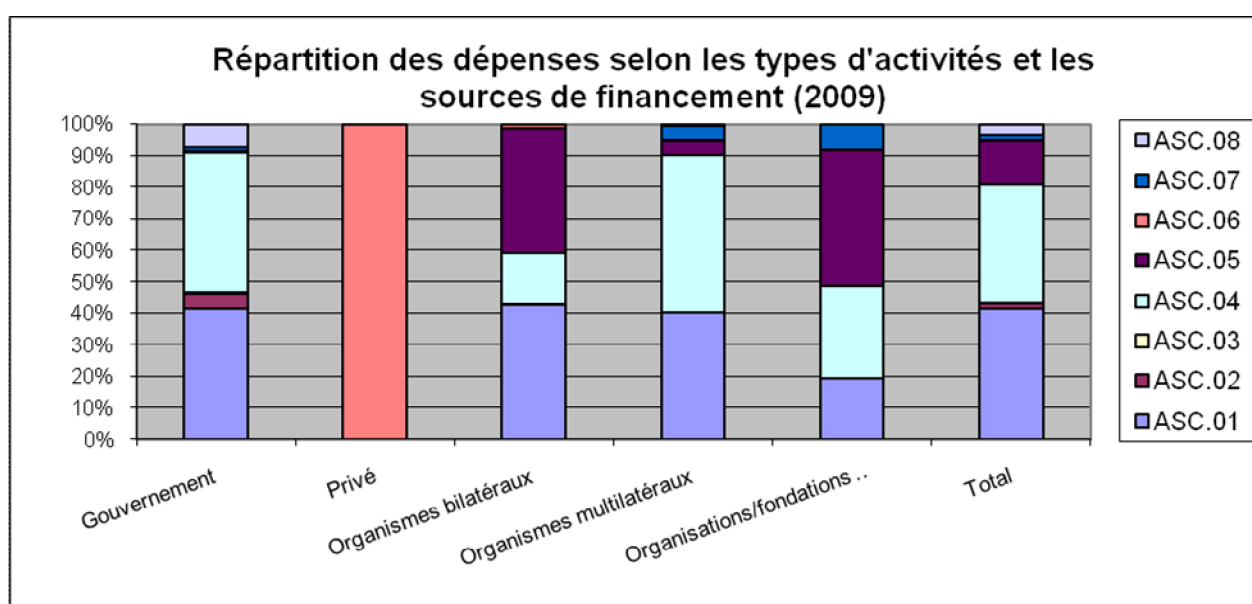
Ce tableau permet de constater une augmentation progressive des dépenses au cours des trois années successives 2009, 2010 et 2011. Cette augmentation est notamment liée à un apport croissant du gouvernement et des organismes multilatéraux. L'année 2009, année de début de la crise socio-politique au niveau du pays, a été marquée par une réduction sensible des financements, les dépenses effectuées ayant passé de 20.523.478.174 Ariary en 2008 à 13.982.314.201 Ariary en 2009. A partir de 2010, les financements de la part des organismes multilatéraux ont repris et petit à petit. Par contre, les contributions des organismes bilatéraux en valeur absolue ont été presque stables, mais elles sont en nette diminution au fil des années, en termes de pourcentage par rapport au total des dépenses.

