

**FEUILLE DE ROUTE POUR L'ACCELERATION  
DE LA PREVENTION DURABLE DE L'INFECTION  
VIH A MADAGASCAR**

# ABRÉVIATIONS

AC	: Agent Communautaire de Santé
ARV	: Antirétroviraux
ASOS	: Action Socio-sanitaire Organisation Secours
CDIS	: Conseil et Dépistage à l'Initiative des Soignants
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CSAJ	: Centre de Santé Ami des Jeunes
DPLMT	: Direction de la Pharmacie, du laboratoire et de la Médecine Traditionnelle
DTS	: Direction de la Transfusion Sanguine
EDS	: Enquête Démographique et de la Santé
ESBC	: Enquête de Surveillance Biologique et Comportementale
ESN	: Enquête de Séroprévalence Nationale
GAS	: Gestion Approvisionnement et Stock
GTSE	: Groupe Technique de Suivi Évaluation
HSH	: Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
IO	: Infections Opportunistes
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LA2M	: Laboratoire d'Analyse Médicale de Madagascar
OAEP	: Outils d'auto-évaluation pour la prévention du VIH
OEV	: Orphelin et Enfants Vulnérables
OSC	: Organisation de la Société Civile
PCPER	: Populations-clés les plus exposées au risque
PE	: Pair Educateur
PEC	: Prise en Charge
PHA-G-DIS	: Pharmacie de Gros de District
PNLIS/IST	: Programme national de Lutte contre les IST et VIH
PEP	: Post Exposition Prophylaxie
PrEP	: Prophylaxie Pré-exposition
PS	: Professionnelle de sexe
PSI	: Population Service International
PSN	: Plan Stratégique National
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	: Personne vivant avec du VIH
RDR	: Réduction de risque
RGPH	: Recensement General de la Population et l'habitation
RMA	: Rapport Mensuel d'Activités
TB	: Tuberculose
TROD	: Test Rapide d'Orientation de Diagnostique
TSO	: Traitement Substitutif aux Opiacés
TTR	: Test, Treat and Retain
UNFPA	: United Nation Fund of Population
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES FIGURES

*Figure N°1 : Système de santé à Madagascar (source Guide Opérationnel Prestation de service différencié)*

*Figure N°2 : Progression de la prévalence du VIH chez les PCPER*

*Figure N°3 : progression temporelle et spatiale de la nouvelle infection*

*Figure N°4 : Evolution spatiale de la file active*

*Figure N°5 : Graphe comparative des objectifs du cascade*

*Figure N°6 : Répartition des PCPER dépistés*

*Figure N°7 : Répartition des PCPER ayant reçus des paquets de prévention*

*Figure N°8 : Schéma du processus du cycle d'élaboration de la feuille de route*

*Figure N°9 : Les dix points d'action*

*Figure N°10 : Les cinq piliers*

## LISTE DES TABLEAUX

*Tableau N°1 : Progression des objectifs du fast track*

*Tableau N°2 : Evolution de la cascade des objectifs 95-95*

*Tableau n°3: Paysage de financement*

# SOMMAIRE

## Table des matières

<b>LISTE DES FIGURES</b>	4
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	4
<b>SOMMAIRE</b>	5
<b>INTRODUCTION</b>	6
<b>PARTIE A - ETAT ACTUEL DE LA REPONSE AU VIH - EVALUATION DE LA DURABILITE - VISION-IMPACTS CIBLES-OBJECTIFS-RESULTATS</b>	7
I- 7	
II- 19	
<b>PARTIE B – FEUILLE DE ROUTE DE LA PREVENTION DURABLE</b>	22
I- 26	
<b>PARTIE C- PLAN DE TRANSFORMATION</b>	38
<b>Annexe : BIBLIOGRAPHIES</b>	40

## INTRODUCTION

Dans le monde, la population-clé représente 5% de la population alors que 70% des nouvelles infections se comptent parmi eux et leur partenaire. En Afrique Subsaharienne, plus de la moitié des nouvelles infections proviennent de la population-clé et leur partenaire, mais seulement une personne sur quatre de cette population-clé est dépisté et connaît son statut sérologique<sup>1</sup>.

A Madagascar, l'épidémie est concentrée au niveau de la population-clé. Le nombre de nouvelles infections augmente ainsi que le taux de positivité. Le pays voit son financement pour la riposte au VIH diminuer d'année en année alors que les objectifs en cascade des trois 95% sont loin d'être atteints malgré les efforts entrepris. Lesdites ripostes s'avèrent efficaces mais la plaque tournante du problème réside sur les gaps en intrants. La pandémie de COVID-19 ainsi que le contexte économique du pays rendent encore vulnérable la riposte à l'infection VIH.

Etant nouveau pays membre de la Coalition mondiale de prévention (GPC), Madagascar a bénéficié de son appui pour l'élaboration de la feuille de route de prévention durable du VIH. La feuille de route qui s'aligne avec les documents cadres et le PSN servira de guide pour les intervenants pour instaurer des actions à fort impact et mobiliser l'élan et l'appropriation nationale en vue des stratégies innovantes exemptes de tout obstacle juridico-social. Le but est d'éliminer les nouvelles infections en VIH d'ici 2030.

Le présent document présente les points d'action recommandées pour traduire en actions concrètes les engagements de la Déclaration de Dakar. La feuille de route est présentée sous forme de plan de transformation car c'est un changement de paradigme vers une stratégie à impact durable.

---

<sup>1</sup>Rapport mondiale actualisé, ONUIDA

**PARTIE A - ETAT ACTUEL DE LA REPONSE AU VIH -  
EVALUATION DE LA DURABILITE - VISION-IMPACTS  
CIBLES-OBJECTIFS-RESULTATS**

## I- ETAT ACTUEL DE LA REPONSE AU VIH

### 1. Situation des structures de mise en œuvre de la riposte

#### 1.1 Comité National de Lutte contre le Sida

Madagascar dispose d'une structure nationale chargée de la réponse au VIH/sida, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) mis en place par le décret n°2002-1156 du 02 octobre 2002 et réorganisé par le décret n°2017-071 du 05 février 2017. Il est rattaché à la Présidence de la République et assure l'efficacité de la lutte multisectorielle contre le VIH/sida. Le CNLS est régi par principe "Three One's"; (i) Coordination unique;(ii)plan unique ;et (iii)cadre de suivi-évaluation unique.

Le Secrétaire Exécutif du CNLS, le SE/CNLS est le garant de ce three one's. Sa mission est d'assurer la coordination de la lutte, de point focal au niveau des institutions, des départements ministériels, des organisations de la société civile, aussi bien que des structures territoriales d'intervention.

Le Plan Stratégique National de la riposte multisectorielle aux IST, VIH et sida est quinquennal allant de 2023 à 2028. Il dispose de 4 axes stratégiques.

Le système de suivi –évaluation est composé par le plan de suivi-évaluation découlant du PSN, le Groupe technique de suivi- évaluation (GTSE) et le forum des partenaires pour la validation. Le volet médical est assuré par le système DIHS2.

Les PSN est orienté en quatre axes stratégiques prioritaires.



Figure n°1 : Axe stratégique du PSN 2023-2028

#### 1.2 Programme National de lutte contre les IST et le Sida

Le Ministère en charge de la santé, à travers le Programme National de Lutte contre les IST et le sida (PNLIST) est le garant de la norme technique médicale. Le PNLIST a pour mission d'assurer la gestion et la coordination technique de la réponse nationale du secteur santé à la lutte contre les IST et le sida ; Valider les documents nationaux de référence dans la lutte contre le VIH/Sida; Assurer la supervision de l'évaluation de la lutte contre le VIH/Sida nationale à la pandémie du sida et Valider les données dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida.

### 2. Système de santé à Madagascar

Madagascar, en 2021, compte une population de 25,7 millions dont 49,3 % d'hommes<sup>2</sup>. La grande majorité de la population (81 %) réside en milieu rural. La population du pays continue d'augmenter avec un taux de croissance annuel de 3 %.

<sup>2</sup> RGP3-3 : 3<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat

Le système de santé est composé de trois niveaux ; (i) national ; (ii) intermédiaire et (iii) périphérique. La figure ci-dessous représente la pyramide du système de santé et les réponses de la lutte contre le VIH.

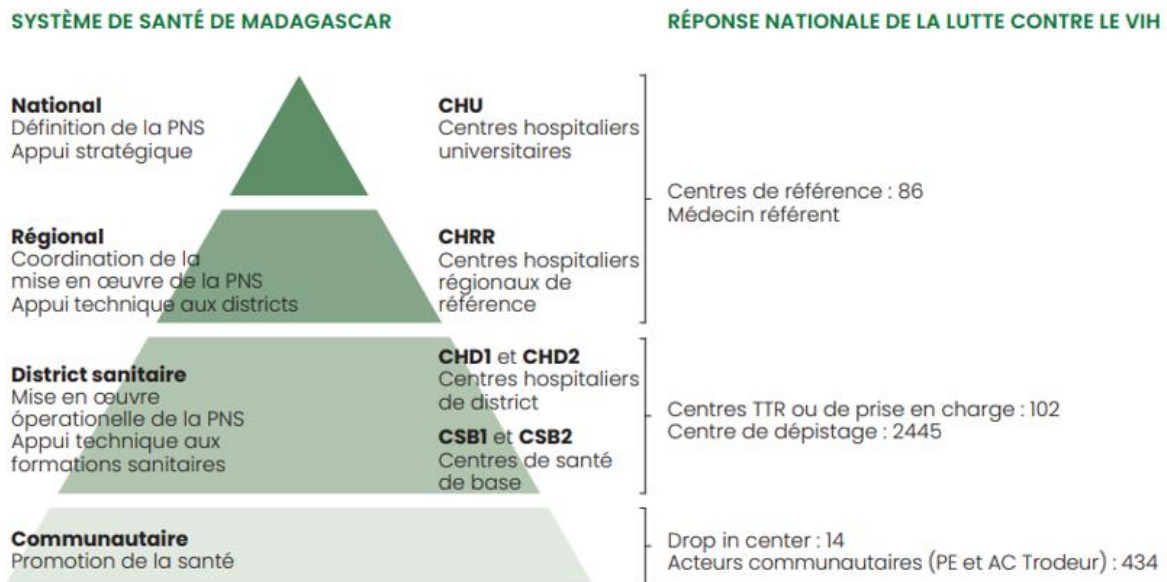


Figure N°2 : Système de santé à Madagascar<sup>3</sup>

## 1. Epidémiologie du VIH à Madagascar :

Madagascar est encore classé parmi les pays à faible prévalence en VIH. Selon Spectrum 2023, la prévalence chez la population générale âgée de 15- 49 ans était estimée à 0,37 %. La prévalence en VIH chez les femmes (0,4 %) était supérieure à celle des hommes (0,3 %). Chez les jeunes âgés de 15-24 ans, la prévalence chez les filles était près de trois fois supérieure à celle des garçons (0,13% versus 0,06 %) <sup>4</sup>. L'Enquête de Surveillance Biologique et Comportementale confirme l'épidémie concentrée chez les populations-clés avec une croissance exponentielle (figure N°1). Les IST prédominent encore à Madagascar. L'incidence des écoulements génitaux est estimée à 63,5‰ et celle de l'ulcération à 14,0‰ <sup>5</sup>.

