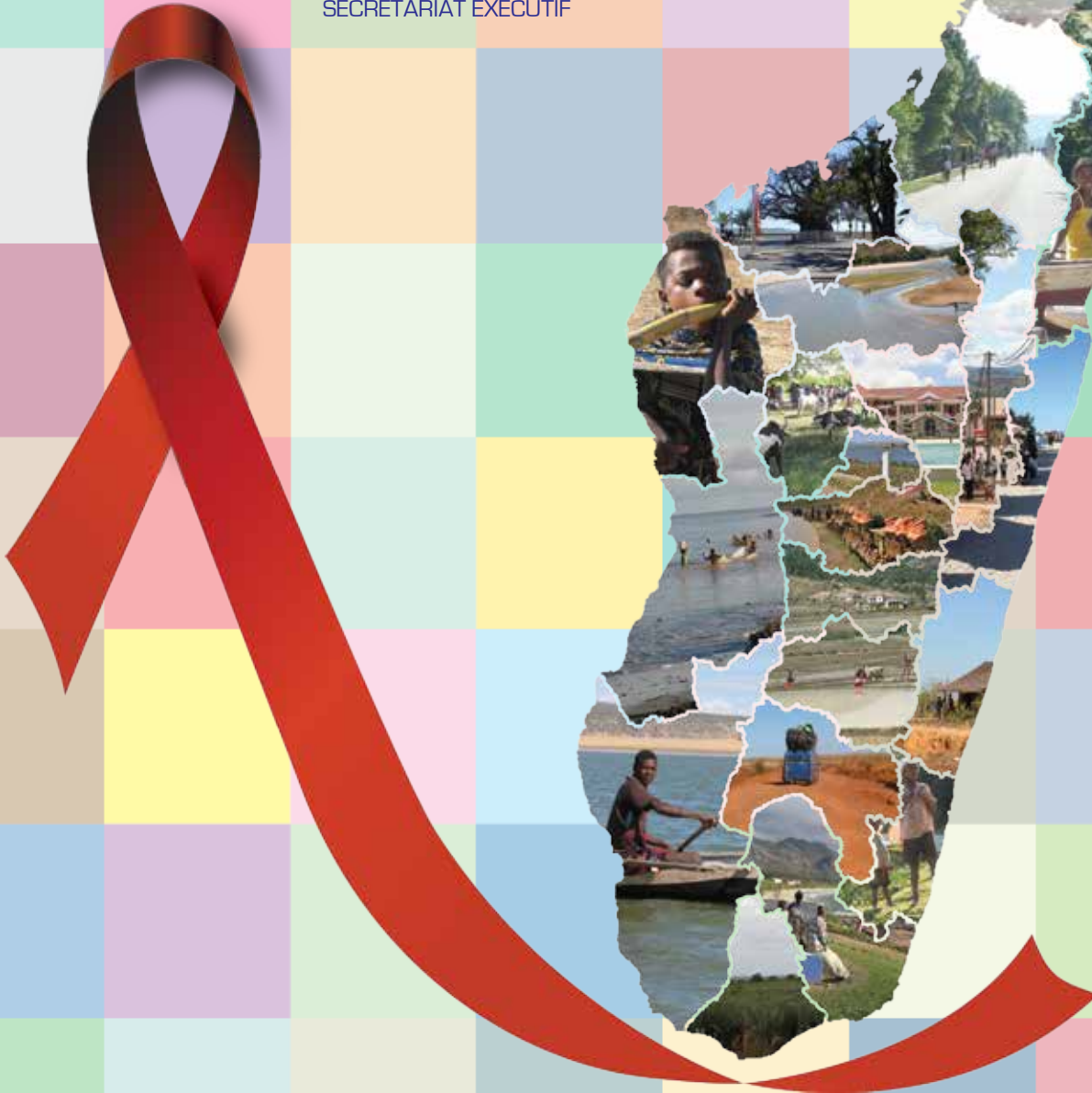


REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana



PRESIDENCE DE LA TRANSITION
SECRETARIAT GENERAL
COORDINATION GENERALE DES ORGANISMES RATTACHES
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
SECRETARIAT EXECUTIF



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE
REPOSE AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES ET AU SIDA A
MADAGASCAR 2013 - 2017**

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	i
PREFACE	ii
AVANT PROPOS	iii
RESUME EXECUTIF	iv
INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSN 2013 - 2017	2
1.1. COORDINATION DU PROCESSUS	3
1.2. PROCESSUS D'ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE	3
1.3. PROCESSUS DE FORMULATION ET DE VALIDATION DU PLAN STRATEGIQUE	5
PARTIE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ÉPIDEMIE DU SIDA À MADAGASCAR	7
2.1. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET HUMAINES	8
2.2. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE	9
2.3. CONTEXTE SANITAIRE	10
2.4. SITUATION DE L'ÉPIDEMIE DU SIDA A MADAGASCAR	12
2.4.1. Prévalence du VIH dans la population générale et dans les groupes de population spécifiques	12
2.4.2. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH	15
2.4.3. Prévalence des autres IST	16
2.4.4. Données sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques sexuelles relatives au VIH dans la population générale	17
2.4.5. Distribution des nouvelles infections	18
2.4.6. Analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH	19
2.4.7. Populations les plus exposées aux risques d'infection à VIH	22
2.4.8. Populations passerelles	23
2.5. Cartographie de vulnérabilité des communes	23
PARTIE 3 : ANALYSE DE LA RÉPONSE DE MADAGASCAR À L'ÉPIDEMIE DU SIDA	25
3.1. APPROCHE D'ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE AU SIDA	26
3.2. BILAN DE LA REPONSE NATIONALE AU SIDA 2007-2012	27
3.2.1. Progrès réalisés par composante de la réponse nationale	27
3.2.2. Point sur le cadre de résultats du Plan d'Action pour une réponse efficace face au VIH et au Sida	46

PARTIE 4 : PLAN STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA 2013 - 2017

	49
4.1. VISION	50
4.2. MISSION	50
4.3. FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS	50
4.3. 1. Fondements de la stratégie nationale de lutte contre le sida	50
4.3.2. Principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le Sida	51
4.4. PRIORITES	52
4.5. CIBLES PRIORITAIRES	52
4.6. RESULTATS ATTENDUS DU PSN 2013-2017	55
4.6.1. Impacts et Effets attendus de la mise en œuvre du PSN	55
4.6.2. Produits du PSN 2013-2017	56
4.6.3. Cadre des résultats du PSN 2013-2017	58
4.6.4. Stratégies de mise en œuvre	67
4.7. SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION	77
4.8. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION	79
4.8.1. Cadre institutionnel de la mise en œuvre de la réponse nationale au sida	79
4.8.2. Organes d'orientation et de décision	79
4.8.3. Organes de coordination et de suivi	84
4.8.4. Organes d'exécution	87
4.8.5. Cadres de concertation et groupes consultatifs	87
4.8.6. Groupes Techniques consultatifs	90
4.8.7. Organisation de la réponse nationale	90
4.8.8. Interventions prioritaires de coordination	91
4.8.9. Processus d'élaboration des plans opérationnels	91
4.9. CADRAGE BUDGETAIRE	93
4.9.1. Budget global du PSN	93
4.9.2. Budget détaillé du PSN	94
4.9.3. Analyse des financements disponibles et des gaps	101
4.10. MECANISMES DE FINANCEMENT ET D'AUDIT	102
4.11. ANALYSE DES RISQUES LIES A LA MISE EN ŒUVRE DU PSN	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Projection de l'évolution de la population de Madagascar de 2011 à 2017	9
Tableau 2 : Profil sanitaire de Madagascar	10
Tableau 3 : Prévalence du VIH dans la population générale, chez les femmes enceintes, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe	15
Tableau 4 : Evolution du nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH, de ceux ayant besoin d'ARV et de la PTME et d'enfants rendus orphelins par le sida (de 2011 à 2017) selon les données du Spectrum	16
Tableau 5 : % des personnes ayant une sérologie syphilitique positive dans les sous-populations des femmes enceintes, des professionnelles du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des consommateurs de drogues injectables	16
Tableau 6 : Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH des adultes de 15-49 ans	17
Tableau 7 : Variation du nombre de préservatifs distribués et vendus de 2007 à 2011	31
Tableau 8 : Variation du nombre de clients reçus dans les centres offrant les services de counseling et dépistage de 2007 à 2012	34
Tableau 9 : Dépenses réalisées par source de financement de 2007 à 2011 comparées aux prévisions du PSN en \$ US	45
Tableau 10 : Point sur les réalisations du cadre de résultats du PSN 2007-2012	46
Tableau 11 : Résultats de la priorisation des populations-cibles du PSN 2013-2017	53
Tableau 12 : Populations cibles du PSN 2013-2017 et leurs tailles estimées	54
Tableau 13 : Cadre de résultats du PSN 2013-2017	58
Tableau 14 : Budget du PSN 2013-2017	93
Tableau 15 : Budget détaillé de la mise en œuvre PSN 2013-2017 (en \$ US)	94
Tableau 16 : Répartition des ressources disponibles pour le financement du PSN 2013-2017 par source de financement	101
Tableau 17 : Risques liés à la mise en œuvre du PSN et facteurs pouvant favoriser leur survenue	103
Tableau 18 : Grille de priorisation des risques liés à la mise en œuvre du PSN	104
Tableau 19 : Priorisation des risques liés à la mise en œuvre du PSN 2013-2017	104
Tableau 20 : Plan d'atténuation des risques liés à la mise en œuvre du PSN	105

LISTE DES FIGURES

<i>Figure I : Carte de Madagascar</i>	8
<i>Figure II : Variation par tranche d'âge de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes</i>	13
<i>Figure III : Variation de la proportion des poches de sang contaminées au VIH de 2007 à 2011</i>	14
<i>Figure IV : Distribution des nouvelles infections attendues par sous-population à Madagascar</i>	18
<i>Figure V : Répartition des nouvelles infections par groupe de population</i>	18
<i>Figure VI : Cartographie des communes de Madagascar par niveau de vulnérabilité (SE:CNLS, 2012)</i>	24
<i>Figure VII : Variation du nombre total de femmes enceintes reçues dans toutes les formations sanitaires, de celles reçues dans les sites PTME et de celles ayant accepté le dépistage du VIH de 2007 à 2011</i>	35
<i>Figure VIII : Variation du nombre de femmes enceintes dépistées séropositives et celles ayant reçues des ARV de 2007 à 2011</i>	36
<i>Figure IX : Répartition des centres de référence PVVIH et des compteurs CD4 par région</i>	37
<i>Figure X : Evolution du nombre de PVVIH suivies et de celles sous TARV de 2007 à 2011</i>	38
<i>Figure XI : Organisation de la réponse au VIH de Madagascar</i>	90
<i>Figure XII : Répartition du budget du PSN 2013-2017 par impact et par année</i>	93
<i>Figure XIII : Répartition du budget total du PSN 2013-2017 par domaine de programme</i>	94
<i>Figure XIV : Budget du PSN 2013-2017 et ressources disponibles pour son financement</i>	101

LISTE DES ABREVIATIONS

AES :	Accident d'exposition au Sang
ARV :	Antirétroviral
CCC :	Communication pour le Changement de Comportements
CCM :	Country Coordination Mechanism
CDI :	Consommateurs de Drogues Injectables
CDT :	Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CECM :	Coalition des Entreprises Citoyennes de Madagascar
CHD :	Centre Hospitalier de District
CHRR :	Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLLS :	Comité Local de Lutte contre le Sida
CNLS :	Comité National de Lutte contre le Sida
CNT :	Conseil National du Travail
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN :	Consultation prénatale
CRLS :	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CSB :	Centre de Santé de Base
CTM :	Comité Technique Multisectoriel
CTRLS :	Cellule Technique Régionale de Lutte contre le Sida
DRSP :	Direction Régionale de la Santé Publique
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPM :	Enquête Périodique auprès des Ménages
ESB :	Enquête de Surveillance Biologique
ESC :	Enquête de Surveillance Comportementale
ESBC :	Enquête de Surveillance Biologique et Comportementale
GRSE :	Groupe Restreint de Suivi-Évaluation
HAPSAT :	HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Tool
HSH :	Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC :	Information Éducation Communication
INSTAT :	Institut National de la Statistique
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
JICA :	Japan International Cooperation Agency
LNR :	Laboratoire National de Référence
MSF :	Médecins Sans Frontières
NASA :	National AIDS Spending Assessment
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OEV :	Orphelins et autres Enfants Vulnérables

ONG :	Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA :	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSC :	Organisation de la Société Civile
PPE :	Prophylaxie Post-Exposition
PLEROC :	Plateforme des Leaders religieux et organismes confessionnels contre le Sida
PMPS :	Projet Multisectoriel pour la Prévention du Sida
PNLS :	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS :	Professionnelle du Sexe
PSN :	Plan Stratégique National de Réponse aux IST, VIH et sida
PTME :	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PTS :	Poste de Transfusion Sanguine
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMA :	Rapport Mensuel d'Activités
SALAMA :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
SDSP :	Service de District de la Santé Publique
SE/CNLS :	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TARV :	Traitement Antirétroviral
TB :	Tuberculose
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	Agence Américaine pour le Développement International
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Plus de 30 ans après la découverte des premiers cas, l'épidémie du VIH reste la crise humanitaire la plus grave et la plus longue dans le temps, jamais connue par l'humanité. Cette pandémie n'a épargné aucune nation et touche plus durement les plus pauvres d'entre elles.