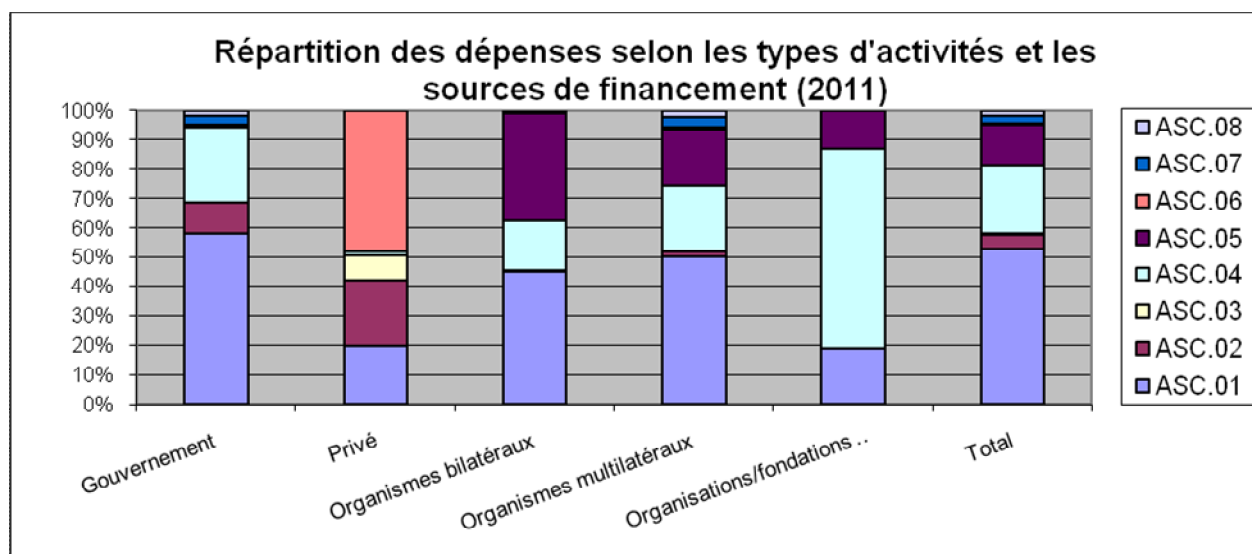
Par ailleurs, la répartition des dépenses selon les catégories des dépenses est typique à celle des pays à faible prévalence de VIH (figure 1). En vue de cerner la propagation du virus dans le pays, les interventions ont été surtout focalisées sur la prévention, quelle que soit l'année considérée.



Il convient néanmoins d'attirer l'attention sur faits suivants :

- Une nette augmentation de la part des dépenses consacrées à la prévention et aux soins et traitement au fil des années : les efforts pour atteindre davantage les groupes les plus exposés au risque et l'accroissement significatif du nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont été identifiés et prises en charge expliquent ces tendances
- Une part relativement importante des dépenses liées à la planification, la coordination et la gestion de programme (plus de 20% quelle que soit les années), qui est néanmoins en diminution progressive au fil des années
- Une relative stabilité de la part des dépenses effectuées dans la catégorie « ressources humaines »
- Des pourcentages très faibles des dépenses consacrées à la protection sociale : autour de 0,4% quelle que soit l'année considérée.
- Les dépenses consacrées aux orphelins et enfants vulnérables sont presque inexistantes à Madagascar





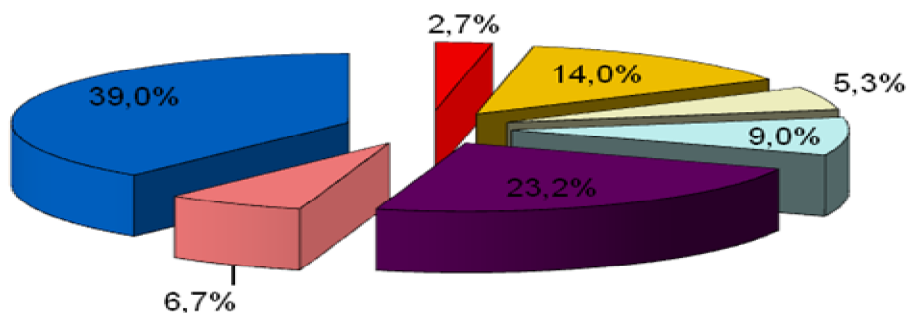
Ces graphiques montrent en outre les contributions différentielles et la complémentarité des différents partenaires dans la réponse face au VIH :

- Le financement du Gouvernement dont 95% provient d'un financement de la Banque Mondiale à titre de prêt, a été toujours utilisé en grande partie pour les activités de prévention et de planification, coordination et gestion de programme ;
- Les interventions dans la protection sociale ont été presque exclusivement assurées par les organismes privés, quelles que soient les années considérées ;

Enfin, les analyses ont montré qu'un effort a été déployé pour minimiser les dépenses pour des activités dont les groupes de personnes particulièrement ciblés dans le programme ne bénéficient pas directement. En effet, les dépenses pour des initiatives non ciblées ont concerné environ 31% en 2011 alors que cette proportion était de 39% en 2009 et en 2010. Dans 15% et 6% des cas, les ressources utilisées dans la réponse face au Sida à Madagascar en 2011 ont été utilisées pour des actions dont les bénéficiaires sont respectivement les groupes clés les plus exposés aux risques de VIH et les PVVIH. On dénote ainsi une nette augmentation du pourcentage des dépenses effectuées ayant profité directement aux PVVIH.