Selon l'ESCB 2016, mis à part chez les HSH, la prévalence du VIH chez les PCPER à Madagascar est encore largement en-dessous de celle de l'Afrique de l'Est et du Sud en 2022 ; respectivement la prévalence chez les PS est de 5,6% à Madagascar contre 29,9 %, celle de HSH est de 14,8% contre 12,9%, celle des UDI est de 8,5% contre 21,8%. Les résultats de l'ESCB 2021 sont encore en cours de validation. Ceci prouve la concentration de l'épidémie chez la population-clé <sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Guide Opérationnel Prestation de service différencié

<sup>4</sup> Spectrum 2023 Madagascar

<sup>5</sup> ESBC 2016 : Enquête de Surveillance Biologique et Comportementale

<sup>6</sup> UNAIDS data 2023



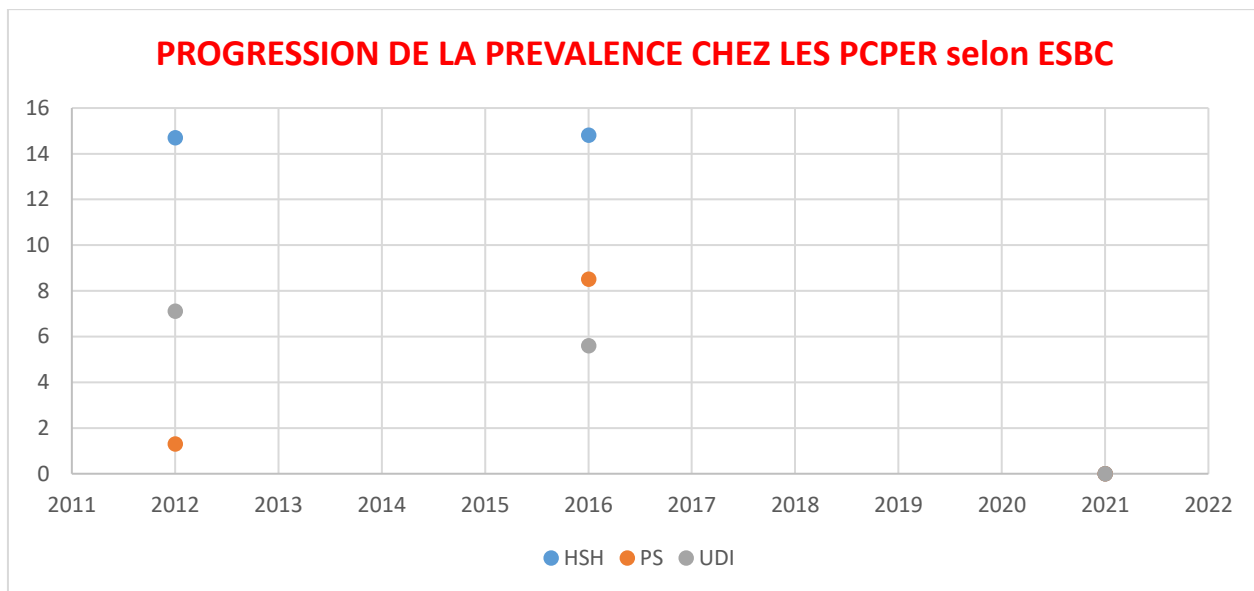


Figure N°3 : Progression de la prévalence du VIH chez les PCPER

## 2. Typologie de l'épidémie :

### 2.1 Nouvelle infection

En trois ans, bien que la couverture en dépistage est faible, mais plus ciblé et différencié, on note une progression temporelle et spatiale alarmante de la nouvelle infection comme nous montre la figure ci dessous<sup>7</sup>

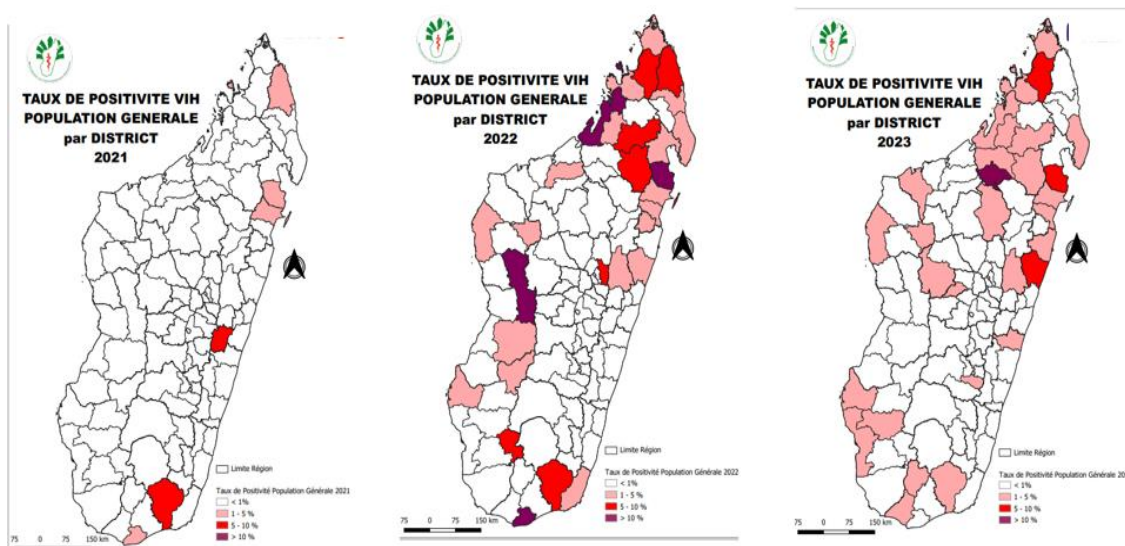


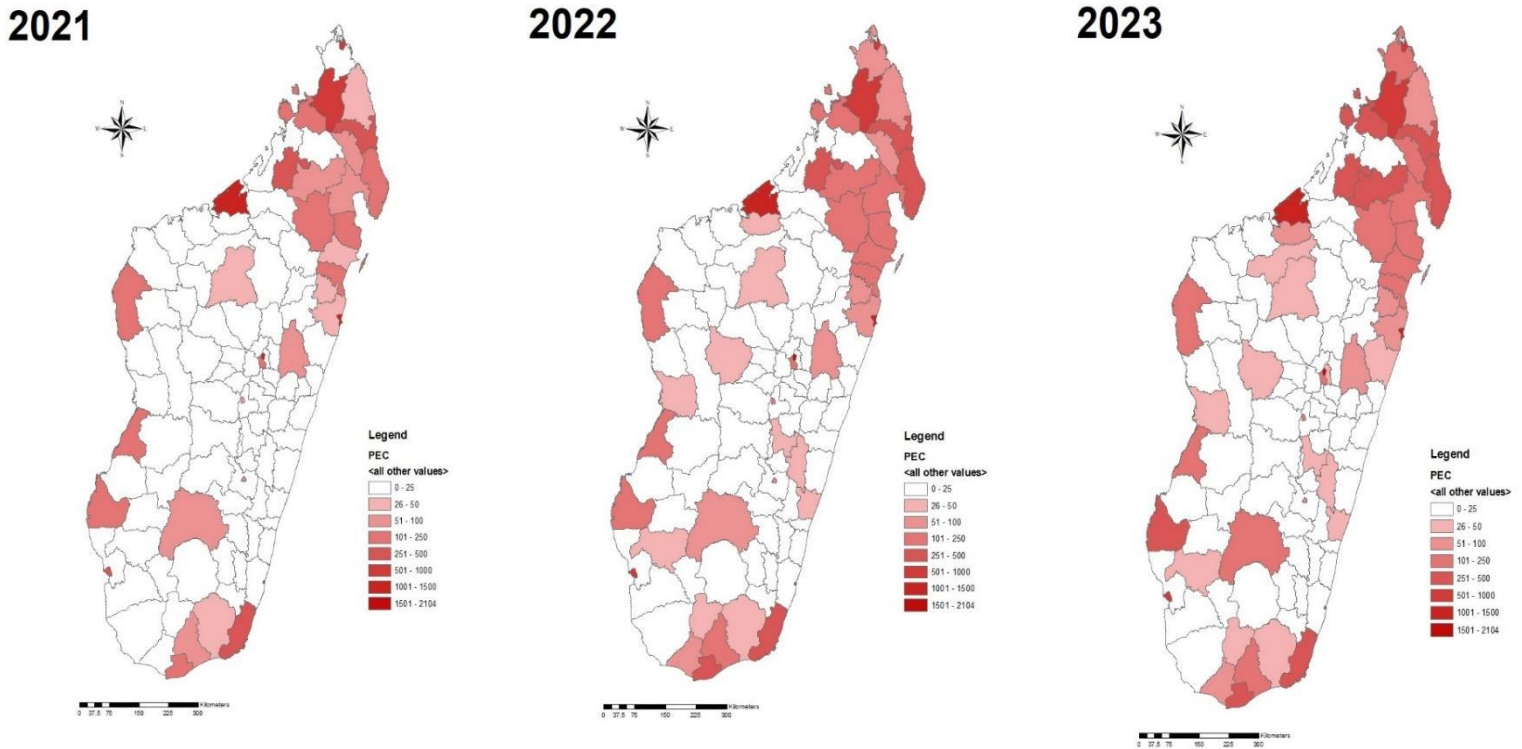
Figure N°4 : progression temporelle et spatiale des nouvelles infections

<sup>7</sup> Rapport annuel de la Réponse au VIH 2022, SE CNLS

La figure montre l'évolution rapide surtout le long de la côte et empruntant les routes nationales de Madagascar. En 2023<sup>8</sup>, on a recruté un nombre de 5961 nouvelles infections, le taux de positivité moyen national est de 1,4% qui est déjà au-dessus de 1%. Ce qui prète à une tendance en épidémie généralisée. Le taux de positivité moyen chez les hommes de 15 à 49 ans est de 2,81%, s'il est de 1,16% chez les femmes. Tandis que 87,32% des nouvelles infections sont entre 20 à 49ans et 7,51% sont des adolescents de 10 à 19ans et 1,8% sont des enfants de moins de 10ans. Les valeurs de ces graphes sont quand même conditionnées par la couverture en service de dépistage, entre autres la disponibilité suffisante des réactifs de dépistage.

## 2.2 File active des PVVIH

Actuellement, 26 districts (20%) sont épargnés du VIH, soit qu'ils n'ont pas encore été dépistés, soit que leurs PVVIH soient déjà morts. Plus du tiers des districts disposent de plus de 100 PVVIH. Au total, le nombre de PVVIH suivies est de 17073 alors que le nombre estimatif selon le Spectrum 2023 est de 74000.



*Figure N°5: Evolution spatiale de la file active*

<sup>8</sup> PNLIST

## 2.3 Types d'épidémie

Des revues scientifiques récentes, entre autre une étude développant un modèle dynamique compartimenté utilisant les données disponibles à Madagascar<sup>9</sup> ont mentionné la potentialité de basculer l'épidémie concentrée de Madagascar en épidémie généralisée allant jusqu'à une prévalence stable chez la population générale de 9 à 24% d'ici 2033

Compte tenu de cette tendance, trois types d'incidence ont été identifiés selon la répartition géographique de l'incidence du VIH à travers le taux de positivité du PVVIH (la valeur la plus élevée entre les données de 2022 et de 2023)<sup>10</sup>, on peut classer trois types de zone en vue de mettre en place les stratégies de prévention y afférentes ;

- (i) Zone à forte incidence qui dispose un taux de positivité supérieur à 5%. Cette zone compte 11 districts dont Ambilobe, une des dix villes d'intervention du Fonds Mondial.
- (ii) Zone à incidence intermédiaire dont le taux de positivité au VIH se situe entre 1% à 5%. Elle compte 34 districts.
- (iii) Zone à faible incidence avec moins de 1% de taux de positivité au VIH. Elle comprend 69 districts.