Ayant pris conscience des effets néfastes de cette épidémie sur son développement socio-économique, Madagascar, avec une épidémie à faible prévalence dans la population générale mais concentrée chez certains groupes de populations, a engagé le combat contre le fléau dès la découverte des premiers cas en 1987. La réponse face au sida figure parmi les priorités de notre stratégie de développement et mobilise tous les secteurs et toutes nos communautés.

L'analyse de la situation et de la réponse au sida conduite dans le cadre du processus d'élaboration de ce Plan Stratégique National de réponse au sida pour la période 2013-2017, met en lumière les progrès significatifs réalisés jusqu'ici notamment en termes de disponibilité des services de prévention pour la population et d'accès aux soins pour nos compatriotes qui vivent avec le VIH.

Le nouveau Plan Stratégique National de réponse aux IST et au sida 2013-2017 constitue, à n'en point douter, un instrument qui permettra de renforcer les acquis de la réponse nationale au sida et de matérialiser la mobilisation de notre nation toute entière contre ce fléau. Je reste convaincu que ce nouveau cadre de référence nous aidera à optimiser notre réponse, à allouer rationnellement nos ressources et à assurer l'efficacité de nos actions face à cette épidémie.

Je lance un appel à toutes les forces vives de notre Nation, travailleurs des secteurs public et privé, responsables des organisations non gouvernementales et des confessions religieuses, membres des communautés, hommes et femmes de toutes catégories, à travailler dans un esprit de responsabilité partagée, et à se mobiliser autour du Comité National de Lutte contre le Sida en vue d'atteindre les objectifs du Plan Stratégique National de réponse aux IST et au sida 2013-2017. J'exhorte le Gouvernement à traduire notre engagement dans la lutte contre ce fléau par des allocations budgétaires suffisantes et adaptées aux besoins, et à soutenir ledit Comité dans la mobilisation des ressources additionnelles auprès de nos partenaires.

Ensemble, faisons de Madagascar un pays où, durant les cinq prochaines années, il y aura le moins possible de nouvelles infections, le moins possible de décès dus au sida et les personnes vivant avec le VIH et les populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH ne feront l'objet d'aucune forme de stigmatisation ni de discrimination que ce soit.

SEM Andry Nirina RAJOELINA

Président de la Transition

Président du Comité National de Lutte contre le sida

AVANT PROPOS

Face à la pandémie de sida qui demeure un problème de santé publique au niveau mondial, Madagascar a souscrit aux engagements internationaux relatifs à l'accès universel et l'atteinte de l'objectif zéro. Les données épidémiologiques les plus récentes ont permis d'avoir une meilleure connaissance du profil épidémiologique du pays, et donc de mettre en œuvre une réponse multisectorielle adaptée afin de circonscrire la propagation du VIH.

Le processus d'élaboration du Plan Stratégique National de réponse aux IST, VIH et sida 2013-2017 a donné l'opportunité à tous les acteurs engagés dans la lutte contre le sida à Madagascar de travailler ensemble dans l'analyse des progrès réalisés des cinq dernières années, l'identification des défis à relever et de définir ainsi les orientations stratégiques de la réponse pour le prochain quinquennat. L'approche largement participative adoptée dans l'exercice d'élaboration de cet outil stratégique, fait en sorte que ce document consensuel prend en compte les contributions de toutes les parties prenantes. Guidée par une vision nouvelle, ce document met en exergue les stratégies les mieux adaptées à notre épidémie et servira de référence mise à la disposition de toutes les parties prenantes à différents niveaux.

Permettez- moi d'exprimer ma profonde reconnaissance à tous les acteurs de lutte contre le sida tant du secteur public, du secteur privé que de la société civile pour leur implication, à divers degrés, dans le processus d'élaboration du présent plan stratégique national.

Mes remerciements s'adressent également à tous les partenaires au développement qui ont appuyé Madagascar dans le processus de formulation de ce document stratégique, tant techniquement que financièrement. Je compte sur l'engagement et l'implication de tous pour la mobilisation des ressources nécessaires et la mise en œuvre de ce Plan Stratégique National de réponse aux IST, VIH et sida 2013-2017.

Ensemble, œuvrons pour que notre vision d'un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination devienne une réalité.

Dr Hajarijaona RAZAFINDRAFITO

Secrétaire Exécutif du Comité National de Lutte contre le sida

RESUME EXECUTIF

L'épidémie du VIH à Madagascar est de type concentré avec une prévalence estimée à 0,4% dans la population adulte (15-49 ans) et supérieure à 5% dans certains groupes les plus exposés à l'infection à VIH (14,7% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et 7,1% chez les consommateurs des drogues injectables). Selon les résultats de l'analyse des modes de transmission, 99,3% des nouvelles infections proviennent des groupes suivants : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et leurs partenaires masculins, les consommateurs de drogues injectables (CDI), les professionnelles du sexe (PS) et leurs clients,

En 2011, on a estimé à 42 470 le nombre de personnes vivant avec le VIH dont 19 300 ont besoin d'ARV.

Après la découverte des premiers cas d'infection à VIH en 1987, Madagascar a mis en place une réponse guidée successivement par un plan à court terme et deux plans à moyen terme (1987-2000), un premier Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le sida 2001-2006, puis un second intitulé « Plan d'Action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au sida » couvrant la période 2007-2012.

La période couverte par le Plan d'Action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au sida arrivant à son terme en décembre 2012, le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) en collaboration avec les partenaires financiers et opérationnels de la réponse nationale au VIH, a conduit de novembre 2011 à décembre 2012, un processus participatif et inclusif d'élaboration d'un nouveau plan stratégique qui devrait couvrir la période 2013-2017.

Ce plan stratégique a été structuré autour de la vision de Madagascar comme un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès dus au sida et zéro discrimination.

Le Plan Stratégique National de réponse aux IST, VIH et sida (PSN) 2013-2017 constitue un outil de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources, d'orientation de toutes les interventions de programmes et projets relatifs à la lutte contre le VIH et le sida. La mise en œuvre de ce plan stratégique sera guidée par les trois principes édictés par l'ONUSIDA, à savoir :

- un seul cadre d'action contre le sida, qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires ;
- une seule instance nationale de coordination de la lutte contre le sida, à représentation large, multisectorielle, intégrant les engagements de l'ensemble des parties prenantes ;
- un seul système de suivi et d'évaluation à l'échelon national.

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

- Intensification des efforts visant à promouvoir les comportements et pratiques sexuelles à moindre risque, notamment chez les populations clés les plus exposées à l'infection à VIH ;
- Renforcement de l'offre de services de prise en charge syndromique des IST aux groupes de

population les plus exposées à l'infection à VIH ;

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

Les résultats suivants sont attendus de la mise en œuvre du PSN 2013-2017 :

Impacts :

- Impact 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH et dans la population générale d'ici fin 2017
- Impact 2: La proportion des nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives est réduite à moins de 5% d'ici fin 2017
- Impact 3: La survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TARV est accrue à 95% d'ici fin 2017

Effets :

- Effet 1.1 : Au moins 80% des populations clés les plus exposées à l'infection à VIH et 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici fin 2017
- Effet 1.2 : Les risques de transmission sanguine du VIH sont réduits d'au moins 50% d'ici fin 2017
- Effet 2.1 : Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici fin 2017
- Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici fin 2017
- Effet 2.3 : Au moins 80% des femmes enceintes séropositives bénéficient du paquet de services visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici fin 2017
- Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en

charge médicale, psychologique, sociale et juridique de qualité d'ici fin 2017

- Effet 3.2 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH
- Effet 3.3 : Au moins 80% des enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, bénéficient du paquet de services sociaux de base

Le coût total de la mise en œuvre du PSN 2013-2017 est estimé à 185.101.134 \$ US.



INTRODUCTION

A l'instar de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et de l'Océan Indien, Madagascar est touché par l'épidémie du sida. L'épidémie était d'abord considérée comme peu active et la réalisation des enquêtes de surveillance comportementale couplée à la sérologie VIH, a permis de mettre en évidence une épidémie de type concentré avec des prévalences du VIH supérieures à 5% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables.

Après la découverte des premiers cas d'infection à VIH en 1987, le Gouvernement Malagasy a mis en place au cours de la même année, un Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) au sein du Ministère en charge de la Santé. De 1987 à 2000, le PNLS a mis en œuvre trois plans nationaux de lutte contre le sida (un plan à court terme et deux plans à moyen terme). Ces plans avaient permis de mettre en place des actions d'information-éducation-communication (IEC) au profit de la population et de certains groupes de population les plus exposés à l'infection à VIH et plus vulnérables (professionnelles du sexe, militaires, camionneurs, jeunes), d'instituer la prise en charge selon l'approche syndromique des IST et d'initier le processus d'implication des secteurs autres que la santé et de la société civile dans les efforts de lutte contre le sida.

En 2000, le Gouvernement de Madagascar, avec l'appui de l'ONUSIDA et de l'OMS, a initié son premier processus de planification stratégique de la réponse nationale au sida. Ce processus, qui visait à corriger, renforcer et élargir la réponse nationale face au VIH et au sida, a abouti à l'élaboration du premier Plan Stratégique National de lutte contre le sida couvrant la période 2001-2006 (PSN 2001-2006). Ce plan a proposé une révision du cadre institutionnel de la réponse avec la mise en place d'un Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) en tant qu'organe multisectoriel d'orientation et de coordination de la réponse nationale au VIH et au sida. Le PSN 2001-2006 a permis d'initier le processus d'intégration du conseil et dépistage volontaire et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les activités des formations sanitaires d'une part et d'intensifier les efforts de sensibilisation des populations et de distribution des préservatifs d'autre part.

Au terme de la période couverte par le PSN 2001-2006, un nouveau Plan stratégique couvrant la période 2007-2012, intitulé « Plan d'action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au sida », a été élaboré. La mise en œuvre de ce plan a permis d'amorcer le passage à l'échelle des actions de prévention, de soins et de soutien relatives au VIH dans la perspective de l'accès universel.

La période couverte par le Plan d'Action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au sida arrivant à son terme en décembre 2012, le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS) a initié, en novembre 2011, le processus d'élaboration d'un nouveau plan stratégique qui couvre la période 2013-2017.

Le présent document élaboré au terme de ce processus, définit les stratégies de réponse de Madagascar aux IST et au sida pendant cette période.

PARTIE 1 :

PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PSN 2013 - 2017



1.1. COORDINATION DU PROCESSUS

Le PSN 2013-2017 a été élaboré suivant un processus largement inclusif et participatif incluant toutes les parties prenantes des niveaux central et décentralisé, y compris les bénéficiaires.