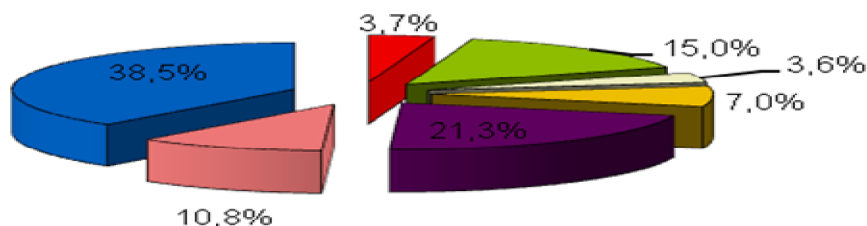
CIBLE	2009	2010	2011
PVVIH	2,7	3,7	5,6
Population particulièrement vulnérables	14,0	15,0	15,1
Autres populations clés	5,3	3,6	3,6
Populations spécifiques accessibles	9,0	7,0	9,0
Ensemble de la population	23,2	21,3	34,3
Autres populations spécifiques	6,7	10,8	1,5
Non ciblé	39,0	38,5	30,9
	100	100	100

Répartition des dépenses selon les bénéficiaires des interventions en matière de VIH (2009)



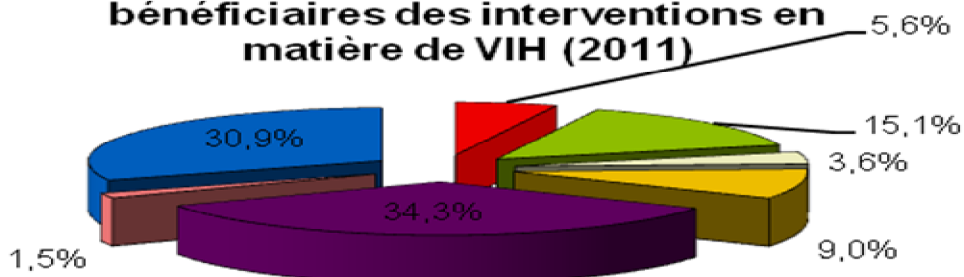
- PVVIH
- Population particulièrement vulnérables
- Autres populations clés
- Ensemble de la population
- Populations spécifiques accessibles
- Autres populations spécifiques

Répartition des dépenses selon les bénéficiaires des interventions en matière de VIH (2010)



- PVVIH
- Population particulièrement vulnérables
- Autres populations clés
- Populations spécifiques accessibles
- Ensemble de la population

Répartition des dépenses selon les bénéficiaires des interventions en matière de VIH (2011)



- PVVIH
- Population particulièrement vulnérables
- Autres populations clés
- Populations spécifiques accessibles
- Ensemble de la population
- Autres populations spécifiques

III) Meilleures pratiques

La multisectorialité de la réponse revêt un caractère fondamental et déterminant pour la réussite de la réponse. Une initiative de renforcement de la multisectorialité a été prise face au manque de leadership au niveau des secteurs clés, aussi bien au niveau central que périphérique, la faible capacité de planification et de mise en œuvre rendant difficile le décollage de la réponse des secteurs et enfin, les problèmes liés à la verticalisation de tout temps des programmes. De plus, depuis des années, la plupart des ministères sectoriels n'ont aucune allocation budgétaire pour le volet VIH et Sida.

L'approche adoptée, touchant particulièrement 4 ministères clés, à savoir l'agriculture, la population, le tourisme et les travaux publics, consistait à assurer l'implication active des secteurs dans les plateformes d'échange, tel le Forum des partenaires, la planification et la revue du programme national pour leur permettre de participer dans les débats sur les questions stratégiques. Des appuis techniques ont été octroyés aux responsables de ces secteurs pour (1) discuter avec eux et procéder à des analyses permettant d'avoir une compréhension commune de la situation épidémiologique du VIH et des problématiques spécifiques des secteurs (2) les aider à planifier des actions faisables avec leurs propres ressources et répondant à leurs besoins. Cette approche a permis de renforcer l'engagement des secteurs comme partie prenantes à la réponse efficace au VIH.

L'initiative a porté ses fruits, les ministères ont alloués un budget à la réponse face au VIH et ont reçu l'engagement et le soutien de leurs directeurs dans la mise en œuvre des plans sectoriels, les cellules VIH/Sida au sein de ces ministères ont été redynamisées.