Cette classification sera ajustée selon les résultats de l'Enquête de Séroprévalence Nationale(ESN).

## 2.4 Situation de l'objectif en Cascade




En Afrique de l'est et du sud, en 2022, le cascade des objectifs progresse dans le bon sens, respectivement 92%, 83% et 77%. Contrairement à Madagascar, se référant aux données estimatives du logiciel Spectrum 2023, les objectifs du « *fast track* » 95-95-95 sont loin d'être atteints, Ils sont de 23%, 23% et 5%, comme nous montre le tableau N°1.

---

<sup>9</sup> David Alonso et Xavier Valley « Une transition potentielle d'une épidémie du VIH concentrée à une épidémie générale , cas de Madagascar»,2022

<sup>10</sup> PPT Situation Epidémiologique du VIH/SIDA 2022, PNLIS et SE CNLS

Tableau N°1 : Progression du cascade des objectifs du fast track<sup>11</sup>

CASCADE	2020	2021	2022	2023
 <p><b>95%</b> des patients infectés diagnostiqués</p>	17,60%	19,78%	23,18%	23,07%
	6741/38301	9277/46900	12263/52900	17073/74000
 <p><b>95%</b> des patients diagnostiqués sous traitement</p>	15,37%	19,16%	22,90%	22,81%
	5885/38301	8985/46900	12114/52900	16882/74000
 <p><b>95%</b> des patients traités avec une charge virale indétectable</p>	2,74%	4,04%	2,08%	5,86%
	1050/38301	1897/46900	1102/52900	4337/74000

Toutefois, on note une performance du programme de mise sous traitement ARV des personnes séropositives notifiées (fig N°4). Cependant, la recherche des nouveaux cas (1<sup>er</sup> 95) et la mise en situation indétectable restent encore un grand défi.

<sup>11</sup> Programme National de Lutte contre les IST et VIH 2024

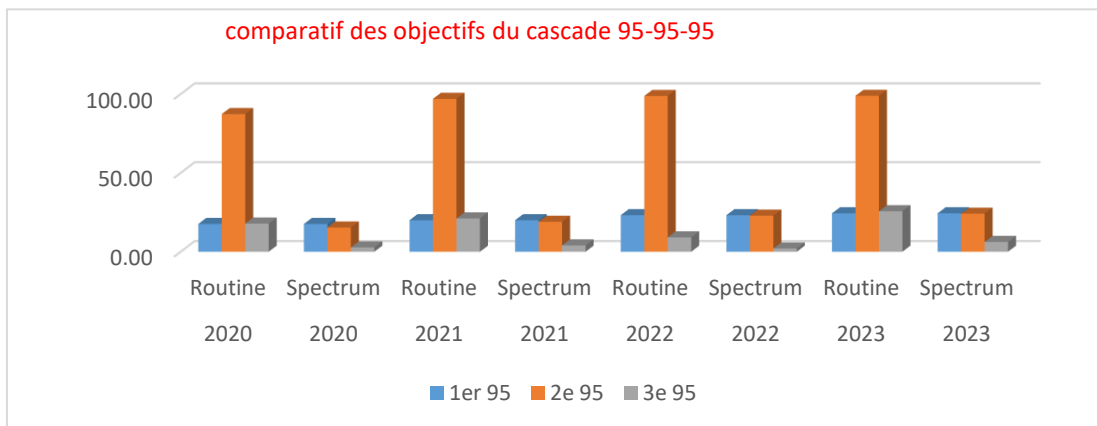


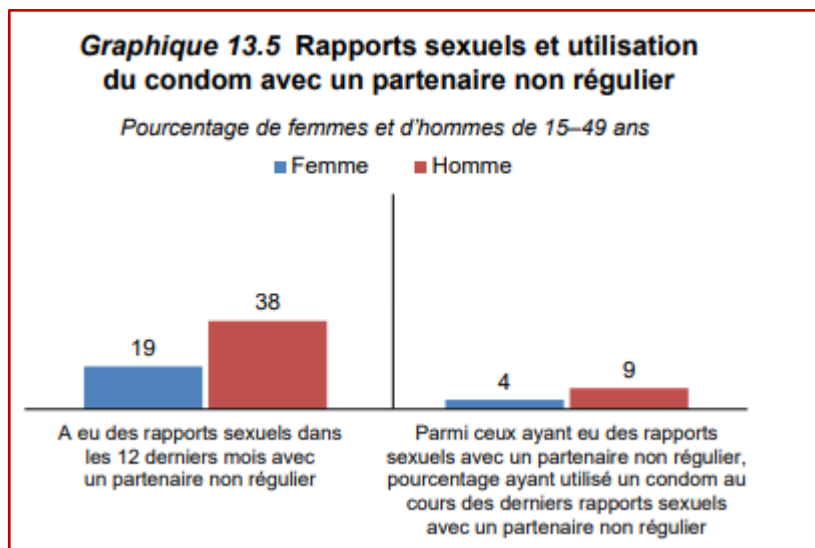
Figure N°6 : Graphe comparative des objectifs du cascade

## 1. Situation actuelle du programme de prévention

### 1.1 La Communication pour le Changement Social et Comportemental

En matière de connaissance sur le sida, une personne sur cinq déclare n'avoir pas entendu parlé du sida<sup>12</sup>. Par la même étude, par ailleurs, seulement 26 % pour les hommes et de 27 % pour les femmes connaissaient les moyens de se protéger du VIH et rejettent les fausses croyances. La transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement était connu de 47 % des hommes et 44 % des femmes. Toutefois, seuls 31 % des femmes et 30 % des hommes savaient que la transmission de la mère à l'enfant peut être prévenue par un traitement médicamenteux.

Chez les populations sexuellement actives de 15 à 49ans, la multi partenariat est de 19% chez les femmes et 38% chez les hommes. Parmi ceux ayant des rapports sexuels avec des partenaires non réguliers, l'utilisation de préservatif est de seulement 4% chez les femmes et 9% chez les hommes.



<sup>12</sup> Enquête Démographique et de la santé 2021.madagascar

### Figure n° 7 : Comportements à risque

Faisant référence aux manques de connaissance alors que le comportement est fortement à risque, on note un risque d'explosion de l'infection. Effectivement, faute de ressources, la veille informationnelle est effectuée de façon ponctuelle pendant les journées thématiques, Madagascar dispose un plan de communication mais comme c'est obsolète on prévoit d'en élaborer cette année. Le numéro vert d'avant est devenu une plateforme d'échange sur facebook et appel ;

Les PCPER, grâce au financement du Fonds Mondial, bénéficient de la communication pour le changement social et comportemental à travers les pairs éducateurs et utilisant leur réseau social.

#### 1.2 Programme de distribution de condom

Madagascar dispose d'un plan de distribution de préservatifs financé par UNFPA avec de nombreux distributeurs manuels de condom. Ils sont placés dans les lieux de fréquentation des PCPER, leurs partenaires et des jeunes ainsi que les établissements de soins<sup>13</sup>. En 2022, 12 477 000 préservatifs ont été distribués à toutes les populations ayant des comportements à risque (PCPER, patients IST, les jeunes scolarisés et non scolarisés, jeunes travailleurs, population passereille, clients IST/TB...)<sup>14</sup>. La distribution de préservatifs n'est pas autorisée dans les établissements pénitentiaires (). Seules 22% des régions (5/23) font la promotion de préservatif pour la population générale. Dans les centres « drop-in center » la distribution de préservatifs gratuits est assurée exclusivement par les éducateurs pairs lors des CIP.

#### 1.3 . Circoncision masculine

La circoncision masculine fait partie de la culture malgache, selon l'EDS 2021<sup>15</sup>, la pratique de la circoncision est généralisée à Madagascar car 98 % des hommes ont déclaré être circoncis. Il n'est plus donc nécessaire de faire la promotion de ce comportement positif déjà acquis

#### 1.4 Dépistage

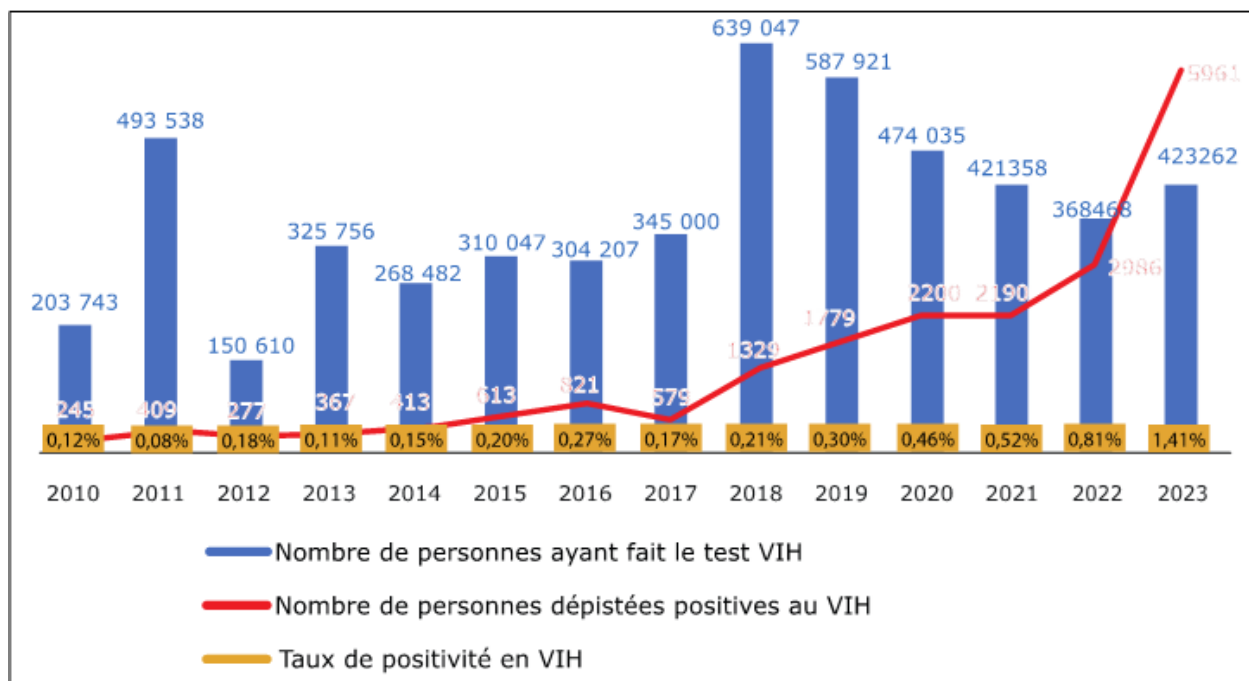
Madagascar, sous le financement du Fonds Mondial, a initié ses stratégies pour le premier 95 sur les nouvelles approches différenciées avec la participation active des acteurs communautaires et ce par délégation de tâche : le dépistage communautaire des PCPER par leur pair, le dépistage de cas indexé, l'autotest, et le dépistage des populations vulnérables et des femmes enceintes par Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) réalisé en milieu communautaire par des TRODeurs (AC et PE pour PCPER). Mais leur couverture est limitée seulement au niveau des villes couvertes par le financement du Fonds mondial (35 villes/114 districts En 2022. Ces initiatives ont quand même prouvé leurs résultats.