Pour assurer la coordination de ce processus, un comité de coordination a été mis en place. Il est présidé par le Secrétaire Exécutif du CNLS et est composé de membres issus du Ministère en charge de la santé, des autres ministères, de la société civile, du secteur privé, du Réseau des personnes vivant avec le VIH, et des partenaires au développement.

Le comité de coordination était chargé de : (i) coordonner l'ensemble du processus de planification stratégique (ii) approuver les termes de référence et le planning de travail du processus, (iii) valider la méthodologie et les outils de travail de chaque étape du processus, (iv) contribuer à la mobilisation des ressources, (v) suivre le travail des consultants (nationaux et internationaux) recrutés pour appuyer le processus et (v) approuver les rapports et documents produits aux différents étapes du processus.

L'exercice a bénéficié l'appui de deux consultants internationaux et de cinq consultants nationaux.

1.2. PROCESSUS D'ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE

L'analyse de la situation et l'analyse de la réponse ont été réalisées concomitamment, entre novembre 2011 et septembre 2012, avec l'appui de trois consultants nationaux et d'un consultant international.

Le processus d'analyse de la situation et de la réponse a suivi les étapes suivantes :

Etape 1 : Revue documentaire

La revue documentaire avait pour objectif de collecter toutes les informations disponibles dans les travaux de recherche, les rapports et les publications, permettant de décrire la situation et la réponse de Madagascar à l'épidémie du VIH pendant la période 2007-2012. Les principaux documents suivants ont été consultés :

- Plan d'Action de Madagascar pour une réponse efficace au VIH et au sida 2007-2012 ;
- Plan de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH 2007-2012 ;
- Le rapport de l'enquête démographique et de santé 2008-2009 ;
- Les rapports de toutes les enquêtes de surveillance comportementale et biologique réalisées pendant la période 2007-2012 ;
- Les rapports d'études relatifs au VIH réalisés pendant la période 2007-2012 ;
- Les rapports soumis à l'UNGASS (United Nations General Assembly Special Session on HIV) ;
- Les rapports annuels du SE/CNLS, du PNLIS et des programmes subventionnés par le Fonds Mondial et par la Banque Mondiale ainsi que les rapports d'activités des principaux

intervenants de la société civile et des ministères autres que celui de la santé ;

- Les rapports d'évaluation externe du projet pilote en faveur des CDI et de la phase 1 du programme subventionné par le Fonds Mondial.

Cette revue documentaire a permis de faire une description préliminaire :

- de la situation de l'épidémie du VIH, des causes et facteurs favorisant et entravant l'accès aux services VIH à Madagascar ;
- des sources de nouvelles infections en utilisant le modèle sur les modes de transmission développé par l'ONUSIDA ;
- des progrès réalisés et des leçons tirées dans la mise en œuvre de la réponse dans chaque domaine d'intervention du programme.

Cette description préliminaire a servi de base à la conception des outils de travail utilisés lors des ateliers et à la définition des informations complémentaires à collecter.

Etape 2 : Ateliers d'analyse de la situation et de la réponse

Deux séries d'ateliers de travail, avec la participation de toutes les parties prenantes, sur l'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH ont été organisées du 05 au 06 décembre 2011 et du 23 au 27 janvier 2012.

Le premier atelier avait pour objectifs de recueillir des informations générales sur les réalisations du PSN 2007-2012, les problèmes constatés et de fournir quelques éléments d'orientations stratégiques pour le nouveau PSN 2013-2017.

Le deuxième atelier a été organisé sous forme de séances de travail par groupe thématique de manière à faire une analyse plus approfondie et débattre plus amplement des problèmes, analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces de la réponse et compléter les informations qui ont été obtenues lors du premier atelier dans chaque domaine du programme.

Sur la base des outils développés au terme de la revue documentaire et de l'atelier du niveau central, un atelier d'analyse de la situation et de la réponse a été organisé au niveau de chacune des 22 régions du pays. Ces ateliers avaient pour objet de recueillir des informations des parties prenantes sur la situation spécifique et les progrès réalisés par chaque région dans la mise en œuvre du PSN 2007-2012. Les ateliers régionaux ont été organisés entre le 10 mai et le 28 juillet 2012.

Les résultats de la revue documentaire et des ateliers régionaux ont fait l'objet d'une consolidation par domaine de programmes. Les principaux problèmes identifiés ont fait l'objet d'une analyse causale par sous-groupes lors d'une séance de travail organisée du 07 au 09 août 2012.

Etape 3 : Elaboration et validation du rapport d'analyse de la situation et de la réponse

Au terme des différents ateliers, les consultants nationaux ont élaboré le projet de rapport d'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH et au sida 2017-2012. Ce rapport a été validé par le Comité de coordination du processus le 12 juillet 2012.

1.3. PROCESSUS DE FORMULATION ET DE VALIDATION DU PLAN STRATEGIQUE

La formulation et la validation du PSN ont été réalisées pendant la période du 10 septembre au 15 décembre 2012, sous la responsabilité du Comité de coordination du processus de planification stratégique, avec l'appui d'un consultant international et de deux consultants nationaux.

Le processus de formulation et de validation du PSN a suivi les étapes suivantes :

Etape 1 : Préparation du projet de cadre de résultats du nouveau PSN

Après avoir établi le projet de liste des indicateurs (impacts, effets et produits) sur la base des résultats de l'analyse de la situation, le logiciel HAPSAT (HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Tool) développé par le Projet Health System 20/20 de l'USAID a été utilisé pour préparer le cadre de résultats, en particulier l'évolution des cibles de certains effets et de l'ensemble des produits de 2013 à 2017. Les données sur les populations qui seront potentiellement couvertes par le nouveau PSN, ont été tirées des rapports d'analyse de la situation et de la réponse, et saisies dans le logiciel HAPSAT. Les réalisations des années précédentes (2010, 2011 et 2012) ont également été saisies dans le logiciel. Les cibles des produits et effets ont été estimés en considérant le scénario « Accès universel » : interpolation linéaire de l'évolution des cibles annuelles de manière à atteindre 80% des besoins en année 5, soit 2017.

Etape 2 : Atelier de définition des priorités et du cadre de résultats du PSN

Cet atelier a été organisé du 25 au 28 septembre 2012 et a connu la participation des représentants du SE/CNLS, du Ministère en charge de la santé, des autres ministères, du secteur privé, des organisations de la société civile (nationales et internationales), des réseaux d'organisations des PVVIH et des groupes clés, des représentants des task-forces des 22 régions et des partenaires techniques et financiers (ONUSIDA, UNICEF, OMS, PNUD, UNFPA, PAM, BM/PMPS/IDA, JICA, BAD) .

Cet atelier a permis :

- d'établir un consensus sur la vision, le cadre de résultats et les principales interventions du nouveau PSN ;
- d'approfondir l'analyse des forces et des faiblesses du cadre de mise en œuvre et du système de suivi-évaluation ;
- de réaliser l'analyse des risques qui pourraient compromettre la mise en œuvre du nouveau PSN et d'adopter les mesures d'atténuation de ces risques.

Etape 3 : Finalisation de la rédaction du PSN

Une équipe restreinte composée des consultants et des personnes-ressources du SE/CNLS ainsi que d'autres parties prenantes, a procédé à la finalisation de la rédaction du nouveau PSN à partir des conclusions de l'atelier de définition des priorités et du cadre des résultats dudit PSN.

Etape 4 : Budgétisation du PSN

La budgétisation a été réalisée par la même équipe qui a procédé à la finalisation de la rédaction du PSN. Le logiciel HAPSAT a été utilisé pour cette budgétisation, après avoir mis à jour les données sur les populations sur la base des conclusions de l'atelier de définition des priorités et du cadre des résultats du PSN.

Les données ayant permis de calculer les coûts unitaires des différents services ont été collectées auprès des parties prenantes sur la base des réalisations antérieures. Les données sur les coûts unitaires des ARV, médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes et le traitement des infections sexuellement transmissibles, des réactifs et consommables pour le dépistage et le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH, ont été obtenues à partir des commandes réalisées par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (SALAMA), de la liste des prix de Clinton Foundation¹, «Global Price Reporting Mechanism² », et du catalogue des prix de MSF³.

Etape 5 : Validation technique du PSN

Le premier projet de PSN2013-2017, après son approbation par le Comité de coordination du processus, a été soumis pour validation technique au Forum des partenaires élargi aux représentants des 22 régions le 04 décembre 2012.

Etape 6 : Approbation finale du PSN par le CNLS

1 <http://www.givewell.org/files/DWDA%202009/Interventions/WJCF-ARVPrices-2009.pdf>

2 <http://apps.who.int/hiv/amds/price/hdd/index.aspx>.

3 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18716en/s18716en.pdf>

PARTIE 2 :

ANALYSE DE LA SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA À MADAGASCAR



2.1. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET HUMAINES

Madagascar est un pays d'Afrique australe, situé dans le sud-ouest de l'océan indien, séparé de la partie continentale de l'Afrique par le canal du Mozambique. Il est situé entre le 11°57' et 25°30' de latitude Sud et entre 43°14' et 50°27' de longitude Est, à cheval sur le tropique du Capricorne.

La Grande île a une superficie de 587 401 Km². Elle s'étend sur une longueur de 1 500 Km et sur près de 500 Km dans sa plus grande largeur et comprend plus de 5 000 Km de côtes baignées (canal du Mozambique à l'ouest, et Océan indien à l'est). Madagascar compte également des petites îles dont les plus importantes sont Nosy Be et Sainte-Marie.

Sur le plan administratif, Madagascar compte 22 régions divisées en 119 districts, 1.551 communes et 17.569 fokontany⁴. L'administration est en cours de décentralisation pour donner plus de pouvoir de décision au niveau des régions, des communes et des fokontany.

Selon l'Enquête Périodique auprès de Ménage (EPM) de 2010, la population est estimée dans la fourchette des 19,6 millions à 20,8 millions d'individus.

La population de Madagascar est majoritairement jeune (la proportion de jeunes de moins de 15 ans est de 49%), équilibrée entre les hommes et les femmes (les femmes représentent 50,2% de la population), et majoritairement rurale (80%).

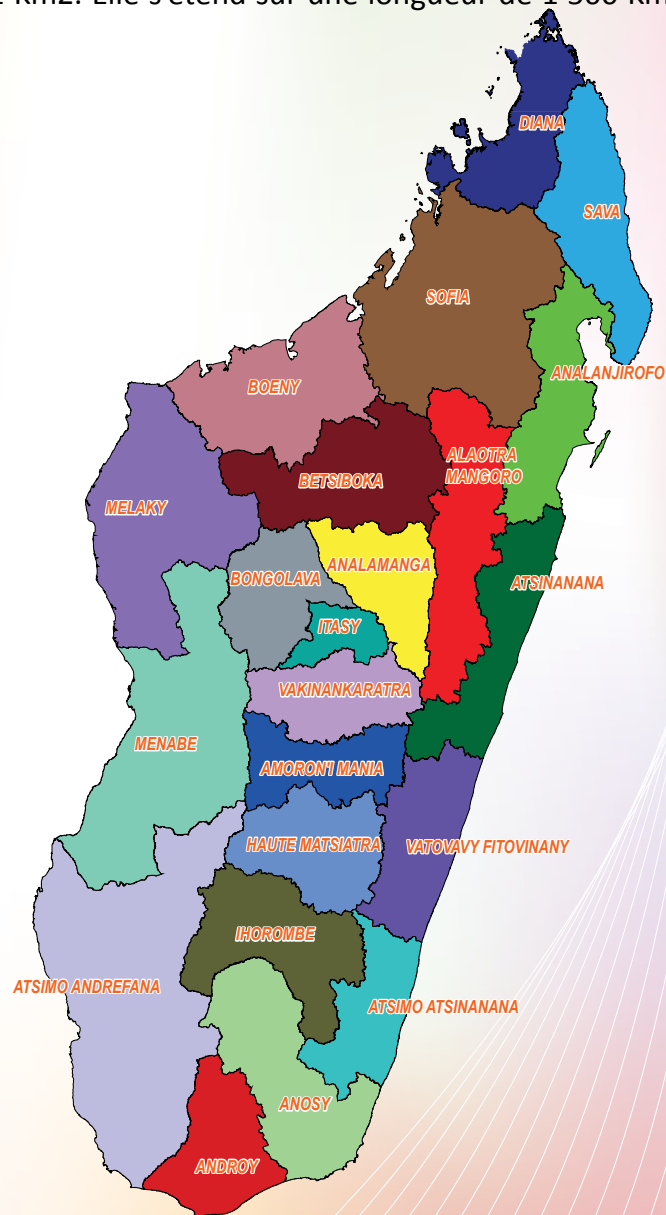


Figure I: Carte de Madagascar

Le tableau 1 présente la projection de l'évolution de la population de Madagascar de 2011 à 2017 à partir des données du RGPH 1993 :

Tableau 1 : Projection de l'évolution de la population de Madagascar de 2011 à 2017

Tranches d'âge	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0-14 ans	8 990 000	9 170 000	10 203 301	10 479 939	10 762 885	11 051 529	11 346 563
15-24 ans	4 240 000	4 390 000	3 994 761	4 103 069	4 213 848	4 326 856	4 442 367
25-49 ans	5 750 000	5 940 000	5 669 231	5 822 939	5 980 151	6 140 530	6 304 458
50 ans ou plus	2 140 000	2 230 000	1 974 873	2 028 417	2 083 181	2 139 049	2 196 154
Total	21 120 000	21 730 000	21 842 167	22 434 363	23 040 065	23 657 964	24 289 542

Source : INSTAT, Calcul Projection Population (2012)

La densité de la population au niveau national est de 21 habitants au Km². La population malagasy se caractérise par une fécondité encore élevée, avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femmes (EDS 2009).