Pour le secteur Travaux publics, une ouverture d'un espace de documentation et de conseils associé au centre médico-social pour tous les travailleurs et leurs familles a eu lieu, ainsi que la collaboration avec la société civile pour la réalisation des activités d'IEC/CCC touchant la communauté bénéficiaire du service du ministère surtout au niveau périphérique.

Pour le secteur tourisme, le Ministère a décidé le couplage de la communication sur le VIH au programme de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants et le tourisme sexuel dont il en assure la direction.

Pour le secteur Agriculture, le plan inclut la communication pour le changement de comportement menée par les pairs et la mise à disposition de préservatifs et supports d'information auprès des lycées agricoles, organisation paysanne et directions régionales du développement rural.

IV) Principaux obstacles et mesures correctives

Dans le contexte actuel traversé par le pays, la mobilisation des ressources a été l'une des grandes difficultés rencontrées pour la réalisation des actions prévues afin d'atteindre les objectifs fixés, entraînant une faible couverture des actions aussi bien en CCC auprès des populations clés que la prise en charge psychosociale des PVVIH. On note également :

- une accessibilité limitée des femmes enceintes séropositives au VIH aux paquets complets de services pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- une difficulté dans la mise en œuvre des interventions de réduction des risques face au VIH due aux contraintes imposées par la législation relative aux drogues ;
- un manque de personnel qualifié résultant de l'affectation ou la permutation de la responsabilité ;
- des difficultés liées à la gestion des intrants connexes au VIH (non alignement des procédures des médicaments essentiels, entraînant des ruptures de stock ou de surstocks)
- une inégalité d'accès au soutien psychosocial pour les PVVIH (en termes de couverture géographique, etc)

Le plaidoyer et le maintien de partenariat avec les responsables concernés ainsi que les partenaires techniques et financiers, avec une priorisation des actions selon la disponibilité des ressources, ont été la stratégie adoptée pour faire face aux difficultés rencontrées.

V) Soutien des partenaires du développement

L'augmentation progressive des ressources allouées par les partenaires techniques et financiers est une preuve tangible de leur soutien dans la réponse face au Sida. Ces partenaires n'ont pas manqué de soutenir le pays dans l'organisation des événements spécifiques liés au VIH dans le pays.

La revue à mis parcours du PSN 2007-2012 a été réalisée en 2010, le financement a été assuré presque en totalité par la Banque Mondiale. L'organisation du X^{ème} Colloque Régional sur le VIH Sida à Madagascar en novembre 2011 a été assurée avec le soutien technique et financier des partenaires de développement. D'éminents experts dans le domaine du VIH sont venus animer les ateliers thématiques pendant ce colloque. En outre, hautes personnalités politiques, personnel soignant (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, pharmaciens etc.), militants associatifs ainsi que personnes vivant avec le VIH (PVVIH) des différents pays de la zone n'ont pas manqué ce rendez-vous. Des laboratoires pharmaceutiques et des institutions internationales, régionales et nationales telles que la COI, l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, la GIZ, le PNUD, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, la JICA, le FNUAP, ont apporté leur appui technique et contributions financières à l'organisation de cet événement.

Suivi et évaluation

Du système actuel de suivi et évaluation

La mise en place d'un système unique de Suivi Evaluation est un acquis dans la mise en œuvre des trois principes de l'Unité. Le pays dispose d'un plan de suivi évaluation et une Unité de Suivi Evaluation chargée d'assurer la mise en œuvre et le renforcement du système de Suivi Evaluation National.

Toutefois, les principales difficultés inhérentes au système d'information se posent en termes de :

- disponibilité et exploitation des données : la mise à disposition de données plus complètes, et leur croisement avec les nombreuses enquêtes et autres bases de données pertinentes requiert une restructuration du système d'information et un renforcement des capacités d'analyse et d'interprétation de ces données.

- utilisation des données : l'exploitation restreinte actuelle des données cliniques, en particulier celles relatives à la file active des PVVIH limite les décideurs et les intervenants dans leur compréhension de l'épidémie et dans leur capacité à adéquatement documenter les orientations programmatiques.
- insuffisance d'outils permettant de disposer et d'exploiter la base de données fiable et à jour de la file active des PVVIH.
- manque de leadership et de culture de vérification de qualité de données à chaque niveau
- coordination multisectorielle à différents niveaux pour assurer le partage de données
- complexité et non effectivité de circuit des données : difficulté d'acheminement du rapportage ou retard, non informatisation de la base de données, données incomplètes,

La mise à jour du Plan de Suivi Evaluation accompagnant le nouveau PSN 2013-2017 devra tenir compte de ces difficultés pour proposer des actions réalistes pour améliorer le Suivi Evaluation.