---

<sup>13</sup> Plan Stratégique National de la riposte multisectorielle aux IST VIH et sida

<sup>14</sup> MDG rapport annuelle 2022

<sup>15</sup> Enquête Démographique et de Santé



*Figure N°6: Evolution du nombre de dépistage durant les 11 dernières années ainsi que le nombre des cas positifs (source : PNLIST)*

Bien que le nombre de dépistage réalisé régresse, le nombre de cas positifs est inversement proportionnel prouvant l'efficacité de la stratégie de dépistage ciblé. Madagascar n'a pas encore atteint le pic donc l'épidémie n'est pas encore stable

Le nombre de tests VIH réalisé était de 368 468 avec un taux de positivité à 0,81%<sup>16</sup>). Le dépistage non ciblé pour la population générale s'effectue uniquement pendant les événements spécifiques (journée mondiale de lutte contre le sida, caravane médicale, Fanompoambe, ...). Le dépistage chez les jeunes restés faibles à cause du faible accès des jeunes non scolarisés des maisons des jeunes et espaces jeunes gérés par le Ministère en charge de la jeunesse et des sports. D'autant plus que le dépistage des mineurs nécessite le consentement parental. Vu le nombre de femmes enceintes attendues et le nombre de test réalisé, on peut déduire que le test n'est pas suffisant pour tous les cibles prioritaires

<sup>16</sup> Rapport PSI

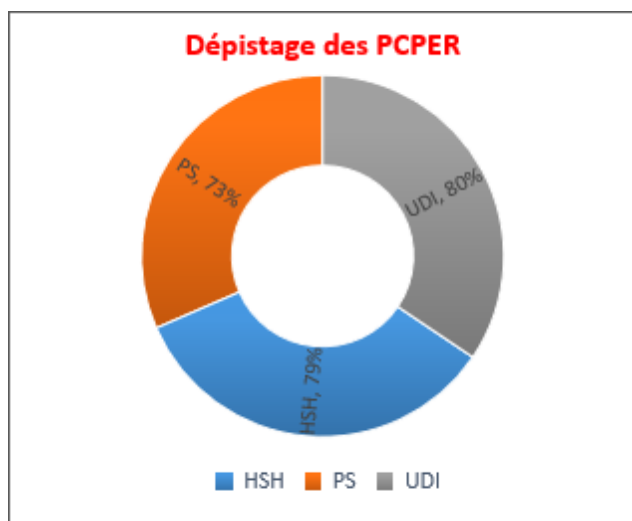


Figure N°6 : Répartition des PCPER dépistés

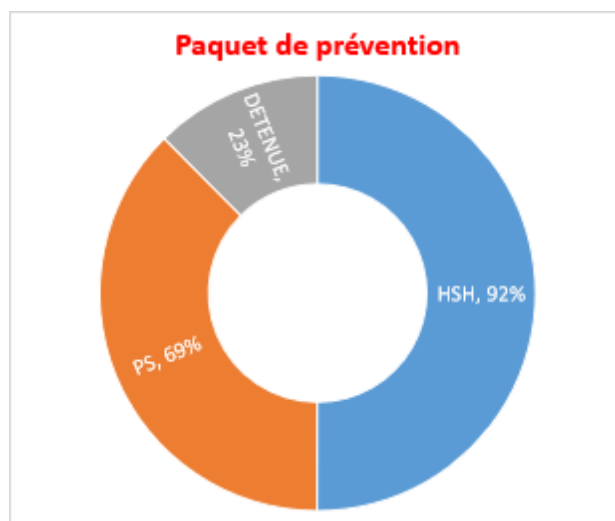


Figure N°7 : Répartition des PCPER ayant reçus des paquets de prévention

### 1.5 Prophylaxie pré exposition (PrEP)

L'adoption et l'acceptabilité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) constitue une grande avancée dans la prévention proposée aux PCPER. La PrEP a été initiée au niveau de 02 centres pilotes uniquement dont 459 Kits distribués en tout.

### 1.6 Couverture en ARV

En se référant à la couverture en ARV, 98,8% des PVVIH de la file active sont déjà mises sous ARV (soit 16882 PVVIH sous ARV/17073 PVVIH) en 2023 <sup>17</sup>. En effet, le nombre de nouveaux centres de référence est passé de 3 en 2018 à 42 en 2022. Le nombre total actuel des centres de prise en charge est de 102. Durant la même période 95 centres « Test, Treat and Retain » (TTR) ont été ouverts, portant le nombre total de TTR à 100. Le nombre total des médecins référents offrant des services de PEC aux PVVIH dans le pays en 2022 est de 223.

Tableau N°2 : Evolution de la cascade des objectifs 95-95

PVVIH	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	T1 2024
SUIVIES	674		927		1226		1707		18387
	1		7		3		3		
SOUS ARV	588	87,30	899	97,0	1211	98,8	1688	98,9	17796
	5	%	5	%	4	%	2	%	
PVVIH AYANT CVI	105	17,84	189	21%	1103	9%	4337	25,7	en attente des résultats
	0	%	7					%	

<sup>17</sup>b Selon PNLIS/IST



## 1.7 Prévention de la Transmission mère-enfant

Le dépistage des femmes enceintes dans les zones d'intervention du Fonds mondial, soit 46 villes, en 2022 accusent une couverture dépassant le 120% par rapport au cible du cadre de performance. Pour l'actuel CS7, le nombre de la ville d'intervention du Fonds mondial se limite à 10 villes. Unicef finance le dépistage du VIH et du syphilis (test DUO) chez les femmes enceintes dans les cinq (05) régions (35 districts sur 119) de leur intervention uniquement : Analamanga, Analanjirofo, Anosy, Androy et Antsimo Andrefana. En général, le test VIH disponible pour femmes enceintes est de 300 000 unités/an, alors que le nombre total de grossesse attendu est de 1 360 000 soit un gap de plus d'un million de test VIH par an pour honorer le besoin en PTME. Selon l'EDS en 2021, seul 6% des femmes enceintes ont effectué le test VIH et ont reçu le résultat. En 2022, seuls 41,3% des femmes enceintes séropositives au VIH ont reçu le traitement ARV. En 2022, seuls 41,3% des femmes enceintes séropositives au VIH ont reçu le traitement ARV dont les nouveaux nés et enfants séropositifs sont sous traitement ARV sont au nombre de 123 personnes.<sup>18</sup>.

## 3. RECOMMANDATIONS de l'évaluation du Plan stratégique national 2018-2022

### 3.1 Gouvernance

- Rendre fonctionnel les structures suscitées dans le décret N° 2017-071 du 05 février 2017 portant réorganisation du Comité national et les comités locaux de lutte contre le VIH/SIDA.
- Plaidoyer et mobilisation de fonds pour renforcer les ressources (humaines et matérielles), la capacité institutionnelle des organisations de la société civile, des organisations communautaires, des réseaux ou organisations dirigées par la communauté

### 3.2 Offres de services :

#### *a) dépistage*

- Prioriser le dépistage ciblé, proposé à l'initiative des soignants et client selon l'évidence,
- Mettre à l'échelle le projet dépistage communautaire y compris la PTME. Renforcer les compétences nécessaires y afférentes
- Renforcer l'implication des structures privées dans le dépistage.
- Faire la mise à l'échelle de la PrEP.

#### *b) Prise en charge*

- Augmenter le nombre de structures de PEC et par conséquent, le nombre de médecins.
- Intégrer de la formation complète sur l'infection VIH dans le curriculum des étudiants en médecine.
- Renforcer et optimiser la participation communautaire dans le cadre des stratégies différenciées, de proximité et centrées sur la personne dans tout le continuum de soin.
- Faciliter l'utilisation du programme de « Soins d'urgence » mis en place par le PNLIST ainsi que le relai de la prise en charge par les associations et OSC (MADAIDS, ASOS, dans le cadre du financement du fonds mondial.

#### *c) Gestion Approvisionnement et Stock*

- Effectuer un plaidoyer auprès de l'Etat malagasy et des autres partenaires techniques et financiers pour l'acquisition de produits de santé du VIH/sida/IST (besoins non couverts par le Fonds mondial et l'UNICEF), ainsi que la participation aux frais GAS.

---

<sup>18</sup> Rapport Annuel 2022 de la Réponse au SIDA – MADAGASCAR, SE CNLS

- Intégrer tous les circuits de distribution des produits de santé du VIH/sida et des IST dans le circuit national, avec distribution du niveau central vers le niveau district (sauf CHU, CHRD).
- Optimiser la distribution au dernier kilomètre : (i) stratégie adéquate de communication des expéditions en cours aux parties prenantes (notamment formations sanitaires, mais aussi les responsables des PHA-G-DIS et les responsable VIH district et région) ; (ii) partage des plans de répartition au niveau district ; (iii) adaptation de la rémunération des PHA-G-DIS pour les services de stockage et distribution des produits du VIH.

### 3.2 Suivi-évaluation

- Redynamiser le groupe technique de SE (GTSE).
- Réviser les outils de rapportage afin que les indicateurs requis par les partenaires soient renseignés.
- Renforcer la gestion des données de continuum de soin des patients depuis la sensibilisation jusqu'à la prise en charge en assurant leur digitalisation et leur intégration dans des systèmes interopérables.
- Mettre en place un système de contrôle de qualité des données décentralisé ainsi que des procédures de vérification au niveau central, incluant des feedbacks périodiques vers les régions.

### 3.3 Volet communautaire

- Renforcer la participation ou l'implication et le leadership des communautés à tous les niveaux, de la planification à la mise en œuvre et le suivi des programmes.
- Renforcer l'engagement des communautaires pour l'adhérence aux soins prénataux.

### 3.4 Genre et droit humain

- Promouvoir des systèmes de recours juridiques pour que PCPER, PVVIH et survivantes de VBG puissent faire valoir leurs droits.
- Former les acteurs communautaires et prestataires de soins sur la stigmatisation et discrimination envers les PVVIH et PCPER.
- Redynamiser le comité droit et VIH, pour proposer la révision, l'amendement voire l'élaboration des textes législatifs et pour en faire des documents de plaidoyers.

## I EVALUATION DE LA DURABILITE

Afin de mieux situer les stratégies pour instaurer la durabilité<sup>19</sup>, l'analyse prend en compte dans le cadre de ses différentes actions l'ensemble des principes qu'on peut classer de quatre critères de durabilité suivantes :

### a) Sociales et droits humains :

La protection de la santé des personnes infectées, affectées par le VIH et la population en générale ainsi que l'amélioration de leur qualité de vie devront être au centre de la stratégie de prévention durable.

---

<sup>19</sup> *Guide d'évaluation de la durabilité 2023, Quebec*

L'accès aux savoir et aux soins de prévention doit tenir compte du souci d'équité intra et intergénérationnelle ainsi que d'éthique et de solidarité sociale.

a) Economiques :

La pauvreté est le lit des comportements à risque pour contracter l'infection VIH. La couverture de service de prévention de qualité et innovant souffre par manque de ressources, entre autres intrants. La prévention de l'infection VIH en soi préserve la population aux arrêts dues aux maladies opportunistes et mortalité évitable et contribue au développement économique du pays.

b) Participation et engagement :

L'engagement et la participation des citoyens et les groupes spécifiques et vulnérables pour définir une vision concertée de prévention de l'infection VIH et assurer sa durabilité sur les plans environnemental, social et économique. La délégation de pouvoir et responsabilité à la communauté à travers les décisions et services de proximité ainsi que la bonne coopération gouvernementale et multisectorielle devrait être de mise. La prévention durable concerne les actions de prévention, d'atténuation et de correction.

c) Environnement favorable :

L'environnement légal, culturel et social conditionne l'harmonie des autres critères précédents pour rendre stable les stratégies durables afin que les personnes infectées puissent vivre en harmonie avec le reste de la population sans stigmatisation et préservant la santé du dernier ainsi que leurs générations futures.