Le taux estimé de croissance démographique annuel est de 2,7%.

2.2. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

Madagascar figure parmi les plus pauvres des pays les moins avancés avec un indice de développement humain de 0.480, au 151^{ème} rang sur 181 et un Produit Intérieur Brut de 459 \$ US par habitant en 2011.

L'économie malgache repose essentiellement sur l'agriculture, le tourisme et le secteur minier. La performance économique du pays dépend fortement des fluctuations des conditions du commerce mondial, des taux de change et surtout de l'aide extérieure. Les crises successives qu'a connues le pays n'ont fait qu'affaiblir une économie déjà en pleine difficulté.

En effet, la situation économique du pays s'est dégradée depuis 2009 en raison du double impact de la crise financière mondiale et de la crise politique. Alors qu'en 2008, Madagascar avait connu un taux de croissance supérieur à 7%, son économie est entrée en récession depuis le deuxième trimestre de l'année 2009, entraînant une diminution du PIB de 3 à 5%, une baisse marquée des activités économiques du secteur touristique et des secteurs axés vers l'exportation (textile, élevage des crevettes, etc.), et une augmentation du chômage.

Au total, 67,8% de la population vivent avec moins d'un dollar par jour.

Selon les résultats de l'EPM 2010, 76,5% de la population sont classés comme pauvres. L'incidence de la pauvreté se situe entre 74,97% et 78,03%. En milieu urbain, cette incidence est de 54,2%, contre 82,2% en milieu rural. Entre 2005 et 2010, la pauvreté a augmenté de 7,8 points à Madagascar. La

pauvreté extrême, définie comme une situation dans laquelle vit un individu qui possède un niveau de consommation agrégée en dessous du seuil alimentaire, touche 56,5% de la population. Ce qui représente plus de 11 millions de personnes. C'est en milieu rural que l'incidence de la pauvreté extrême est la plus élevée avec un taux de 62,1%, contre 34,6% en milieu urbain.

Selon les statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS, le taux d'alphabétisation des adultes à Madagascar est de 71% et le taux net de fréquentation de l'école primaire de 98% chez les garçons et de 99% chez les filles. Toutefois, les taux nets de fréquentation scolaire diminuent à mesure que le niveau scolaire augmente et deviennent plus élevés chez les garçons. Ainsi, les filles fréquentent l'école autant que les garçons, mais elles y restent moins longtemps. Au niveau de l'enseignement primaire, le taux de décrochage scolaire est de 6,3% et celui de redoublement, de 14,9%. Les filles réussissent légèrement mieux que les garçons en termes de rendement jusqu'au niveau secondaire premier cycle. Il n'en est pas ainsi à partir du lycée. Les ménages pauvres accusent en général un taux de décrochage scolaire plus fort par rapport aux ménages aisés, notamment aux niveaux collège et lycée.

En réponse à la situation économique du pays, le gouvernement a mis en place un audacieux plan d'action de cinq ans, le Plan d'action pour Madagascar (MAP) 2007-2012, qui correspond à la stratégie de réduction de la pauvreté de seconde génération. La mise en œuvre de ce plan a permis d'envisager des réformes accélérées et mieux coordonnées, en vue de favoriser la croissance et la réduction de pauvreté. La mise en œuvre de ce plan a été compromise par la crise politique que le pays a connue à partir de 2009.

2.3. CONTEXTE SANITAIRE

Le tableau 2 présente le profil de Madagascar défini par les principaux indicateurs sanitaires.

Tableau 2 : Profil sanitaire de Madagascar

Indicateur	Donnée	Source
Couverture de la vaccination DTC3 chez les enfants de moins d'un an (%)W	71,3%	ESD 2008-2009
Ratio de mortalité maternelle	498 pour 100.000 naissances vivantes	ESD 2008-2009
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)	43,9%	ESD 2008-2009
Besoins non satisfaits des femmes en union en matière de planification familiale	18,9%	ESD 2008-2009
Prévalence de la contraception (% femmes en union)	29,2%	ESD 2008-2009
Couverture par les soins anténatals – au moins une visite- (%)	86,3%	ESD 2008-2009
Couverture par les soins anténatals – au moins quatre visites- (%)	49,3%	ESD 2008-2009

Indicateur	Donnée	Source
Enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégné d'insecticide (%)	71,3%	ESD 2008-2009
Nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie d (%)	50,7%	ESD 2008-2009
Espérance de vie à la naissance	65 ans	
Taux de mortalité des adultes de 15-60 ans	236 pour 1000 habitants	ESD 2008-2009
Taux de mortalité des moins de 5 ans	72 pour 1000 naissances vivantes	ESD 2008-2009
Taux de mortalité néonatale	24 pour 1000 naissances vivantes	ESD 2008-2009
Nombre de médecins (densité pour 100.000 habitants)	3.150 (1,6)	Statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS.
Nombre d'infirmiers et sages-femmes (densité pour 100.000 habitants)	5.661 (3,2)	Statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS.
Nombre de dentistes (densité pour 100.000 habitants)	57 (< 0,05)	Statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS.
Nombre de personnel de pharmacie (densité pour 100.000 habitants)	175 (0,1)	Statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS.
Lits d'hôpitaux	3 pour 100.000 habitants	Statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS.
Ratio CSB par habitant	1 CSB pour 8000 habitants	Direction des Districts Sanitaires, 2012
Dépenses totales en santé en % du produit intérieur brut	4,4%	Statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS.
Ressources externes pour la santé en % des dépenses totales en santé	16,1%	Statistiques sanitaires mondiales 2011 de l'OMS.

Le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé a représenté 8,7% du budget national en 2011, selon la loi des finances 2011. Il n'y a pas de mécanisme national d'assurance maladie universelle.

Le système de santé malgache est caractérisé par une organisation de type pyramidal avec trois niveaux :

- **le Niveau central** : chargé de définir la politique nationale de santé et de fournir l'appui stratégique aux niveaux inférieurs. Il comprend le cabinet du ministre et les directions techniques ;
- **le Niveau intermédiaire (Régional)** : chargé de coordonner la mise en œuvre de la politique de santé au niveau régional et de fournir l'appui technique aux districts sanitaires. Il est représenté par la direction de la région sanitaire. Madagascar compte 22 régions

sanitaires, correspondant aux régions administratives. Chaque région sanitaire comporte 2 à 7 districts sanitaires ;

- **le Niveau périphérique (District et Communautaire)** : le niveau district est chargé de fournir l'appui technique aux formations sanitaires (hôpitaux de districts et centre de santé de base) pour la mise en œuvre opérationnelle de la politique nationale de santé. Il est constitué par les districts sanitaires qui sont les unités opérationnelles du système de santé. Madagascar compte 112 districts sanitaires. Le niveau communautaire, quant à lui, constitue la base du système de santé.

Le système de santé malgache est composé d'un réseau de 3.260 formations sanitaires de base publiques et privées dont 2488 CSB publics, 141 hôpitaux de districts, et 18 centres hospitaliers de référence régionale et 4 centres hospitaliers universitaires (Source : Annuaire des statistiques du secteur santé, 2011).

Outre ces formations sanitaires, le Ministère en charge de la santé de Madagascar dispose des structures spécialisées suivantes :

- **Laboratoire National de référence** : laboratoire national disposant du plateau technique de plus haut niveau. Il est chargé du contrôle de la qualité des examens biologiques pratiqués dans le réseau des laboratoires du pays.
- **Institut Pasteur** : établissement de l'Institut Pasteur reconnu d'utilité publique qui (i) réalise des travaux de recherche appliquée en lien avec les priorités de santé nationales, (ii) dispose de laboratoires de référence OMS pour un certain nombre de maladies (poliomyélite, rougeole, grippe, mycobactéries, etc.), (iii) dispose de centres de services spécialisés (centre de biologie clinique, centre international de vaccination, centre de traitement antirabique, laboratoire d'hygiène des aliments et de l'environnement).
- **Centre National de Transfusion sanguine** : a pour mission d'assurer la disponibilité des produits sanguins sécurisés sur l'ensemble du territoire national.
- **Centrale d'Achats des Médicaments essentiels et du Matériel médical (SALAMA)** : qui est chargé de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en matériels médicaux de toutes les formations sanitaires publiques et des organismes privés à but non lucratif à Madagascar. La SALAMA assure l'approvisionnement et la distribution des ARV, des médicaments destinés au traitement des infections opportunistes et des infections sexuellement transmissibles, des réactifs et consommables de laboratoire pour le dépistage du VIH et le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH.

2.4. SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA A MADAGASCAR

2.4.1. Prévalence du VIH dans la population générale et dans les groupes de population spécifiques

Prévalence et incidence du VIH dans la population générale

Selon l'ONUSIDA⁵, la prévalence du VIH à Madagascar est estimée en fin de 2011 à 0,4% chez les

5 L'estimation de l'ONUSIDA est effectuée à travers l'utilisation de logiciel SPECTRUM

adultes (15-49 ans) et de 0,16% chez les jeunes (15-24 ans). Cette prévalence est restée stable pendant la période couverte par le dernier plan stratégique de lutte contre le sida de Madagascar (2007-2012).

Il n'y a pas de données disponibles sur la prévalence du VIH chez les enfants de moins de 15 ans. Le taux d'incidence annuelle en 2011 chez les adultes âgés de 15 ans ou plus, était estimé à 0,03%, soit 2 840 nouvelles infections à VIH.

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes

Selon les données de l'enquête de surveillance biologique chez les femmes enceintes âgées de 15 ans ou plus en 2010, la prévalence du VIH dans ce groupe est relativement plus faible que la moyenne nationale, soit 0,09% [0 ; 0,2]. Elle est statistiquement non différente de celle observée en 2007 (0,18%) et en 2005 (0,15%). Aucune disparité selon les régions et les tranches d'âge n'a été enregistrée. Toutefois, la prévalence du VIH la plus élevée a été observée chez les femmes enceintes âgées de 20-24 ans, soit 0,16% [0,1 ; 0,4] sans qu'il n'y ait de différence statistiquement significative par rapport aux autres tranches d'âges ($p=0,11$).

Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Selon les résultats de l'enquête comportementale et biologique chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) 2010, la prévalence du VIH dans ce groupe est estimée à 14,7% [12,5 ; 16,9]. Comme le montre la figure 2, la prévalence du VIH chez les HSH augmente de manière régulière avec l'âge et atteint son maximum dans la tranche d'âge de 35 ans ou plus.