Il convient de noter que le besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation déjà mentionné dans les précédents rapports du pays demeure valable, particulièrement à travers la mise à disposition des services d'un épidémiologiste et un appui dans le renforcement de capacité et la mise en place d'un système d'information performante.

Au vu de toutes les études effectuées et de tous les rapports produits depuis 2002, Madagascar semble bien loti de toute une série d'instruments performantes dans leur ensemble (politiques, stratégies, textes législatifs et réglementaires...). Tout cet environnement propice bénéficie de surcroît d'un appui politique engagé de la part des hautes instances de l'Etat.

Les résultats probants obtenus depuis, à la dimension du taux de prévalence du sida, reflètent également d'une manière générale, une franche amélioration itérative de la mise en œuvre de cette instrumentation.

Il ne tient qu'à ses responsables de continuer sur cette lancée pour atteindre convenablement la cible 7 « D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle » des Objectifs du Millénaire pour le développement.

ANNEXES

Annexe 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida

- Extrait du PV réunion GRSE : partie relative à la préparation NASA
- TDRs de l'atelier du 16 mars et du 19-20 mars 2012
- TDRs du Forum des partenaires 21 mars 2012



PRÉSIDENTE DE LA HAUTE AUTORITÉ
DE LA TRANSITION

COMITÉ NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH
SECRETARIAT EXECUTIF

EXTRAIT DU PROCES VERBAL DE LA REUNION DU GRSE DU 02FEVRIER 2012

L'an deux mil onze, le jeudi 02 février, a été réalisée dans la salle B21, escalier B, 2ème étage du SE/CNLS Ampefiloha, la première réunion du Groupe Restreint de Suivi Evaluation (GRSE).

Etaient présents : les membres de cette plate forme d'échange et de partage d'informations, issus des institutions suivantes:

- ONUSIDA
- GIZ
- INSPC
- JICA
- PNL
- PSI
- IPM
- DVSSE
- UNICEF
- PNUD
- UGP/ Santé
- SLNR
- CNTS
- INSTAT
- SE/CNLS

OBJETS DE LA REUNION

1. La validation de l'étude étiologique des infections sexuellement transmissibles et de chimiorésistance des gonocoques à Madagascar, collaboration du MSANP/SLNR Antananarivo – STIRC/NIDC/NHLS Johannesburg – OMS Madagascar- PSI Madagascar – PMPS II
2. La préparation du rapport NASA et du rapport UNGASS 2010-2011

DEROULEMENT DE LA REUNION

- Présentation des résultats de l'étude étiologique des infections sexuellement transmissibles et de chimiorésistance des gonocoques à Madagascar
- Séance de questions/réponses
- Présentation du processus d'élaboration du rapport UNGASS 2012
- Séance de questions/réponses
- Constitution du comité restreint de rédaction du rapport et désignation des 2 coordonnateurs techniques pour NCPI (Indice des politiques nationales)

La réunion a été ouverte à 9 heures 10 par Madame Rakotondrabe Faraniana Patricia, Chef d'Unité Suivi et Evaluation du SE/CNLS.

1) Présentation des résultats de l'étude étiologique des infections sexuellement transmissibles et de chimiorésistance des gonocoques à Madagascar

2) Présentation du processus d'élaboration du rapport UNGASS 2012

Madame Patricia Rakotondrabe du SE/CNLS a commencé par expliquer à l'assistance l'historique de l'élaboration du rapport UNGASS.

Madagascar fait partie des pays qui a souscrit à la déclaration d'engagement sur le VIH lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2001. En vue de suivre les progrès dans la mise en œuvre de cet engagement, M/car a élaboré les rapports des années 2003, 2005, 2007, et 2009, envoyés au cours du premier trimestre de l'année qui suit. Le rapport de l'année 2011 devrait être envoyé au plus tard le 31 mars 2012. A cet effet, l'ONUSIDA met à la disposition des pays des directives pour le suivi des progrès nationaux dans la gestion de la réponse. Les principales composantes et les indicateurs du rapport UNGASS ont été explicités aux membres du GRSE.