## 2. VISION – BUT – OBJECTIFS – PRINCIPES DIRECTEURS

### 4.1 VISION

En 2027, la population de Madagascar et les PVVIH vivront en harmonie et sans transmission du VIH, dans un environnement de soins, de soutien et de prévention combinée, intégrée, différenciée, équitable, de qualité et respectant les droits humains (vision PSN).

### 4.2 BUT

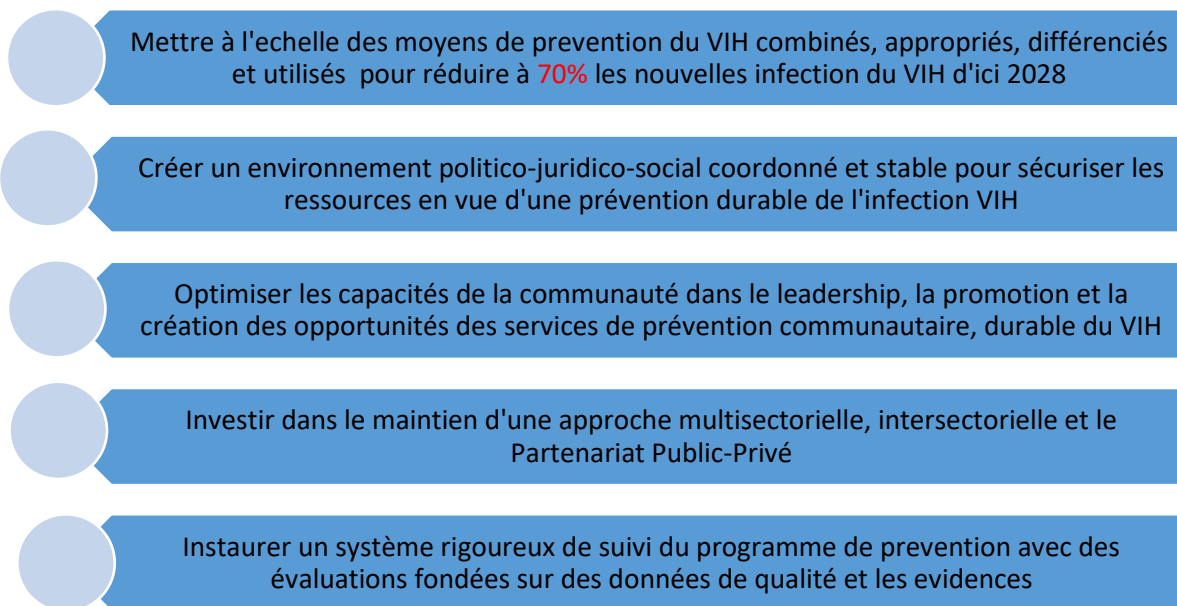
Éliminer la nouvelle infection du VIH d'ici 2030

### 4.3 OBJECTIFS

#### 4.3.1 OBJECTIF GENERAL

Réduire de **70%** les nouvelles infections à VIH d'ici 2028

Le plan de transformation durable fixera d'ici 2028 que **95 %** de personnes exposées au VIH bénéficieront des moyens de prévention combinée, appropriés et différenciés.



Pour référence, le programme national a fixé dans le PSN des résultats d'ici 2028 de :

- 70% des positifs connaissent leur statut sérologique
- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant passe de 41% à moins de 10% et la syphilis congénitale est réduite à moins de 1% d'ici 2028.
- La coordination, le leadership et la redevabilité pour la réponse sont performants, les financements sont durables et les systèmes communautaires, de gestion des approvisionnements et des stocks, et de suivi & évaluation sont renforcés
- Les obstacles qui entravent les droits humains, le genre et l'accès aux soins sont levés d'ici l'horizon 2028.

#### 4.4 PRINCIPES DIRECTEURS

- Système durable de haute qualité, de couverture élevée
- Partenariat et coopération gouvernementale
- Leadership communautaire
- Inclusive et multisectorielle
- Respectant les droits humains et l'équité en matière d'accès aux services de prévention combinés et différenciés.

#### 4.5 CADRE LOGIQUE DE LA FEUILLE DE ROUTE

Impact	Effet	Produit	Stratégie	Point d'Action
<p>Réduction des nouvelles infections du VIH chez les populations clés (PS, HSH, UDI)</p> <p>Réduction des nouvelles infections du VIH chez les femmes enceintes, chez les femmes allaitantes,</p> <p>Réduction des nouvelles infections chez les nouveaux-nés et chez les enfants</p>	<p>Augmentation des connaissances en matière de prévention du VIH</p>	<p>Intervention de prévention combiné mettant en exergue les approches différenciées priorisée et mise à l'échelle dans les zones géographiques sur la base du type d'incidence de VIH</p>	<p>Mettre à l'échelle la prévention combinée en mettant en exergue les approches différenciées au niveau des populations clé, groupe passerelle, population vulnérable (Femmes enceinte et jeunes) et dans les zones géographiques sur la base de type d'incidence du VIH</p>	<p><b>Point d' Action 2 :</b> <b>Approche précise de la prévention du VIH</b></p>
<p>Réduction des nouvelles infections du VIH chez les personnes vivant dans les prisons ou dans les lieux fermés</p>	<p>Augmentation de l'utilisation du préservatif</p>			
<p>Réduction des nouvelles infections du VIH chez les jeunes</p>	<p>Dépistage accru et connaissance de son statut VIH</p>	<p>Les services de prévention du VIH sont intégrés dans le programme VIH, les services de santé et d'autres programmes non liés à la santé.</p>	<p>Promouvoir les services intégrés de prévention (Service des Adolescents et des jeunes, Lutte contre VIH, SR-Planning Familial, CPN/PTME, centre désintoxication, Centre d'Ecoute et de Conseil Juridique, Centre de Prise en charge Intégré, Service hépatite, infirmerie en milieu carcéral)</p>	<p><b>Point d'Action 7 :</b> <b>Promouvoir l'intégration pour améliorer les résultats en matière de VIH</b></p>

Impact	Effet	Produit	Stratégie	Point d'Action
Réduction des nouvelles infections du VIH	Augmentation de l'objectif du premier 95	Les nouvelles technologies de prévention du VIH et les innovations stratégiques sont instituées	Instituer des mécanismes pour l'introduction rapide des nouvelles technologies de prévention du VIH et d'innovation programmatique.	<b>Point d'Action 8 : introduction rapide de nouvelles technologies de prévention du VIH et d'innovations dans les programmes</b>
	Augmentation de l'utilisation de la PrEP			
	Augmentation de l'utilisation précoce de TARV et de la réinsertion thérapeutique			
	Suppression virale accrue			
		Des réponses de prévention du VIH dirigées et appropriées par les communautés sont établies et optimisées.	•Optimiser l'engagement communautaire dans la prévention	<b>Point d'Action 5 : Renforcer et élargir la réponse communautaire en matière de prévention du VIH</b>
	Augmentation de la proportion d'allocation du budget VIH à la prévention du VIH	Le financement national et international sont alloués pour couvrir les besoins en prévention auprès des cibles prioritaires vulnérables autre que les PCPER	•Plaidoyer pour mobiliser les ressources domestiques; Plaidoyer auprès des PTF pour couvrir les besoins en prévention auprès des cibles prioritaires vulnérables autre que les PCPER	<b>Point d'Action 3 : Définir les investissements nationaux pour l'intensification de la prévention du VIH DÉTERMINER LES BESOINS D'INVESTISSEMENT DES PAYS POUR DES RÉPONSES ADÉQUATES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH ET</b>

Impact	Effet	Produit	Stratégie	Point d'Action
				<b>ASSURER UN FINANCEMENT DURABLE</b>
Réduction de l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et autres	Réduction de l'expérience de la violence	Les cadre juridique et règlementaires sont reformés pour la prévention contre la violence basée sur le genre et les droits aux services de prévention	• Révision des textes règlementaires	<b>Point d' Action 6 : Lutter contre les obstacles sociaux et juridiques aux services pour les actions clés et prioritaires</b>
	Réduction des dommages			
La coordination, le leadership et la redevabilité pour la réponse sont performants, les financements sont durables et les systèmes communautaires, de gestion des approvisionnements et		Le cadre de recherche renseigne et améliore la riposte au VIH	Réalisation d'ESN et re-orientation des stratégies de prévention; Révision des outils et du système d'information; Digitalisation	<b>Point d' Action 1 : évaluation des besoins en matière de prévention du VIH</b>
		Le programme de prévention du VIH pour la prise de décision sont suivi en temps réel		<b>Point d'Action 9: mise en place d'un suivi du programme en temps réel</b>
		Mécanismes de coordination pour une meilleure synergie entre les différentes composantes des programmes de	• Renforcer la coordination pour une meilleure synergie entre les différentes composantes des programmes de prévention;	<b>Point d'Action 10 : Renforcer les mécanismes de responsabilisation de toutes les parties prenantes</b>

Impact	Effet	Produit	Stratégie	Point d'Action
des stocks, et de suivi-évaluation sont renforcés		prévention du VIH établis et opérationnalisés		
		La collaboration multisectorielle et interministerielle sont fonctionnalisées	Assurer la collaboration multisectorielle et interministérielle;	<b>Point d'Action 4 : renforcer le leadership multisectoriel en matière de prévention du VIH</b>



**PARTIE B – FEUILLE DE ROUTE DE LA PREVENTION  
DURABLE**

## I- PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

Compte tenu du financement limité, la réponse face à la propagation de l'infection du VIH adoptera une approche tendant vers la durabilité et à optimiser l'engagement, l'élan, l'investissement et la responsabilité au sein des gouvernements, de la société civile, des donateurs et du secteur privé pour mettre en œuvre des programmes de prévention à grande échelle, à couverture élevée, équitables et de haute qualité qui peuvent mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. La présente feuille de route de la prévention du VIH pour 2027 offre des orientations à toutes les parties prenantes qui cherchent à réduire les nouvelles infections à VIH. Un document établi par la Coalition Mondiale pour la Prévention (GPC) a été recommandé pour servir de guide le long du processus d'élaboration <sup>20</sup>.

La feuille de route est un document vivant, dynamique et son processus d'élaboration constitue un cycle de progression basé sur des évaluations périodiques, comme nous montre la figure ci-dessous<sup>21</sup>.