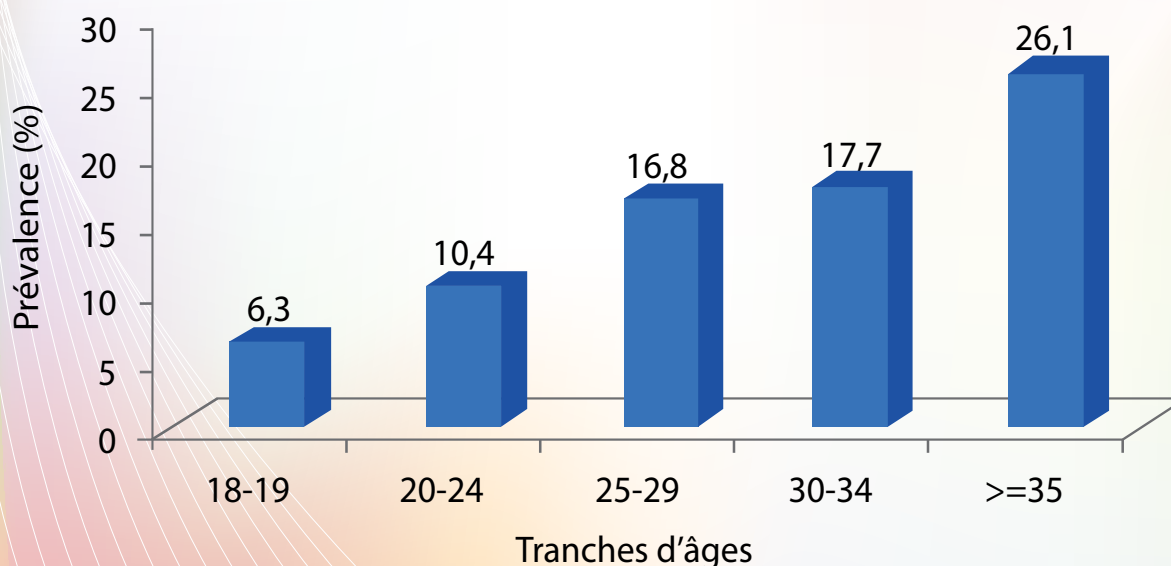


Figure II: Variation par tranche d'âge de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Prévalence du VIH chez les Consommateurs de Drogues Injectables (CDI)

Selon les résultats de l'enquête comportementale et biologique chez les CDI 2012, la prévalence du VIH dans ce groupe est estimée à 7,1% [5,9 ; 25,9]. La prévalence du VIH chez les CDI de sexe masculin était de 8,1% [2,4 ; 15,7] versus 4,2% [0,7 ; 15,9] pour le sexe féminin (différence non significative).

Prévalence du VIH chez les Professionnelles du sexe

Selon les données de l'enquête de surveillance biologique chez les professionnelles du sexe 2010, la prévalence du VIH dans ce groupe est estimée à 0,29% [0,1 ; 0,6] sans variation ni en fonction du lieu de résidence ni de l'âge. Si la méthodologie utilisée confère une validité interne à ce résultat, son extrapolation sur l'ensemble de la population de professionnelles du sexe de Madagascar est limitée par le mode de recrutement des participantes à l'enquête qui, pourrait avoir induit un biais de sélection. En effet, une partie des participantes a été recrutée passivement parmi les professionnelles du sexe consultant les centres de santé de base de niveau II et une autre, recrutée activement sur leur lieu de travail (sans qu'aucune cartographie n'ait été préalablement établie et les sites de recrutement ont été tirés au sort).

Prévalence du VIH chez les donneurs de sang

Les informations disponibles ne permettent pas d'évaluer la prévalence du VIH chez les donneurs de sang, le test du VIH étant effectué sur les poches de sang en utilisant un simple test de screening qui permet d'isoler les poches de sang non utilisables pour la transfusion. Néanmoins, les données du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) fournissent une idée sur l'importance du risque de transmission du VIH par la transfusion sanguine, si aucune mesure préalable n'est prise pour éviter l'utilisation de poches de sang contaminées. En effet, selon ces données, la proportion des poches de sang contaminées au VIH (test de screening) a varié entre 0,4% et 1% de 2007 à 2011 (figure 3).

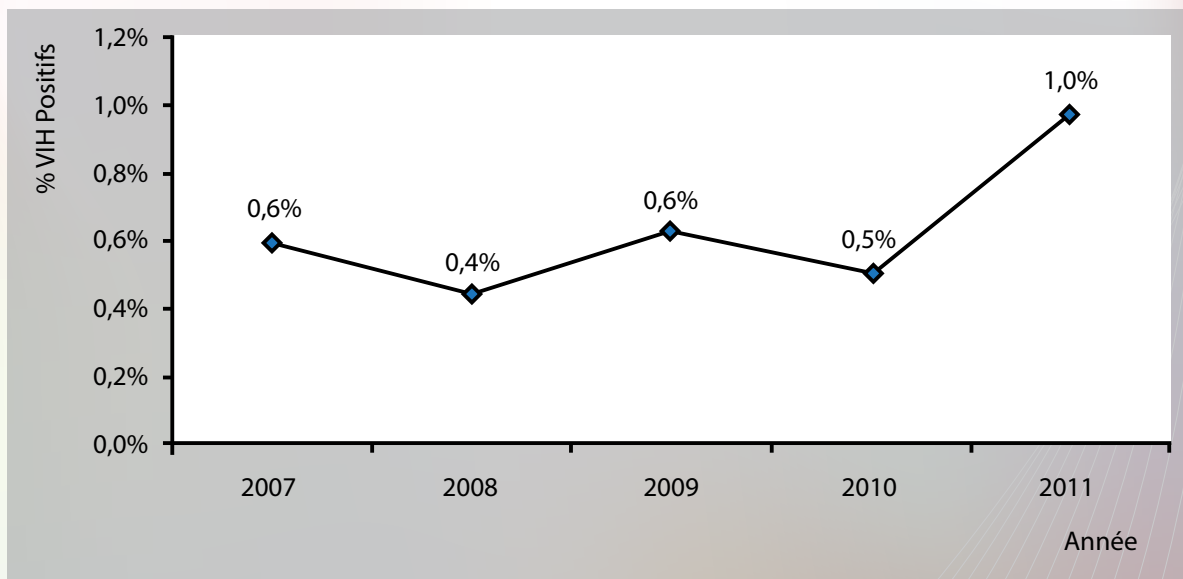


Figure III: Variation de la proportion des poches de sang contaminées au VIH de 2007 à 2011

Prévalence du VIH chez les patients souffrant d'une IST

Selon les résultats de l'enquête de surveillance biologique 2010, la prévalence du VIH chez les personnes souffrant d'une IST est de 0,32% [0,16 ; 0,52].

Prévalence du VIH chez les patients tuberculeux

Selon les données du « Global Tuberculosis Control 2010 » de l'OMS, la prévalence du VIH chez les patients tuberculeux à Madagascar est de 0,9%.

Type d'épidémie du VIH

Le tableau 3 récapitule les données disponibles sur la prévalence du VIH dans la population générale et dans les groupes spécifiques.

Tableau 3: Prévalence du VIH dans la population générale, chez les femmes enceintes, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnelles du sexe

Population	Prévalence (%)	IC 95%	Source	Observation
Adultes de 15-49 ans (population générale)	0,4%	0,3%-0,5%	Estimation ONUSIDA	
Femmes enceintes	0,09%	0%-0,2%	ESB 2010	
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	14,7%	12,5%-16,9%	ESBC 2010	
Consommateurs de Drogues Injectables	7,1%	5,9%-25,9%	ESBC 2012	
Professionnelles du sexe	0,29%	0,1%-0,6%	ESB 2010	Ce résultat est limité par un défaut de validité externe de l'étude en raison d'un possible biais de sélection.

Si la prévalence du VIH reste faible (0,4% [0,3 ; 0,5]), elle est très élevée dans deux groupes de population, notamment les HSH (14,7% [12,5 ; 16,9]) et les CDI (7,1% [5,9 ; 25,9]). Ce qui correspond à une épidémie de type concentré.

2.4.2. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Selon l'ONUSIDA (2011), le nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH était estimé à 42 470 [31 000 ; 56 000] dont 5 720 [3 900 ; 7900] enfants âgés de 0-14 ans et 36 750 [26 000 ; 49 000] adultes âgés de 15 ans ou plus. Le nombre de personnes vivant avec le VIH ayant besoin de traitement antirétroviral en fin 2011 était estimé à 19 390 dont 3 370 enfants âgés de 0-14 ans et 16 020 adultes âgés de 15 ans ou plus. Le nombre de jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH était estimé en fin 2011 à 6 590 dont 2 950 jeunes-hommes et 3 640 jeunes-femmes.

Le nombre de femmes ayant besoin du service de PTME était de 1 840 en fin 2011.

Le nombre d'enfants de 0-17 ans rendus orphelins par le sida était estimé à 20 850.

Le tableau 4 présente l'évolution du nombre de personnes vivant avec le VIH, de celles ayant besoin d'ARV, de la PTME et d'enfants rendus orphelins par le sida de 2011 à 2017 selon les données du Spectrum.

Tableau 4: Evolution du nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH, de ceux ayant besoin d'ARV et de la PTME et d'enfants rendus orphelins par le sida (de 2011 à 2017) selon les données du Spectrum

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre VIH+ Enfants 0-14 ans	5 720	5 660	5 570	5 450	5 290	5 135	4 984
Nombre VIH+ Adultes 15+	36 750	35 760	34 720	33 650	32 590	31 563	30 569
Total VIH+	42 470	41 420	40 290	39 100	37 880	36 698	35 553
Besoin ARV							
Besoin ARV Enfants 0-14 ans	3 370	3 340	3 290	3 210	3 120	3 033	2 947
Besoin ARV Adultes 15 ans +	16 020	15 890	15 690	15 410	15 070	14 738	14 412
Total Besoin ARV	19 390	19 230	18 980	18 620	18 190	17 770	17 360
Femmes enceintes VIH+	2 160	2 050	1 930	1 810	1 690	1 578	1 473
Femmes enceintes ayant besoin de PTME	1 840	1 740	1 640	1 540	1 430	1 328	1 233
Orphelins du sida	20 850	21 140	21 290	21 290	21 170	21 130	21 070

Le nombre de décès dus au sida était estimé en 2011 à 3 500 [2 500 – 4 800].

2.4.3. Prévalence des autres IST

Le tableau 5 présente les données disponibles sur la proportion des personnes ayant une sérologie syphilitique positive parmi les femmes enceintes et les groupes de population les plus exposés aux risques d'infection à VIH (PS, HSH, CDI).

Tableau 5: % des personnes ayant une sérologie syphilitique positive dans les sous-populations des femmes enceintes, des professionnelles du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des consommateurs de drogues injectables

	Femmes enceintes**	Professionnelles du sexe**	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes**	Consommateurs de Drogue Injectable***
% sérologie syphilitique positive*	3,41% [3,1 ; 3,7]	15,6% [14,0 ; 17,2]	5,1% [3,7 ; 6,5]	5,1% [2,2 ; 8,7]

* TPHA+ et RP+ ** Enquête de surveillance épidémiologique 2010 *** Enquête spécifique chez les CDI 2012.

La proportion des personnes ayant une sérologie syphilitique positive n'est pas statistiquement

différente chez les femmes enceintes les HSH et les CDI ; par contre la proportion observée dans le groupe des PS est statistiquement plus élevée que celles des trois autres groupes de population (femmes enceintes, HSH, CDI). Cette situation peut être la conséquence de la méthode utilisée pour la constitution de l'échantillon des PS. En effet, une partie des PS ont été recrutées passivement parmi celles qui ont consulté les centres de santé de base de niveau II ; ce qui pourrait avoir favorisé le recrutement de PS présentant une IST active.

Les données sur les IST autres que la syphilis ne sont pas disponibles.

2.4.4. Données sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques sexuelles relatives au VIH dans la population générale

Le tableau 6 présente les données sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH des adultes de 15-49 ans, selon les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2009.