Aussi, est-il demandé à chaque pays de

- (i) remplir la Grille nationale de financement pour les dépenses relatives au Sida – 2012, à travers l'utilisation de l'outil sur l'estimation nationale des ressources et dépenses (NASA) (il est à noter qu'une formation est prévue à cet effet du 14 au 17 février 2012),
- (ii) constituer la coordination technique pour l'évaluation engagements nationaux et moyens d'action (NCPI - indice composite des politiques nationales),
- (iii) collecter les indicateurs clés pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde,
- (iv) organiser un atelier national de validation des données avant la soumission.

Les étapes à suivre dans l'élaboration du rapport sont donc :

- ✓ Mise en place du comité restreint de rédaction de rapport
- ✓ Mise en place d'une équipe NASA et formation sur l'utilisation de NASA
- ✓ Désignation de responsables de collecte de données sur les autres indicateurs (SE/CNLS et PNLs)
- ✓ Collecte d'info pour tous les types d'indicateurs
- ✓ Vérification des données
- ✓ Rédaction du rapport
- ✓ Validation du rapport
- ✓ Saisie sur site Web ONUSIDA et envoi

Il a été mentionné que pour avancer dans l'exercice, le pays a déjà entamé quelques activités, à savoir la mise en place de l'équipe NASA, la collecte d'informations sur les indicateurs pour le rapport mondial de la riposte face au Sida, une première étape d'échanges sur l'évaluation du NCPI lors de l'atelier réalisé en décembre 2011.

Une proposition de calendrier d'exécution des activités relatives à l'élaboration du rapport UNGASS a été présentée aux membres du GRSE. Cette proposition n'a pas fait l'objet de commentaire, en dehors du fait que les délais impartis pour l'exécution des activités sont relativement courts, nécessitant une implication active des membres du GRSE. A cet effet, les membres du GRSE ont procédé à la constitution de l'équipe constitutive du comité restreint de rédaction du rapport. Ont été proposés comme membres de cette équipe les représentants des entités suivantes :

- ONUSIDA (Mr Jude Padayachy)
- Représentant du PNLs
- Représentants du SE/CNLS
- INSTAT (MrTovonirina Razafimiarantsoa)
- PSI (Madame Malanto Rabary)
- OMS
- UNICEF

Pour le remplissage du questionnaire relatif à l'évaluation des engagements nationaux et moyens d'action (NCPI-2012), le représentant de l'UGP/PMPS au GRSE (Mme Ralijaona Lova) et un représentant ministériel (par exemple, représentant de DVSSE) ont été désignés comme les coordonnateurs techniques du processus de récolte de données. Le représentant de DVSSE coordonnera le remplissage de la partie gouvernement (partie A), tandis que le représentant de l'UGP/PMPS assurera la coordination technique du remplissage de la partie B réservée aux représentants des organisations de la société civile, des agences bilatérales et des agences des Nations.

Il a été demandé aux responsables désignés de prendre toutes les mesures et dispositifs nécessaires pour mener à bien leurs tâches tout en respectant les échéances ainsi définies.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance a été levée à 11h 06.

Annexe :

Calendrier des activités pour l'élaboration du rapport UNGASS :

Activités	Date/Période	Responsable	Observation
Formation NASA	14-17 février	Consultant ONUSIDA	
Collecte d'informations sur les dépenses financières	20 février-9 mars	Equipe NASA	
Collecte d'informations et entretiens sur NCPI	6 février-9 mars	Deux coordonnateurs techniques : RAKOTOARISOA Alain (DVSSE) RALIJAONA Lova (UGP/Santé)	
Collecte d'informations sur les autres indicateurs	15 janvier-9 mars	Randrianarisoa Christian (SE/CNLS) Dr ANDRIANJATOVO Andriamiarozo(PNLS)	Sources : enquêtes, données de routine
Vérification des données et rédaction du rapport	12-20 Mars	Comité de rédaction : 1. ONUSIDA (Mr Jude Padayachy) 2. Représentant du PNLS 3. Représentants du SE/CNLS 4. INSTAT (Mr Tovonirina Razafimiarantsoa) 5. PSI (Mme Rabary Iarimalanto) 6. OMS 7. UNICEF	
Validation du rapport	22 Mars		Atelier pour validation de NASA, NCPI, rapport d'activité
Saisie des informations sur web et envoi	27 Mars	Randrianarisoa Christian (SE/CNLS)	

TERMES DE REFERENCE DE L'ATELIER DE PRE-VALIDATION DES INDICATEURS INSCRITS DANS LE GLOBAL REPORT MADAGASCAR 2012

Contexte et justification

Madagascar fait partie des pays de l'Afrique Sub-saharienne où la prévalence du VIH est encore relativement basse. Cependant en un peu plus d'une décennie, cette prévalence est passée de l'épidémie naissante à l'épidémie peu active voire concentrée dans certaines régions de l'île. L'objectif national est d'inverser la tendance actuelle et réduire l'impact de l'épidémie.