*Figure N°8 : Schéma du processus du cycle d'élaboration de la feuille de route :*



<sup>20</sup> La Prévention du VIH pour 2025 FEUILLE DE ROUTE- GPC

<sup>21</sup> HIV response sustainability response primer\_web.pdf

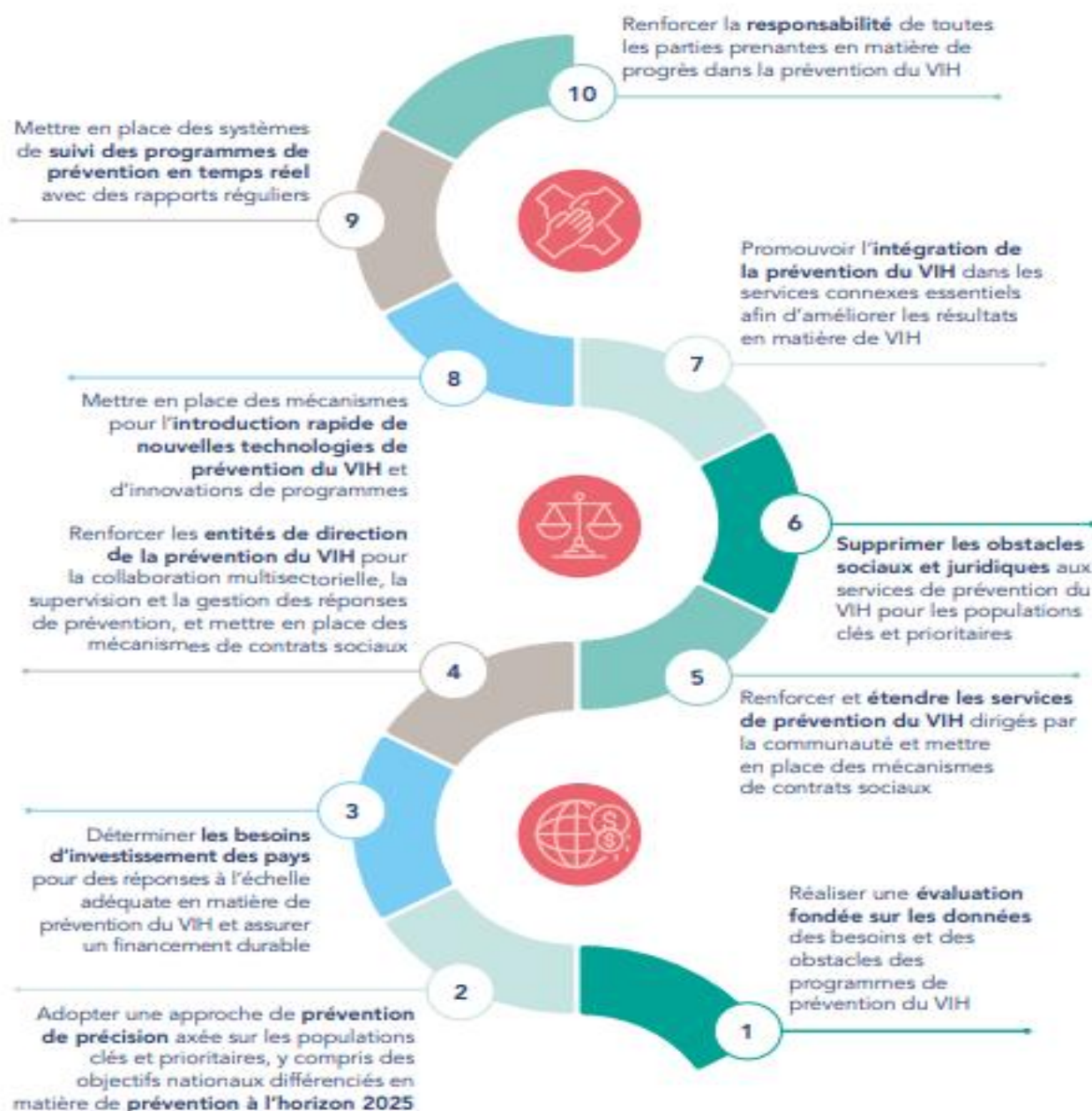
Le processus d'élaboration de la feuille de route de la prévention durable a suivi les étapes suivantes :

1. Un atelier d'orientation et de plan d'action pour les nouveau pays membres du Coalition Mondial pour la Prévention du VIH, Kigali/Rwanda octobre 2023
2. Réunion nationale de validation des 10 points d'action,
3. Remplissage de l'Outil d'Auto-Evaluation pour la Prévention du VIH (OAEP), hotel Ibis
4. Atelier international de validation des dix points d'action, Novembre 2023, Namibie/Kenya
5. Consultation en vue de l'intégration des services de prévention VIH à d'autres services de santé et des services juridiques en vue des services intégrés,
6. Consultation des acteurs communautaires, des secteurs privés, des donateurs, des secteurs publics.

Capitalisation des acquis à travers l'évaluation du PSN 2018-2022 et alignement de la Feuille de route au nouveau PSN 2023-2028 qui fait l'objet de l'alignement de certains indicateurs.

La Coalition Mondiale défini les stratégies sous formes de dix points d'action et priorise les cinq piliers prioritaires que montrent les deux figures ci-dessous :

Figure N°9 : les dix points d'action



*Figure N°10 : les cinq piliers*

Moins de **370 000**  
nouvelles infections à VIH par an d'ici 2025

**95 % des personnes exposées au VIH ont un accès équitable à des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, centrées sur la personne et efficaces, et les utilisent**

**1**

#### POPULATIONS CLÉS

Paquets de prévention combinée et de réduction des risques pour et avec

- Professionnel(le)s du sexe
- Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Personnes qui s'injectent des drogues
- Personnes transgenres
- Détenus de libertad

**2**

#### JEUNES FEMMES ET ADOLESCENTES

Paquets de prévention combinée dans les milieux à forte incidence de VIH

(sur la base de paquets différenciés et échelonnés)

**3**

#### ADOLESCENTS ET HOMMES

Paquets de prévention combinée dans les milieux à forte incidence de VIH

(y compris la circoncision masculine médicale volontaire et la promotion de l'accès au dépistage et au traitement)

**4**

#### PROGRAMMATION DU PRÉSERVATIF

Promotion et distribution de préservatifs masculins et féminins ainsi que de lubrifiants

**5**

#### PRÉVENTION BASÉE SUR LES ARV

Prophylaxie pré-exposition, prophylaxie post-exposition, traitement en tant que prévention, y compris pour l'élimination de la transmission verticale

#### ACCÈS

Sensibilisation à base communautaire et dirigée par les communautés, établissements de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, écoles, secteur privé, plateformes virtuelles et autres innovations

#### FONDEMENTS

##### CATALYSEURS SOCIÉTAUX ET DE SERVICES ET LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOUS-JACENTES

Santé et droits sexuels et reproductifs • Égalité des sexes • Mettre fin à la stigmatisation et la discrimination  
Politiques et environnement propices • Approche multisectorielle, intégrée et différenciée  
Investissement durable dans la prévention du VIH

## Le paysage de financement :

*Tableau n°3: Paysage de financement*

SOURCE DE FINANCEMENT/ ENTITE DE MISE EN ŒUVRE	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Etat Malagasy						
Fonds mondial		14 805 427,000	16 730 134,000	18 677 520,000		
SNU/UBRAF	220 000,000	220 000,000				
PC USA/ SAF FJM	11 502,890					
USA						
GFF HEALTH	163 000,000					
PENTA OCEAN/ FIVEMIMAD	11 196,000	14 014,000	12 343,000	12 766,000		
MDM/ FIVEMIMAD	98 050,000					
MDM/AFSA		7 008,000				
MDM/SISAL		6 229,330				
MDM/LGBT		3 341,330				
SEED Madagascar	11 154,440					
SANTE SUD	95 105,000					
ONG PIVOT	12 679,260					
CARE INTERNATIONAL/LGBT	46 222,220					
SISAL	44 444,440					
France Expertise (AINGA AIDES, AFSA, LGBT, MADAIDS)	1 201 111,110					
	<b>1 914 465,360</b>	<b>15 056 019,660</b>	<b>16 742 477,000</b>	<b>18 690 286,000</b>		
Source: PSN						

## **Point d'action N°1 : Evaluation, fondée sur des données, des besoins et des obstacles des programmes de prévention du VIH**

Madagascar dispose des instruments de surveillance épidémiologique de la réponse au VIH. Toutefois les données de l'enquête sur les population-clé ne justifient pas les tendances des résultats d'analyse des données de routine. D'où la nécessité d'effectuer une Enquête de Séroprévalence Nationale (ESN) pour les femmes enceintes afin de réorienter les stratégies de prévention vers la population cible.

D'autres études et recherches opérationnelles orienteront vers des approches innovatrices de numérisation et de digitalisation en vue d'un processus d'assurance qualité des données (DIHS2 traqueur, e-rapport...) et l'efficacité d'une prise de décision y compris la gestion des approvisionnements des intrants (I-SIGL).

## **Point d'action N°2 : Approche précise de prévention de VIH**

Compte tenu de l'évolution de la nouvelle infection (figure N°3) et la répartition géographique de la file active année 2023(figure N°4). Le type de stratégie de prévention sera fonction des nombres de PVVIH pris en charge au niveau des districts. Il y a trois catégories de zones :

- (i) Zone à forte incidence qui héberge plus de 251 PVVIH. Cette zone englobe les 10 villes pour PCPER et 35 villes pour PTME d'intervention du Fonds Mondial ainsi que quelques districts ;
- (ii) Zone à incidence intermédiaire qui héberge le nombre de PVVIH qui se situe entre 26 à 251 nombre de PVVIH ;
- (iii) Zone à faible incidence qui compte moins de 25 PVVIH

Cette catégorisation de stratégie d'intervention en prévention sera affinée selon les résultats de l'enquête de séroprévalence nationale chez les femmes enceintes.

Chaque stratégie priorise des populations cibles, des paquets d'activités spécifiques et des stratégies appropriées (tableau N°..).

Le paquet d'activité offert varie d'une catégorie de zone à l'autre. Les activités de prévention offert sont composées de :

### **1. La Communication pour le Changement Social et Comportemental**

A travers le plan de communication, les messages devraient être ciblés, harmonisés selon les cibles et axés sur le changement de comportement en vue d'utiliser les services de prévention. Les canaux de communication devraient être variés et utiliser les stratégies faisant preuve d'évidence et N-TIC (e-Zaho, sms, whatsapp, plateforme diverse d'échange et de formation modulaire...)Les classiques veilles informationnelles.

Pour les cibles spécifiques : population-clé, les groupes vulnérables et les femmes enceintes, la sensibilisation de proximité fait appel au service de leur pair : (PE) pair éducateur (Population clé y compris les jeunes) et les (AC) agents communautaires selon la Politique Nationale de Santé Communautaire et



leur paquet d'activités communautaire. Des lignes directrices guident le ratio, les activités, les outils de gestion ainsi que le système d'approvisionnement, de rapportage et de la coordination (point d'action N°5).

## 2. L'augmentation de demande d'utilisation de préservatif féminin ou masculin et le gel lubrifiant :

A travers la mise en œuvre du condom programming. A titre de référence et évidence, les besoins en préservatifs dans le document de CS7 du Fonds Mondial sont estimés comme suit :

- Un Homme ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) doit recevoir gratuitement au moins 100 préservatifs/HSH/an. 100gel lubrifiants/HSH/an
- Un professionnel de sexe(PS) doit recevoir gratuitement au moins 300 préservatifs/PS/an
- Un utilisateur de drogue injectable (UDI) doit recevoir gratuitement au moins 50 préservatifs masculins/UDI/an
- Un jeune doit recevoir gratuitement au moins XXX préservatifs/jeune/an
- Une femme enceinte doit recevoir gratuitement au moins XXX préservatifs/FE/an.

## 3. Dépistage VIH

Le service de dépistage est conforme aux recommandations de l'OMS (respectant l'algorithme de l'OMS à Trois test), centré sur la personne, respectant les droits humains à l'accès aux services, et différencié. C'est-à-dire offrant des scénarios de choix pour les bénéficiaires de soins. Le service est offert ; (i) au niveau des établissements de santé, par le personnel de santé (CDIS, CDIC), ou(ii) au niveau communautaire par les pairs TRODeurs (PE, AC), (iii) l'autotest et l'index testing pour les partenaires sexuels et d'injections ainsi que les enfants biologiques de moins de 15ans.

Chaque dépistage possède un système de lien et référencement vers un établissement de santé ou Drop-In center pour faire les deux tests T2 et T3 de confirmation et refaire le premier test pour les personnes réactives au test T1, selon les stratégies à trois tests en vigueur.