Tableau 6: Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH des adultes de 15-49 ans

Indicateurs	Femmes	Hommes
Ont déjà entendu parler du sida	87,3%	89,4%
Ont une connaissance complète du sida	21,9%	24,9%
Connaissent la TME	25,6%	24,1%
Expriment les 4 attitudes de tolérance vis-à-vis des PVVIH*	4,5%	6,2%
Personnes ayant eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	2,1%	14,6%
Dont, ayant utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel	7,6%	7,4%
Hommes ayant eu des rapports sexuels payant au cours des 12 derniers mois	n.a	8,7%
Dont, ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel payant	n.a	13,3%
Savent où aller pour effectuer un test du VIH	47,4%	43,8%
Dont, ont effectué un test et ont retiré les résultats	12,5%	7,9%
Dont, n'ont jamais effectué de test du VIH	85,7%	91,1%
Femmes ayant eu une naissance au cours des 2 dernières années et qui ont déclaré avoir reçu des conseils sur le VIH au cours d'une visite prénatale	23,5%	n.a
Ne connaissent pas les IST	37,6%	29,6%
Ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes associés au cours des 12 derniers mois	1,9%	1,3%

n.a : non applicable * (i) serait prêt à s'occuper à la maison d'un parent vivant avec le VIH, (ii) achèterait des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH, (iii) pense qu'une enseignante vivant avec le VIH et qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner, (iv) pense qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH.

2.4.5. Distribution des nouvelles infections

La figure 4 présente la distribution attendue des nouvelles infections obtenue par groupe d'exposition en utilisant l'outil de modélisation des modes de transmission développé par l'ONUSIDA.

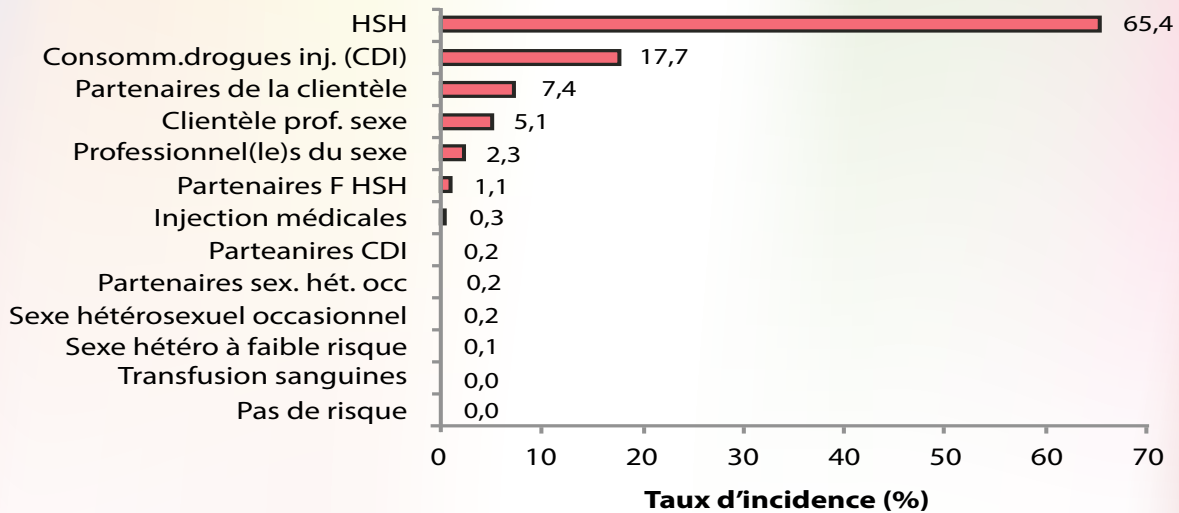


Figure IV: Distribution des nouvelles infections attendues par sous-population à Madagascar

Selon les résultats de l'analyse des modes de transmission du VIH, la majorité des nouvelles infections (65,4%) proviennent des HSH, suivis respectivement des CDI (17,7%), des partenaires des clients des PS (7,4%), des clients des PS (5,1%), des Professionnelles du Sexe (2,3%), des partenaires féminins des HSH (1,1%).

Au total 99,3% des nouvelles infections proviennent des populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH (HSH, PS, CDI) et leurs partenaires (figure 5).

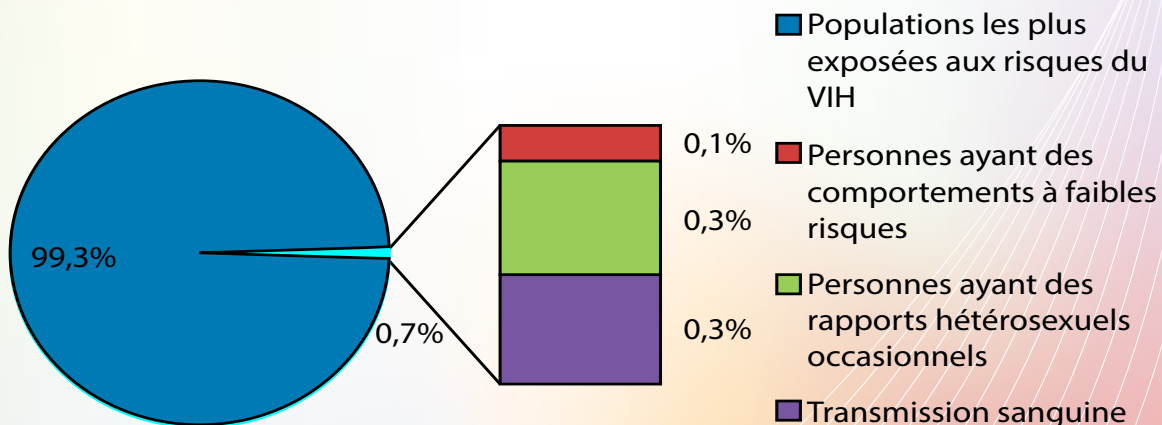


Figure V: Répartition des nouvelles infections par groupe de population

Les personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels et leurs partenaires sont responsables de 0,3% des nouvelles infections.

2.4.6. Analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH

2.4.6.1. Facteurs de risque d'infection à VIH

Les facteurs de risque correspondent aux facteurs liés aux comportements de l'individu associés à son statut sérologique VIH. Au terme de l'analyse de la situation, les facteurs de risques d'infection à VIH suivants ont été identifiés :

a) Les rapports homosexuels masculins

La modélisation des modes de transmission a montré que les rapports homosexuels sont à l'origine de 65,4% des nouvelles infections à Madagascar. D'après les données de l'enquête de surveillance épidémiologique chez les HSH en 2010, 68,8% des HSH ont affirmé ne pas avoir utilisé systématiquement un préservatif lors des rapports anaux avec des partenaires masculins au cours des 12 derniers mois. Cette même enquête a montré que : (i) 49,6% des HSH ont des partenaires masculins multiples avec qui ils ont des rapports anaux, (ii) la prévalence du VIH était significativement plus élevée chez les HSH jouant un rôle passif (Nat) ou alternativement passif et actif (Dogs Nat) que chez ceux qui jouaient un rôle exclusivement actif (Dogs) : 15,5% chez les passifs exclusif, 13,6% chez les passifs/actifs versus 5,9% chez les actifs exclusifs ($p=0,006$). Les résultats ont montré que 66,3% des HSH ont eu au moins une fois des rapports sexuels avec une femme au cours des 12 derniers mois et 64,3% des HSH n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une femme.

b) La consommation de drogues injectables

Selon les résultats de la modélisation des modes de transmission, la consommation des drogues injectables est responsable de 17,7% des nouvelles infections à Madagascar. Les résultats de l'enquête de surveillance épidémiologique (2012) indiquent que, (i) 21,5% des CDI ont utilisé des aiguilles/seringues déjà utilisées par d'autres, (ii) 81,3% ont eu des partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois, parmi lesquels 48,9% ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel, (iii) 25,2% des CDI ont des rapports sexuels avec des hommes, (iv) 19,3% des CDI n'ont pas utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection.

c) Les rapports sexuels payants

Les résultats de la modélisation des modes de transmission ont montré que les rapports sexuels payants sont responsables de 7,4% des nouvelles infections en prenant en compte les professionnelles du sexe et leurs clients. Selon les résultats de l'enquête de surveillance épidémiologique 2010, (i) 29,6% des PS n'ont pas utilisé de préservatif au cours du rapport sexuel avec leur dernier client, (ii) 36,4% des PS ont un partenaire sexuel régulier («Petit ami») dont 33,6% n'ont jamais utilisé de préservatif avec le partenaire régulier.

d) Les rapports hétérosexuels occasionnels

Les personnes ayant des rapports sexuels occasionnels et leurs partenaires sont responsables de 0,3% des nouvelles infections selon les résultats de la modélisation des modes de transmission. Selon les résultats de l'EDS 2009, 14,6% des hommes et 2,1% des femmes ont eu deux partenaires

sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois, dont seulement 7,4% des hommes et 7,6% de femmes ont utilisé un préservatif au cours du dernier rapport.

e) La précocité des rapports sexuels

Selon les résultats de l'EDS 2009, 17,6% des jeunes garçons et 9,1% des jeunes-filles âgés de 15-24 ans avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Avant l'âge de 18 ans, cette proportion a été de 64,7% chez les jeunes-filles et de 53,8% chez les jeunes garçons.

2.4.6.2. Éléments moteurs de l'épidémie

Les éléments moteurs de l'épidémie correspondent aux facteurs structurels et sociaux qui augmentent la vulnérabilité des individus à l'infection à VIH. Ces facteurs agissent en interaction avec les facteurs de risque d'infection à VIH. Au terme de l'analyse de la situation, les éléments moteurs de l'épidémie suivant ont été identifiés :

a) Le faible niveau socio-économique :

Le lien entre le niveau socio-économique et le VIH est universellement établi. Selon les résultats de l'EDS 2009, c'est dans les quintiles des plus pauvres que l'on observe, parmi les personnes ayant eu des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois, les plus faibles proportions de personnes ayant utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel : 0,1% chez les hommes et aucune femme dans le quintile des plus pauvres contre 19,8% chez les hommes et 17,7% chez les femmes dans le quintile des plus riches. De même, les quintiles des plus pauvres ont les proportions de personnes qui ont des connaissances complètes sur le sida les plus faibles : 7,8% chez les hommes et 8,0% chez les femmes contre 46,5% chez les hommes et 43,8% chez les femmes dans le quantile des plus riches. Dans les populations clés les plus exposées au VIH, selon les résultats des enquêtes de surveillance épidémiologique 2010 et 2011, 53,1% des HSH et 54,1% des CDI ont des revenus mensuels inférieurs à 100 000 Ar (soit environ 46 \$ US). Au total, 99,7% des HSH ont reçu de l'argent d'au moins un partenaire pour avoir des rapports anaux au cours des 30 derniers jours.

b) Le faible niveau d'instruction

Selon les résultats de l'EDS 2009, les proportions les plus faibles de personnes qui ont utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel parmi ceux ayant eu des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois ont été observées chez les personnes sans instruction : 0,9% chez les hommes et 7,1% chez les femmes contre 15,9% chez les hommes et 14,6% chez les personnes de niveau secondaire ou plus. De même les personnes sans instruction présentent les proportions de personnes ayant des connaissances complètes sur le sida les plus faibles : 5,1% chez les hommes et les femmes contre 45,7% chez les hommes et 43,7% chez les femmes parmi les personnes ayant un niveau secondaire ou plus. Dans les populations clés les plus exposées à l'infection à VIH, 61,0% des PS, 14,3% des CDI et 12,0% des HSH n'ont jamais été scolarisés ou ont un niveau « primaire ».

c) Les violences sexuelles à l'égard des femmes et des enfants :

Quoi que faiblement documenté, les violences sexuelles basées sur le genre constituent un phénomène relativement important à Madagascar. Selon les données disponibles au sein des

ministères, il y a eu 5 387 victimes de violences et traumatismes à caractères sexuels en 2009⁶. Au cours du premier trimestre 2012, 228 cas de viols ont été rapportés au niveau du centre hospitalier d'Antananarivo.

Les enfants sont également victimes d'exploitation sexuelle. L'OIT a réalisé en 2002 une étude qualitative ayant permis d'interviewer 93 filles et 19 garçons victimes d'exploitation sexuelle.