Madagascar s'est rangé parmi les nations qui ont souscrit à la Déclaration d'engagement sur le VIH adoptée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), en juin 2001 et renouvelée en juin 2011.

Dans le cadre de suivi de ces déclarations, plusieurs indicateurs ont été définis pour mesurer les progrès accomplis au niveau de chaque pays et dans le monde par rapport aux objectifs fixés. Les indicateurs présentés dans le global report devront faire l'objet d'un consensus national.

L'indice composite des politiques nationales (NCPI) est un indicateur qui permet d'évaluer l'effort du pays dans le développement de politiques et la mise en œuvre des programmes en matière de lutte contre le VIH/SIDA. La mesure de cet indicateur requiert la collecte d'informations à partir d'un questionnaire détaillé préalablement conçu, afin de recueillir les mêmes informations au niveau de chaque pays. Son administration requiert une rencontre avec les différents responsables et personnes clés dans le programme de lutte contre le VIH/SIDA. Une partie de ce questionnaire a été déjà administré lors de l'atelier en décembre 2012 utilisant le formulaire de l'année 2009. Cet atelier permettra de compléter et de valider les informations.

Objectif de l'atelier

L'atelier a pour objectifs de :

- Pré-valider les indicateurs de progrès du pays dans la mise en œuvre de la déclaration, y compris l'indicateur sur les dépenses liées au VIH (NASA)
- Compléter et valider les informations dans le questionnaire relatif à l'indice composite des politiques nationales (NCPI)

Résultats attendus

A l'issue de cet atelier,

- Les indicateurs seront pré-validés
- Les informations sur les dépenses liées au VIH sont compilées et prêtes pour l'analyse
- Le questionnaire NCPI est complètement administré

Lieu et date

L'atelier aura lieu le 16 mars 2012.

Participants

Les participants à cet atelier sera au nombre de 70 et constitués des :

- Membres du GRSE
- Responsables sectoriels (public, privé et société civile)
- Représentants des partenaires techniques et financiers
- Equipe nationale NASA

Contexte et justification

Madagascar fait partie des pays de l'Afrique Sub-saharienne où la prévalence du VIH est encore relativement basse. Cependant en un peu plus d'une décennie, cette prévalence est passée de l'épidémie naissante à l'épidémie peu active voire concentrée dans certaines régions de l'île. L'objectif national est d'inverser la tendance actuelle et réduire l'impact de l'épidémie.

Madagascar s'est rangé parmi les nations qui ont souscrit à la Déclaration d'engagement sur le VIH adoptée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), en juin 2001 et renouvelée en juin 2011.

Dans le cadre de suivi de ces déclarations, plusieurs indicateurs ont été définis pour mesurer les progrès accomplis au niveau de chaque pays et dans le monde par rapport aux objectifs fixés. Les pays sont invités à rédiger un rapport biennuel relatant les efforts nationaux fournis et des progrès enregistrés basés sur ces indicateurs. Le rapport pour l'année 2011 (Global Report) devra être soumis à l'ONUSIDA au plus tard le 31 mars 2012.

Objectif de l'atelier

L'atelier a pour objectifs de :

- Compiler toutes les informations recueillies relatives aux indicateurs de progrès du pays dans la mise en œuvre de la déclaration
- Procéder à l'analyse des informations
- Rédiger le rapport à envoyer à l'ONUSIDA.

Résultats attendus

A l'issue de cet atelier,

- Les indicateurs seront saisis et intégrés complètement dans les formulaires réservés à cet effet
- Les analyses des indicateurs sont effectuées
- La partie narrative du rapport est rédigée

Lieu et date

L'atelier aura lieu le 19 et 20 mars 2012 à l'Hotel MOTEL Anosy.