Pour les femmes enceintes et allaitantes, le test DUO est utilisé pour le dépistage à la fois du VIH et de la syphilis.

Une perspective de test TRIO sera en vue pour les Utilisateurs de drogue injectable pour tester le VIH, l'Hépatite B et C.

## 4. Orientation vers un établissement de santé pour service intégré de santé sexuel et santé reproductive(SSSR) et le traitement de Infections Sexuellement Transmissible.

Chaque centre de dépistage doit avoir un lien ou un système d'orientation clair vers un centre de traitement et de soin en ARV, traitement des IST et les SSSR y compris la planification familiale.

## 5. Prophylaxie basée sur les traitements ARV

La PrEP est proposée aux personnes présentant un risque important de contracter l'infection VIH, aux couples discordants voulant procréer. Elle s'administre sous forme orale, contenant du TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF).

La bonne observance thérapeutique, le suivi biologique et les tests VIH réguliers et uniquement sur prescription médicale (médecin référent et médecin prescripteur) sont d'une importance capitale.

Les victimes de violence sexuelle doivent recevoir des traitement d'ARV de prophylaxie post exposition PEP.

L'observance du traitement ARV des PVVIH fait partie de service de prévention car la suppression de la charge virale, normalement obtenue après six mois de bonne observance, constitue un moyen de prévention de l'infection VIH car il ne transmet plus de virus. Indétectable=Intransmissible (I=I ou U=U).

## 6. Paquet de programme de Réduction de Risque (RDR) pour le UDI

Les paquets de services pour le UDI disposent d'autres services supplémentaires que les autres PCPER :

-CCSC, distribution de préservatifs, service de dépistage différencié et effectué par le PE, orientation vers un centre de traitement et dépistage de IST.

Selon la disponibilité du test, il bénéficiera un dépistage par test TRIO (VIH, hépatite B et C).

-Distribution de kit pour le programme d'échange de seringue propre. A titre indicatif : 125 kits PES/UDI/an

- Thérapie de substitution aux opiacés et autres traitements médicalement assistés (traitement de surdosage).

## 7. Paquet de prévention pour les personnes vivant en prison et en lieu fermé

Ces personnes vulnérables reçoivent en tant que paquet en cas de séropositivité au niveau de l'infirmerie du prison (test VIH, ARV, acheminement des échantillons en vue de comptage de charge virale).

## 8. Paquet de prévention pour les survivants de VBG

Ces personnes vulnérables reçoivent en plus de paquet complet de prévention combiné de santé, comme kit (dépistage VIH, traitement des IST, PrEP, kit PF pilule du lendemain...), reçoivent de la prise en charge juridique et psychosociale.

## 9. Prévention de la transmission verticale de la mère à l'enfant de l'infection VIH

- Les comportements attendus des femmes enceintes à travers des CCSC par les agents communautaires sont; (i)faire les visites prénatales en vue d'un dépistage du VIH et de la syphilis, à travers le test DUO, à l'établissement sanitaire ou au niveau des AC TRODEur ;(iii) en cas de test réactif au VIH, d'accepter l'index testing, (iv) accoucher au centre de santé, (v) bien observer le TARV en cas de séropositivité et à faire le diagnostic précoce du nourrisson.

-Service de dépistage VIH/syphilis intégré aux Consultations pré et postnatale ainsi qu'au centre d'accouchement, disponible, de qualité et à large couverture.

-Service disponible, différencié et utilisé de Traitement ARV en cas de séropositivité pendant la grossesse, pendant l'accouchement, pendant le travail et la consultation post natale suivi d'éducation thérapeutique et prise en charge psychosociale.

-Service de dépistage précoce du VIH et traitement ARV précoce du nourrisson disponible, différencié et utilisé ou un système bien clair d'acheminement des échantillons.

- Service de dépistage des enfants suspects (service de vaccination, surveillance nutritionnelle, enfants hospitalisés) disponible ou un système bien clair d'acheminement des échantillons avec référencement clair en cas de séropositivité.

-Coordination et mobilisation des ressources pour un triple élimination transversale (VIH, Syphilis et Hépatite)

### Paquet de service combiné de prévention selon les catégories des zones

Type de zone	Zone à forte incidence	Zone à incidence intermédiaire	Zone à faible incidence
	<b>Districts ayant un taux de positivité au VIH à plus de 5%</b>	<b>Districts ayant un taux de positivité entre ]1% ; 5%]</b>	<b>Districts ayant le taux de positivité de moins et égal à 1%</b>
Population prioritaire	1. Populations-clés (PS, HSH, UDI) 2. Partenaire sexuel /d'injection(PCPER et PVVIH) 3. Adolescents et hommes 4. Adolescentes et Jeunes femmes 5. Population vulnérable ; VBG, population itinérante, en situation de handicap, vivant en prison et en lieux fermés, clients IST, clients Hb, enfants suspectés...) 6. Femmes enceintes et allaitantes 7. Enfants exposés (orphelin) et suspectés	1. Population-clé :PS 2. Partenaire sexuel et Partenaires des PVVIH. 3. Adolescent(e)s et jeunes 4. Clients IST 5. Femmes enceintes et allaitantes 6. Enfants exposés (orphelin) et suspectés	1. Jeunes 2. Femmes enceintes et allaitantes 3. Enfants exposés (orphelin) et suspectés 4. Partenaire sexuel des PVVIH

Actions précises de prévention

1. CCSC efficace et centré sur les comportements responsables de prévention de l'infection VIH et les droits humains à l'accès aux soins : veille informationnelle et CCSC ciblé.

2. Intensifier le service de prévention combiné, différencié, efficace ciblant les PVVIH et leurs partenaires.

3. Saturer la couverture du service de prévention combiné, différencié et efficace pour éviter la propagation dans le réseau des PCPER (**PS, HSH, UDI, personnes vivant en prison, personnes en situation de handicap, VBG**).

4. Mettre en place des centres communautaires intégrés (convivialité, prévention voire TTR) Drop-In center.

5. Assurer le référencement vers un centre de dépistage et traitement des IST

6. Fournir des services basés sur des ARV de prévention : PrEP et TARV et prise en charge psychosociale.

7. Assurer la suppression de la charge virale après 6 mois de mise au traitement.

8. Veiller à la couverture élevée du Programme intégré de PTME.

9. Intégrer les services de prévention du VIH avec les services SSSR pour les adolescents et jeunes dans les CSAJ, les coins jeunes et les lieux d'affluence des jeunes et soins post-violence pour

1. CCSC efficace et centré sur les comportements responsables de prévention de l'infection VIH et les droits humains à l'accès aux soins : veille informationnelle et CCSC ciblé **PS, PTME et jeunes**.

2. Intensifier le service de prévention combiné, différencié, efficace ciblant les PVVIH et leurs partenaires.

3. Saturer la couverture du service de prévention combiné, différencié et efficace pour les PS et les clients IST.

4. Fournir des services basés sur des ARV de prévention : PrEP et TARV et prise en charge psychosociale.

5. Assurer le référencement vers un centre de dépistage et traitement des IST.

6. Assurer la suppression de la charge virale après 6 mois de mise au traitement.

7. Veiller à la couverture élevée du Programme intégré de PTME y compris le PTME

1. CCSC efficace et centré sur les comportements responsables de prévention de l'infection VIH et les droits humains à l'accès aux soins : veille informationnelle et CCSC ciblé **PTME et jeunes**.

2. Intensifier le service de prévention combiné, différencié, efficace ciblant les PVVIH et leurs partenaires.

3. Intégrer les services de prévention du VIH avec les services SSSR pour les adolescents et jeunes dans les CSAJ, les coins jeunes et les lieux d'affluence des jeunes et soins post-violence pour populations clés et vulnérables

4. Fournir des services basés sur des ARV de prévention : PrEP et TARV et prise en charge psychosociale.

5. Assurer la suppression de la charge virale après 6 mois de mise au traitement.

6. Veiller à la couverture élevée du Programme intégré de PTME (avec SRMNI-N) .

7. Mettre en place un Système d'identification numérisé avec code biométrique pour éviter les doublons et la confidentialité.

populations clés et vulnérables (avec service communautaire de proximité).

communautaire (AC TRODeur).

10. Rendre disponible aux hommes les services communautaires de prévention combiné du VIH à proximité des lieux à forte affluence (CCSC, préservatifs, autotest ou TRODeur..)

8. Intégrer les services de prévention du VIH avec les services SSSR pour les adolescents et jeunes dans les CSAJ, les coins jeunes et les lieux d'affluence des jeunes et soins post-violence pour populations clés et vulnérables. (avec PE TRODeur)

8. Assurer le rapportage digitalisé et l'intégration dans des données de prévention dans le système de suivi évaluation national

11. Mettre en place un Système d'identification numérisé avec code biométrique pour éviter les doublons et la confidentialité.

9. Mettre en place un Système d'identification numérisé avec code biométrique pour éviter les doublons et la confidentialité.

12. Assurer le rapportage et l'intégration dans des données de prévention dans le système de suivi évaluation national.

10. Assurer le rapportage et l'intégration dans des données de prévention dans le système de suivi évaluation national

### **Point d'action N°3 : Investissements nationaux pour l'intensification de la prévention du VIH**

Le changement vers un système de prévention durable de la riposte au VIH est conditionné par, un élan, une appropriation et un engagement de haut niveau de coopération gouvernementale. Le système de prévention durable concerne les satisfactions des besoins en matière de protection de la santé, l'équité en matière d'accès aux soins de prévention du VIH, l'accès aux savoir (éducation –information et recherche), l'approche de proximité, le leadership communautaire et le partenariat public-privé. Afin que les populations exposées à l'infection VIH et les personnes infectées puissent vivre en harmonie et puissent participer activement au développement durable du pays mais n'en constituent pas un frein ou une charge supplémentaire.

Le grand défi est le gap des ressources pour les intrants et les investissements pour la mise en place de la large couverture en services de prévention différenciés aussi bien au niveau des établissements cliniques que communautaire.

La mobilisation des ressources pour un financement durable concerne le financement propre du Gouvernement (le Ministère en charge de la santé, les autres Ministère et Organismes rattachés), La participation du secteur privé, les Organisations de la société civile, les fondations diverses, les volontaires/jeunes voire même la participation individuelle des bénéficiaires. En plus des bailleurs de fonds classiques, la mobilisation s'étendra vers les autres donateurs et partenaires de développement en tant qu'intégration des activités et partage des coûts.

## **Point d'action N°4 : Renforcer les entités de direction de la prévention du VIH pour la collaboration multisectorielle, la supervision et la gestion des réponses de prévention**

Pour assurer la coordination, la planification et le suivi évaluation unique de la réponse, bref le three one's, de tous les intervenants en matière de lutte contre le VIH, le Comité national de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe habilité pour ce rôle selon le décret 2017-071 du 02/02/2017. Il est l'organe de pilotage stratégique, de délibération et de supervision des actions entrant dans le cadre de la lutte contre le VIH. Son Secrétariat Exécutif (SE/CNLS) est l'organe de coordination nationale de lutte contre le VIH/sida. Le CNLS dispose des structures décentralisées : (i) au niveau de la région : Comité Régional de lutte contre le sida (CRLS) avec un point focal régional et (ii) au niveau des communes : Comité Local de Lutte contre le sida (CLLS). Ces structures nécessitent une redynamisation.

Des réunions régulières de coordination multisectorielle, intersectorielle, les organisations de la société civile, ainsi que les partenaires techniques et financiers garantiront la fonctionnalité de ces structures.