Cette étude a montré que les enfants sont recrutés dans les rues et les boîtes de nuit et que la plupart des enfants victimes sont issus de ménages pauvres.

d) Facteurs socio-culturels

Certaines normes socioculturelles accentuent la vulnérabilité des populations au VIH dans certaines régions. C'est le cas des pratiques telles que :

- la tradition sociale de permissivité sexuelle (autrement dit, la licence sexuelle) lors des Fitampoha de Mahajanga, Donia de Nosy Be, Fanompoambe dans la région de Menabe (pour des raisons parfois stratégiques pour avoir des descendances), la pression des parents des « ampelatovo » dans le commerce de sexe dans les régions du sud du pays et le phénomène de « jiromena » notamment dans les communes rurales. La pratique de fati-dra (pacte de sang) peut également favoriser la transmission du VIH ;
- le multipartenariat de l'homme qui est culturellement toléré ;
- le mariage précoce (avant 15 ans chez les jeunes filles) avec des hommes âgés de plus de 10 ans qu'elles, sans démarche préalable du dépistage du VIH,
- la polygamie : dans l'ensemble du pays, l'union polygame concerne globalement environ 3 % des femmes de 15-49 ans et 1 % des hommes du même groupe d'âges. Cette pratique est plus fréquente dans certaines régions comme celles de Melaky, d'Atsimo Andrefana (8 % dans les deux cas), d'Anosy (10 %), et surtout d'Androy (18 %).

2.4.6.3. Facteurs associés à la vulnérabilité à l'infection à VIH

Les facteurs suivants ont été identifiés comme associés à la vulnérabilité à l'infection à VIH et favorise la propagation du virus :

- **La stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH** qui constituent un frein pour leur prise en charge correcte au niveau des structures sanitaires. Selon les résultats de l'EDS 2008-2009, seulement 4,5% de femmes et 6,2% des hommes ont les 4 attitudes de tolérance vis-à-vis des PVVIH, à savoir (i) seraient prêts à s'occuper à la maison d'un parent vivant avec le VIH, (ii) achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH, (iii) pensent qu'un(e) enseignant(e) vivant avec le VIH et qui n'est pas malade devrait être autorisé(e) à continuer d'enseigner, (iv) pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH.
- **La faible promotion du counseling et dépistage auprès des populations**

6 <http://madahoax.com/un-guide-pour-prendre-en-charge-les-victimes-de-violences-sexuelles/>

clés les plus exposées au VIH : selon les résultats des enquêtes de surveillance épidémiologique 2010 et 2011, la proportion des populations des groupes les plus exposés aux risques d'infection à VIH ayant effectué un test de dépistage au cours des 12 derniers mois et retiré les résultats est encore faible (49,9% des HSH et 22,3% des CDI) alors que ces deux groupes sont responsables de 83% des nouvelles infections.

- **La proportion élevée des personnes dépistées séropositives au VIH qui ne sont pas enrôlées dans la prise en charge** : selon les données du PNLIS en 2011, 190 nouvelles PVVIH ont été enrôlées dans la prise en charge alors que 409 personnes ont été dépistées séropositives.
- **La faiblesse de l'offre et la qualité de services de PTME** : selon les données du PNLIS (2011), seulement 52% des femmes enceintes reçues en CPN ont effectué un test de dépistage du VIH. Cette situation est imputable d'une part à une offre de services de counseling et dépistage encore limitée à près de la moitié (47,5%) des centres offrant les services de CPN en 2011, et à une insuffisance de la qualité du counseling expliquant une proportion de refus du dépistage par les femmes enceintes de 48% (Rapport PNLIS, 2011).
- **La faible intégration du counseling et dépistage volontaire dans les activités des centres antituberculeux** : selon les résultats de l'étude PNLIS/JICA 2011, seulement 95 des 205 de centres de diagnostic et traitement de la tuberculose avaient intégré les services de counseling et dépistage volontaire du VIH, soit 46,3%. Ce qui a pour conséquence de retarder le diagnostic des cas de co-infection Tuberculose-VIH.

2.4.7. Populations les plus exposées aux risques d'infection à VIH

a) Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Sont classés dans ce groupe, les personnes de sexe masculin ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes indépendamment du fait qu'ils soient homosexuels ou bisexuels. Les HSH sont plus visibles dans les grandes villes et villes touristiques suivantes : Antananarivo, Toamasina, Toliara, Mahajanga, Antsiranana, Taolagnaro, Fianarantsoa, Morondava, Antsirabe, Nosy Be, Antsohihy, Sainte Marie. Le nombre de HSH à Madagascar est estimé à 44.509 selon le profil épidémiologique SE/CNLS-GAMET 2007. La loi malagasy n'interdit pas explicitement les rapports sexuels entre personnes de même sexe. Cependant, les HSH font l'objet d'un rejet dans la société, ce qui est source de violences verbales et de stigmatisation.

b) Les consommateurs de drogues injectables

Il s'agit des adultes de sexe masculin ou féminin qui ont eu recours à des drogues injectables au courant des 12 derniers mois en dehors de toute prescription médicale. Les CDI sont retrouvés dans les mêmes localités que les HSH. La proportion des CDI hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes est de 25,2%. Le nombre total de CDI dans le pays est estimé à 14 445 selon une estimation de l'ESCB 2012.

c) Les professionnelles du sexe

Sont classés dans ce groupe, les adolescents et adultes de sexe féminin qui reçoivent des biens ou de l'argent en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement, et qui

peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus. Les hommes qui reçoivent des biens ou de l'argent contre des rapports anaux, sont classés dans le groupe des HSH. Les Professionnelles du sexe exercent leur activité dans les rues, les boîtes de nuits, les karaokés et les restaurants. Certaines travaillent en lien avec le personnel des hôtels qui les contacte au téléphone en cas de besoin exprimé par un client. D'autres contactent les clients en utilisant l'internet (réseaux sociaux notamment Facebook ou Chat). Les marchés du Zébu constituent également des opportunités d'offre de services sexuels pour les PS occasionnelles. Les PS sont retrouvées dans les capitales des 22 régions du pays et autres villes. Le nombre total de PS dans le pays est estimé à 62.942⁷.

2.4.8. Populations passerelles

Il s'agit des populations qui ont des contacts avec les populations les plus exposées aux risques d'infection à VIH et qui peuvent servir de canal de transmission du virus vers la population générale, et celles ayant des rapports hétérosexuels occasionnels multiples. Il s'agit notamment des populations suivantes :

- a) Les clients des professionnelles du sexe ;
- b) Les partenaires féminins des HSH ;
- c) Les personnes ayant des rapports sexuels occasionnels
 - Jeunes 15-24 ans scolarisés ;
 - Jeunes 15-24 ans non scolarisés ;
 - Populations mobiles : ouvriers agricoles, exploitants miniers, camionneurs, jeunes recrues militaires, etc ;
 - Personnes détenues ;
 - Travailleurs des secteurs public et privé.

2.5. CARTOGRAPHIE DE VULNÉRABILITÉ DES COMMUNES

En 2012, une cartographie de vulnérabilité des communes a été établie à travers une mise à jour des informations sur les facteurs ayant une influence sur la capacité d'un individu à maîtriser sa propre santé. Ces facteurs incluent la disponibilité et l'accès aux services de prévention, de soins ou de traitement relatifs au VIH, les facteurs pouvant influencer les comportements des individus (biologiques, culturels et économiques) et ceux qui permettent de localiser les groupes de population à risque élevé (groupes les plus vulnérables – groupes vulnérables – groupes passerelles). Sur l'ensemble des communes que compte le pays, 178 communes ont été classifiées comme fortement vulnérables (soit environ 11,5 %), 763 (49,2% de l'ensemble des communes) ont été catégorisées dans le groupe moyennement vulnérables et le reste faiblement vulnérables⁸. Ces résultats permettent d'identifier les communes considérées comme étant prioritaires pour le renforcement de la réponse.

7 Source : Profil épidémiologique SE/CNLS-GAMET 2007

8 Source : SE/CNLS, Cartographie de vulnérabilité des communes de Madagascar aux IST, VIH et sida, 2012

CLASSEMENT DES COMMUNES A MADAGASCAR

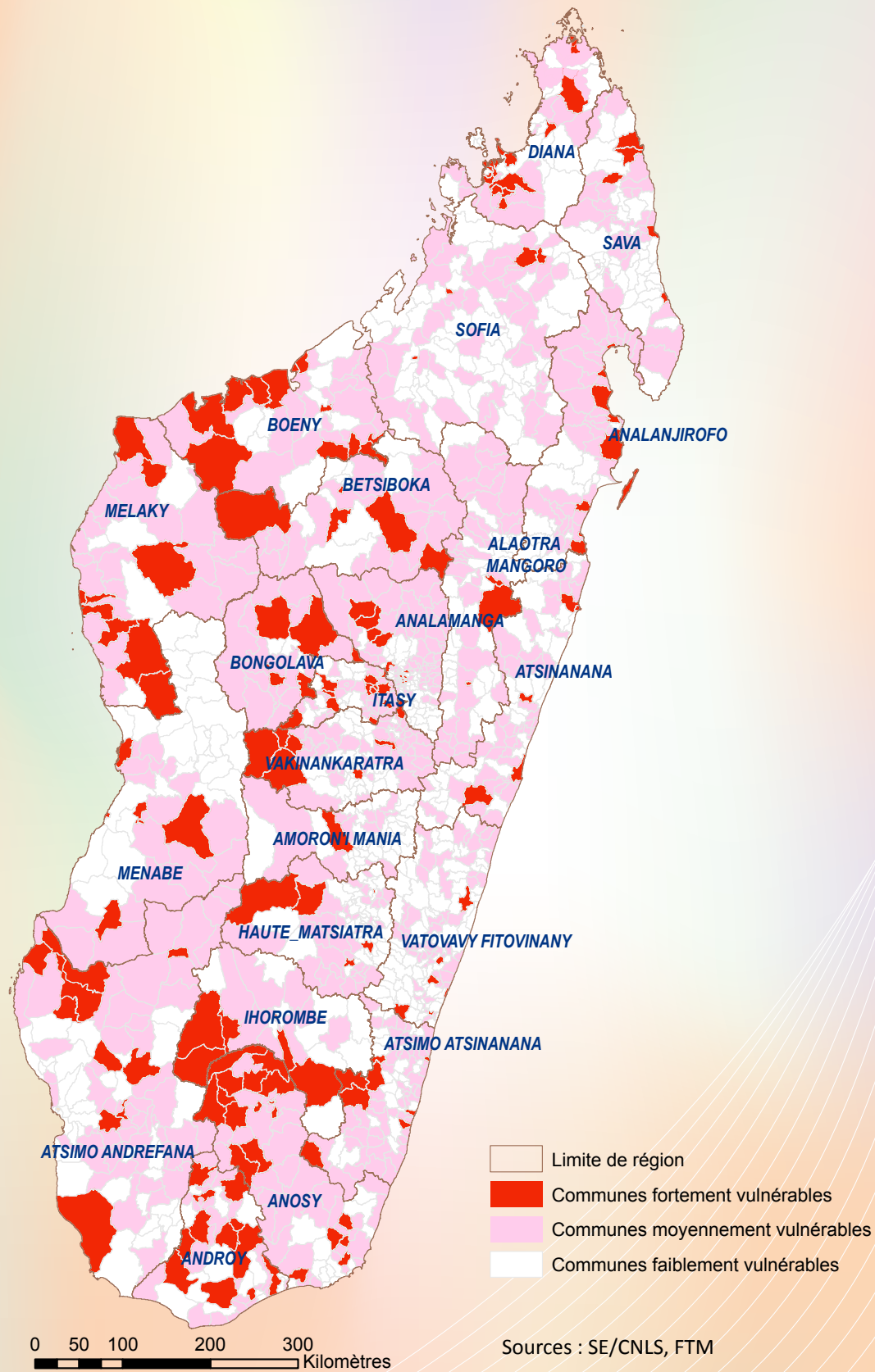
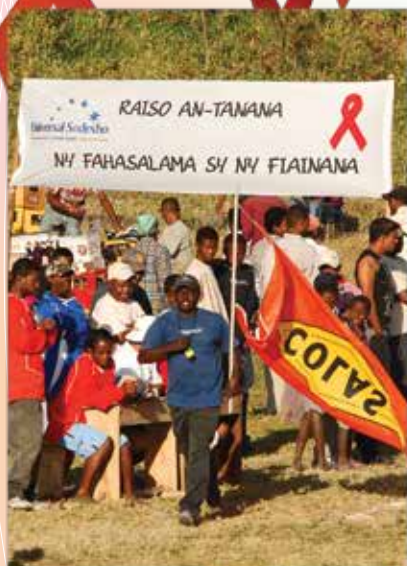


Figure VI : Cartographie des communes de Madagascar par niveau de vulnérabilité (SE/CNLS, 2012)

PARTIE 3 :

ANALYSE DE LA RÉPONSE DE MADAGASCAR À L'ÉPIDÉMIE DU SIDA



3.1. APPROCHE D'ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE AU SIDA

Madagascar s'est doté en 2006 d'un Plan d'Action pour une réponse efficace face au sida 2007-2012. Ce plan, qui correspond au plan stratégique 2007-2012, avait pour vision de faire de Madagascar, un pays où (i) tous les Malagasy sont conscients des risques personnels et s'impliquent activement avec l'engagement des leaders dans la lutte contre les IST et le VIH/sida, (ii) les individus, les familles et les communautés apporteront les soins et le soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH.