Participants

Les participants à cet atelier sera au nombre de 30 et constitués des :

- Equipe restreinte parmi les membres du GRSE
- Equipe nationale NASA

TERMES DE REFERENCE DE LA REUNION DU FORUM DES PARTENAIRES

21 Mars 2012

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Madagascar fait partie des pays de l'Afrique Sub-Saharienne où l'épidémie du VIH est actuellement passée à une épidémie de type concentrée. L'épidémie du VIH touche plus particulièrement les populations clés les plus exposées aux risques du VIH, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Afin de contribuer à l'atteinte de l'Objectif Zéro de ONUSIDA d'ici 2015, Madagascar devrait ainsi révolutionner la prévention du VIH et favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération dans un contexte promouvant les droits humains et l'égalité des sexes.

Au terme de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de riposte au VIH 2007-2012, l'objectif national est d'inverser la tendance actuelle et réduire l'impact de l'épidémie. Parmi les axes stratégiques adoptés pour atteindre ces objectifs sont :

- la mise en place d'un cadre politique et opérationnel favorable à une réponse multisectorielle efficace au Sida;
- l'amélioration de l'accès de la population à l'information et aux services cliniques de prévention des IST et du VIH de qualité;
- la réduction de l'impact du VIH et du Sida chez les personnes infectées et affectées; et
- le renforcement de la gestion de la réponse nationale.

D'une part, dans le cadre de la gestion de la réponse, le Secrétariat Exécutif du CNLS dirige un exercice d'élaboration du Plan National de Réponse qui est élaboré annuellement et est mis en œuvre dans les différents secteurs. La planification opérationnelle du PNR 2012 a débuté au mois d'Octobre 2011 lors d'un atelier de revue de programme avec les représentants des 22 régions et des partenaires techniques et financiers. Actuellement, le processus touche à sa fin, le PNR 2012 sera présenté au Forum des Partenaires et inclut un cadre de Suivi et Evaluation qui fixe les résultats à atteindre; les plans régionaux intégrés de réponse aux IST et au VIH, les plans des ministères sectoriels intégrant le VIH et le Sida et le Plan de Travail Annuel 2012 du SE/CNLS.

D'autre part, en parallèle à cet exercice de planification, le Secrétariat Exécutif du CNLS a facilité les processus d'élaboration du Rapport Global 2011 d'engagement de Madagascar sur le VIH et le Sida, antérieurement appelé Rapport UNGASS. Le présent forum des partenaires sera saisi pour valider les informations à soumettre dans ce Rapport Global 2011. Après la validation, les données seront saisies et rapportés au niveau mondial, à ONUSIDA.

OBJECTIFS DU FORUM

Ce forum a pour objectif de :

- avoir l'approbation des parties prenantes y compris les partenaires techniques et financiers par rapport au plan national de réponse face au VIH et aux IST pour l'année 2012.
- Valider le contenu du Rapport Global 2011 avant sa soumission à ONUSIDA.

LIEU, DATE ET HEURES

Le forum des partenaires aura lieu le Mercredi 21 mars 2012 à partir de 9 heures à Akany Soa Fonenako Ivato.

PARTICIPANTS

Membres du Forum des partenaires.

Annexe 2 :**Indice composite des politiques nationales 2011**

Annexe 3 : Grille nationale de financement 2010**Note d'envoi**Pays : **MADAGASCAR**

Personnes à contacter auprès du Conseil National de lutte contre le sida

Dr RAZAFINDRAFITO Hajarijaona
Secrétaire Exécutif du CNLSAdresse postale : **Immeuble ARO Ampefiloha, Escalier B 2è étage ANTANANARIVO 101**Tél.: **261 20 22 38286 / 261 33 11 38286 / 261 32 11 38286** _____Courriel :
secnls@moov.mg _____Cycle d'établissement des rapports : **Année calendaire**Monnaie locale : **ARIARY (AR)**

Taux de change :

2009 : 1 USD = 1956,56Ariary**2010 : 1 USD = 2091,88Ariary****2011 : 1 USD = 2185,11Ariary**

La grille nationale de financement a été remplie sur la base du rapport de « National Aids Spending Assessment » de 2009, 2010 et 2011.

Les données sont disponibles auprès du SE/CNLS et du Bureau de l'ONUSIDA à Madagascar.

Aide budgétaire : l'aide budgétaire provenant d'une source internationale figure-t-elle dans les sous-catégories centrale/nationale/et/OU LOCALE 0 LA RUBRIQUE Sources Publiques de financement ? OUI **NON**