Des forums des partenaires inclusives et décisives soutiendront la mise en œuvre de la three one's. La communauté y compris les populations clé ainsi que les personnes vivant avec le VIH y participent activement pour les prises de décision.

## **Point d'action N°5: Renforcer et étendre les services de prévention du VIH dirigés par la communauté et mettre en place des mécanismes de contrats sociaux**

### **Les types de services de prévention dirigés par la communauté :**

Dans le souci de l'approche différenciée où les bénéficiaires de soins ont le choix et le droit d'accès aux services qui lui sont accessibles, appropriés et abordables mais de qualité.

Pour les PCPER (PS, HSH, UDI, personnes vivant en prison ou dans le milieu fermé, l'utilisation des paquets complet de services de prévention (CCSC, dépistage à trois tests, référencement au centre de traitement ARV et approvisionnement en ARV) par le biais de leur pair est disponible et à répliquer dans les zones à haute prévalence

Pour la PTME, l'agent communautaire qui existe au niveau des fokontany, selon la politique Nationale de Santé communautaire et la directive de mise en œuvre par le guide « Paquet d'Activités Communautaire » (guide PAC) facilitera l'adhésion des femmes enceintes aux soins prénataux. Ces personnes ressources augmenteront l'utilisation des services prénataux et assureront le dépistage VIH (TROD, index testing), approvisionnement des ARV dans les zones enclavées et référencement vers un centre TTR pour confirmation et traitement, éducation thérapeutique et soutien psychosocial.

#### **Les mécanismes de suivi des activités communautaires :**

Le mécanisme de suivi ainsi que le système de rapportage manuel (RMA communautaire) existent déjà. Le défi est la digitalisation ainsi que les renforcements des capacités (équipement, tablette, compétence, système de supervision). Le renforcement de capacité se fait en cascade par les communautés lui-même et par les agents de santé des centres de santé partenaires.

Pour assurer la qualité de service, le traitement des données confidentielles, la lutte contre la stigmatisation et discrimination, un observatoire communautaire est à mettre en place.

#### **Le système de motivation :**

Pour assurer la pérennité des activités communautaires, leur fidélité et leur motivation, un plan de progression de carrière est planifié. Un contrat social est envisagé.

## **Point d'action N°6 : Supprimer les obstacles sociaux et juridiques aux services de prévention du VIH pour les populations clés et prioritaires**

Les principaux obstacles juridiques à l'accès aux soins de prévention des populations-clés sont la discrimination et la stigmatisation à cause des cadres juridiques plus utilisés de façon répressive que protective pour les UDI, les PVVIH. Il limite l'accès des mineurs aux services de dépistage sans le consentement des parents. L'accès aux préservatifs et aux informations de prévention contre le VIH des jeunes en milieu scolaire est limité. Les réformes, la dissémination et l'éducation de ces cadres juridiques amélioreront leur accès aux soins. Le texte concernant la détention des substances hallucinogènes constitue un obstacle à la prise en charge des UDI.

Des activités de plaidoirie et la redynamisation des commissions droits et VIH ainsi que les renforcements des capacités des commissions de santé au niveau de l'Assemblée Nationale seront les moyens pérennes pour remédier à ces obstacles.

## **Point d'action N°7 : Promouvoir l'intégration de la prévention du VIH dans les services connexes essentiels afin d'améliorer les résultats en matière de VIH**

L'intégration de la prévention durable du VIH s'effectue à plusieurs niveaux :

1. L'intégration s'effectue d'abord au sein des moyens de prévention contre le VIH lui-même : pour s'assurer de l'efficacité à moindre risque, l'adoption des moyens de prévention combinés est la valeur la plus confiante. D'autant plus que les préservatifs protègent à la fois les IST, l'hépatite et la grossesse non désirée. Les préventions à base de ARV nécessitent beaucoup de précaution et protègent mais avec une marge d'erreur.
2. L'intégration se fait au niveau des autres services de santé : santé Maternelle, néonatale et infantile, service de la santé mentale, santé des adolescents et jeunes, services des maladies non transmissibles, les services de santé sexuelle et reproductive, etc...
3. L'intégration des services de prévention du VIH se fait au niveau des autres secteurs comme le Ministère en charge de la Justice, de la protection sociale, de l'éducation etc...
4. L'intégration pourra se faire au sein de chaque ministère pour la protection de la santé des travailleurs et de leur famille
5. L'intégration pourra se faire même au niveau du développement durable du pays entier pour que les personnes affectées et infectées puissent participer activement au développement du pays mais pas une charge ou un frein au développement.

## **Point d'action N°8 : Mettre en place des mécanismes pour l'introduction rapide de nouvelles technologies de prévention du VIH et d'innovations de programmes**

Le système de suivi du programme en temps réel fait l'objet de la digitalisation des codes uniques avec des reconnaissances biométriques. De même l'informatisation de la gestion des intrants e-SIGL, le rapportage des acteurs communautaires (e-rapport) en utilisant des tablettes afin d'avoir à temps des données de qualité.

L'extension de la mutualisation en VIH, TB pour le GenXpert en vue de dépistage précoce du nourrisson reste une grande lacune pourtant donnant des résultats de hauts impacts mais à coûts moindres. Des matériels portatifs facilement maniables sont à rechercher.

D'autres études pourraient être envisagées à titre pilote pour l'utilisation des nouveaux produits de prévention émergente du VIH. En collaboration avec l'IFFPF, comme nous montre la figure ci-dessous :

*Figure N° : Nouveaux produits émergentes de prévention du VIH*





## Point d'action N°9 : Mettre en place des systèmes de suivi des programmes de prévention en temps réel avec des rapports réguliers

Le plan de transformation est un plan dynamique et viable, il progresse en fonction des suivis et surtout l'évaluation du programme de prévention en temps réel avec les données promptes, complètes, de qualité. La durabilité requiert un système révolutionnaire stable et optimisant les existant faisant preuve d'efficacité.

Le système de suivi-évaluation de la réponse au VIH dispose le circuit national sanitaire DIHS2 qu'on doit améliorer pour avoir un DIHS2 programme intégrant les RMA communautaire. De même, le circuit des données spécifiques du VIH nécessite une amélioration pour avoir un système avec un traqueur en temps réel. Un tableau de bord standardisé et harmonisé jusqu'au niveau décentralisé assurera le suivi effectif en temps réel ainsi que la prise de décision efficace.

## Point d'action N°10 : Renforcer la responsabilité de toutes les parties prenantes en matière de progrès dans la prévention du VIH

La responsabilisation est la base de la réussite de la mise en œuvre de la prévention durable du VIH. Tous les intervenants seront responsables de la promotion, de la gestion et de la mobilisation des ressources pour la réponse multisectorielle de VIH, voire même la réussite et les résultats.

La responsabilisation partagée concerne donc le leadership au sein de chaque entité, la suppression des obstacles sociaux, culturels et juridiques, la mobilisation des financements à leur niveau, la mise en œuvre et la redevabilité.

La responsabilisation est participative, transparente, inclusive. Les autorités politiques, administratives, religieuses et traditionnelles, les Partenaires techniques et financiers, les organisations et plateforme communautaire et les secteurs privés seront représentés et consultés.

Des activités de suivi, de rapportage, d'évaluation de dialogue inclusive conditionnent la prise de décision pour l'amélioration continue du processus de mise en place de la prévention durable dont tout le monde est responsable.

## **PARTIE C- PLAN DE TRANSFORMATION**

## **CONCLUSION**

Le présent document de feuille de route donnera un aperçu de la situation de la prévention du VIH actuelle vers une approche stable, viable et vivable, centrée sur la personne, respectant les droits à l'accès aux services combinés, différenciés, intégrés et utilisés de façon équitable dans un environnement légal et financier propice.

Cette Feuille de route pour la prévention durable constitue un levier pour l'engagement, la responsabilisation et le leadership partagé de toutes les parties prenantes y compris le leadership communautaire. Elle constitue aussi un outil de plaidoyer pour mobiliser toutes les ressources nécessaires à l'atteinte de l'objectif ambitieux de l'élimination des nouvelles infections ainsi que les objectifs y afférent du Plan Stratégique National de réponse multisectorielle du VIH. C'est un document dynamique et cyclique qui fera l'objet d'une évaluation et re-planification de façon inclusive. Des instruments de suivi seront à élaborer.

## Annexe : BIBLIOGRAPHIES

1. La Prévention du VIH pour 2025 FEUILLE DE ROUTE- GPC
2. PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LA RIPOSTE MULTISECTORIELLE AUX IST, VIH ET SIDA 2023-2028, Madagascar.
3. [Stratégie de partenariats et de mobilisation des ressources CCDD 2021-2025 et ODD.pdf \(un.org\)](#)
4. Point 4 de l'Ordre du Jour, RAPPORT SUR LES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION COMMUN DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA . PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES 2018-2021  
[ONUSIDA/20171208 UNAIDS PCB41 UBRAF-RM-Plan 17-21rev1 FR.pdf](#)
5. [Prévention combinée du VIH](#), Thierry Martin, Plate-Forme Prévention Sida  
[PPS Outils Prévention Combinée Brochure.pdf](#)
6. VIH/SIDA : CADRE D'ACTION DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS 2016 – 2020  
[EndAIDS-fre.pdf;sequence=1 \(who.int\)](#)
7. Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030  
[full-final-who-ghss-hiv-vh-sti1-june2022 fr.pdf .](#)
8. Mise en œuvre de la Stratégie 2016–2021 de l'ONUSIDA : Accélérer l'éradication du sida. Genève : ONUSIDA ; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset)).
9. Cowan FM, Chabata ST, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Ndori-Mharadze T et al. Strengthening the scale-up and uptake of effective interventions for sex workers for population impact in Zimbabwe. J Int AIDS Soc. 2019;
10. Inégalités : Leçons tirées de 40 ans de lutte contre le sida pour les ripostes à la pandémie. Rapport mondial actualisé sur le sida 2021. Genève : ONUSIDA ; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2021-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf)).
11. Suivi dirigé par la communauté en action, ONUSIDA, 2023 [Suivi dirigé par la communauté en action — Preuves émergentes et bonnes pratiques \(unaids.org\)](#).
12. Feuille de route pour l'élimination du VIH/sida en Suisse Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS), Mars 2019
13. Guide Opérationnel : Prestation de services différenciés en matière de VIH pour les population clé vulnérable à Madagascar . Groupe Technique de Travail de Madagascar, Novembre 2023
14. HIV Scorecard République de Moldavie : <https://scorecard-hiv.md/ru>
15. [L'ONUSIDA lance une nouvelle approche pour garantir la viabilité à long terme de la riposte au VIH | ONUSIDA \(unaids.org\)](#)
16. Premier draft du plan d'action 2024-2026, condom programing
17. Dissémination des acquis NMF3 VIH 20 décembre 2023

18. HIV response sustainability response primer\_web.pdf :  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer\\_web.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer_web.pdf)
19. PLAN NATIONAL D'ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HEPATITE B (eTME), 2019 à 2030
20. Rapport annuel de la Réponse au VIH 2022 , SE CNLS.
21. [UNAIDS data 2020](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf); [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_aids-data-book\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf)
22. Protocole Thérapeutique PrEP, Ministère de la Santé Publique, 2021
23. Rapport mondial actualisé sur le sida 2022, ONUSIDA.
24. PPT Situation Epidémiologique du VIH/SIDA 2022, PNLIS et SE CNLS
25. David Aonso, Xavier Valles « A potential transition from a concentrated to a generalized HIV epidemic: the case of Madagascar”2022. .../...