Ce plan s'était fixé pour objectifs généraux de :

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

Ce plan était structuré en quatre axes stratégiques, à savoir :

- ☞ Axe stratégique 1: Mise en place d'un cadre juridique, politique et opérationnel pour une réponse aux ISTet VIH/sida multisectorielle, intégrée, efficace et protégeant les droits des personnes.
- ☞ Axe stratégique 2: Amélioration de l'accès à l'information et à des services de prévention des IST et du VIH/sida.
- ☞ Axe stratégique 3 : Réduction de l'impact du VIH et du sida sur les personnes infectées et affectées par le VIH.
- ☞ Axe stratégique 4 : Renforcement de la gestion de la réponse nationale.

Des plans d'actions annuels (national et régional) ont été élaborés en suivant les interventions prévues dans le plan stratégique. Mais la mise en œuvre des activités a été partielle car elle s'est faite selon les ressources techniques et financières disponibles. Ce qui a rendu difficile l'analyse de la réponse nationale à partir de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le sida 2007-2012.

En conséquence, l'analyse a été faite sur les composantes classiques d'une réponse nationale au sida : prévention de la transmission sexuelle du VIH, prévention de la transmission sanguine du VIH, counseling et dépistage volontaire, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, suivi-évaluation, coordination et gestion de la réponse nationale au sida.

Pour chaque composante, la situation en fin 2006, les progrès réalisés de 2007 à 2012, les forces et faiblesses de la mise en œuvre des interventions en lien avec la composante, les recommandations permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité de la mise en œuvre, ont été formulés.

Un point sur le cadre de résultats du Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2007-2012 a également été réalisé.

3.2. BILAN DE LA REPOSE NATIONALE AU SIDA 2007-2012

3.2.1. Progrès réalisés par composante de la réponse nationale

3.2.1.1. Prévention de la transmission sexuelle

3.2.1.1.1. Prévention sexuelle du VIH dans la population générale et des groupes de population spécifiques

Pendant la période 2007-2012, Madagascar a développé une stratégie de prévention de la transmission sexuelle du VIH associant la communication pour le changement de comportements aussi bien auprès des groupes les plus exposés aux risques d'infection à VIH (PS, HSH, CDI) que dans les groupes passerelles (clients des PS, Jeunes, populations mobiles, Militaires, travailleurs des secteurs public et privé) et dans la population générale.

a) Communication pour le changement de comportements auprès des sous-populations les exposées au VIH

Progrès réalisés

L'éducation par les pairs a été l'approche de CCC utilisée auprès des PS, HSH et CDI, avec pour finalité une incitation au dépistage et une orientation aux formations sanitaires pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

L'éducation avec les pairs a été combinée avec des descentes de mobilisation dans les lieux de regroupement ou de travail (rues, bars, restaurant, boîtes de nuit, karaoké, etc.), des discussions par petits groupes, des visites à domicile, la promotion et la distribution des préservatifs, une incitation au dépistage et une orientation vers les centres de santé en cas d'IST.

Les interventions en faveur des PS ont touché 11 régions du pays, la mise en œuvre a été effectuée essentiellement dans des localités situées dans les villes suivantes : Antananarivo, Toliara, Taolagnaro, Toamasina, Mahajanga, Antsiranana, Fianarantsoa, Antsirabe, Antalaha, Sambava, Moramanga. En fin 2011, 45.037 PS ont été touchés par les activités de communication de proximité, une personne étant considérée comme touchée lorsqu'elle a été exposée à un contact d'éducation par les pairs. Si le nombre estimé de PS sur l'ensemble du territoire étant de 62.942, ceci correspondrait à un taux de couverture d'environ 71,5%. Les PS de luxe qui utilisent le téléphone ou l'internet pour entrer en contact avec les clients potentiels, n'ont pas pu être touchés par l'approche mise en place.

Les interventions en faveur des HSH ont été mises en œuvre dans les grandes villes/villes touristiques où ils sont les plus visibles. En fin 2011, 19.405 HSH ont été enregistrés comme touchés par les activités de communication de proximité des pairs éducateurs. Faute de précision sur le nombre de contact qu'aurait bénéficié chaque individu, il serait hasardeux d'avancer un taux de couverture par rapport au nombre estimé de 44 509 HSH. Les HSH ayant un niveau socio-économique élevé parmi lesquels figurent les expatriés, sont faiblement couverts par les interventions de CCC.

Les interventions auprès des HSH incluent la distribution des lubrifiants.

Un site web a été mis en place pour faciliter l'accès des HSH aux informations sur la prévention du VIH et d'IST, et promouvoir l'adoption des comportements responsables à l'égard de la lutte contre le sida. Le site web est accessible au <http://www.dognat.mg/>. Ce site web vise à atteindre les HSH qui demeurent en majeure partie cachés et non identifiés.

Concernant les CDI, un projet pilote a été mis en œuvre à Toamasina. Un total de 300 CDI ont été touchés sur un nombre estimé de CDI sur l'ensemble du territoire national de 14.445, soit un taux de couverture de 2,1%. Outre l'éducation par les pairs, la promotion et distribution des préservatifs, l'incitation au dépistage et la prise en charge des IST, le projet pilote auprès des CDI a également inclus un volet échange des kits d'injection stériles.

Les organisations suivantes ont assuré la mise en œuvre des interventions en faveur des PS, HSH, et CDI de 2007 à 2012: PSI, FIMIZORE, SISAL, AINGA AIDES, FIFAO Ihorombe, IVIA, AFSA, ASOS, SAF/FJKM, SALFA, ACDEM, AJPP, SANTENET 2, etc.

Les interventions en faveur des PS, HSH et CDI ont été financées de 2007 à 2012 par le Fonds Mondial, l'ONUSIDA, l'UNFPA, la GIZ, la BAD/AIRIS, la Banque Mondiale, l'USAID et la JICA.

Recommandations:

- ✓ Accroître la couverture de ces populations clés les plus exposés aux risques d'infection à VIH, de façon à atteindre au moins 80% de celles-ci sur l'ensemble du territoire national ;
- ✓ Définir un paquet de service de CCC permettant aux groupes de population ciblées d'acquérir des connaissances et des compétences de gestion du risque de transmission du VIH et améliorer la traçabilité de la couverture de ces sous-populations par le paquet ainsi défini ;
- ✓ Mettre en place un mécanisme de coordination des institutions travaillant avec les populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH de manière à assurer la complémentarité, la synergie des interventions et l'absence de duplication.

b) Communication pour le changement de comportements des populations passerelles et de la population générale

Progrès réalisés

La stratégie CCC auprès des populations passerelles et de la population générale a combiné l'IEC et l'éducation par les pairs auprès de certains, les actions de mobilisation sociale, la communication par les mass-médias et l'information et conseil à distance à travers la ligne verte info-Sida/Santé de la Reproduction/Drogue.

Les populations passerelles suivantes ont été touchées par les interventions d'IEC et d'éducation par les pairs : les clients des PS, les personnes détenues, les jeunes non scolarisés, les jeunes scolarisés, les populations mobiles (ouvriers agricoles, exploitants miniers, camionneurs, etc), les militaires, les paysans, les travailleurs des secteurs public et privé.

Concernant les travailleurs du secteur privé, l'approche d'intervention a consisté à appuyer les entreprises à mettre en place des politiques et programmes de lutte contre le Sida sur le lieu du travail incluant l'éducation par les pairs, la promotion du dépistage volontaire, l'accès à tous les

soins disponibles pour les travailleurs vivant avec le VIH. En fin 2011, un total de 50 entreprises privées avaient mis en place des politiques et programmes de lutte contre le sida avec des niveaux de mise en œuvre variables. Les entreprises engagées dans la lutte contre le sida sont regroupées dans une coalition dénommée CECM (Coalition des Entreprises Citoyennes de Madagascar). La principale faiblesse de l'engagement du secteur privé dans la lutte contre le Sida a été le niveau encore insuffisant de leur contribution dans le financement de la réponse globale au VIH et au Sida. De plus, le partenariat entre le SE/CNLS et le secteur hôtelier n'a pas fonctionné de façon satisfaisante afin de rendre disponible de manière permanente les préservatifs dans les chambres d'hôtels.

Concernant les travailleurs du secteur du public, 7 ministères ont organisé des activités d'IEC sur le lieu du travail (Agriculture, Population, Education, Jeunesse et loisirs, Travail/Fonction publique, Sécurité intérieure, Tourisme et Travaux publics).

Concernant spécifiquement le milieu scolaire, le programme de « life skills » dans les établissements scolaires a été développé. Un guide sur les compétences à la vie a été élaboré et a servi de base à la formation des enseignants et des élèves pairs-éducateurs.

Les jeunes non scolarisés ont été couverts par le biais des centres « Amis des jeunes » et des kiosques d'information. Les jeunes non scolarisés ont également été touchés par le biais des discussions autour d'un film éducatif en utilisant des unités de vidéo-mobiles.

Concernant les actions visant la population générale :

- Le fonctionnement de la ligne verte d'information sur le VIH et le sida, la santé de la reproduction et les drogues, mis en place en 2005, a été amélioré grâce à un renforcement des actions de promotion. Ce qui a entraîné une amélioration du niveau d'utilisation de la ligne par les populations. L'évolution du nombre d'appels traités concernant le VIH est passé de 1 080 en 2009 à 10 244 en 2010 et 23 856 en 2011. L'augmentation du nombre d'appels en 2011 est la conséquence du renforcement de la promotion des services de la ligne verte. Toutefois, le niveau d'utilisation de la ligne reste insuffisant si on tient compte du nombre d'adultes de 15-49 ans qui disposent d'un téléphone à Madagascar et qui pourraient encore avoir besoin d'informations ou de conseils relatifs au VIH. Les trois opérateurs (Telma, Airtel et Orange) de téléphonie mobile participent au projet « ligne verte » en assurant la gratuité des appels. Le SE/CNLS a mis à la disposition de l'ONG d'exécution du projet le local d'implantation de la ligne verte et l'UNICEF finance les frais de fonctionnement. Cependant, un comité de pilotage rassemblant l'ensemble des partenaires et servant de cadre de discussions sur les moyens d'améliorer la performance et l'efficacité de la ligne n'a pas été mis en place.
- La production et la diffusion de programmes d'information et d'éducation sur le VIH et le Sida sur les chaînes de radios et de télévision nationales ont été réalisées par les différents intervenants en lien avec le réseau des journalistes formés en la matière. Toutefois, il n'y a pas eu de plan coordonné de communication par les médias garantissant la permanence des programmes et le lien avec les besoins de la réponse nationale. En particulier, le niveau d'utilisation des médias pour la promotion des services sur le VIH disponibles (counseling et dépistage, marketing social du préservatif, prise en charge des IST et des PVVIH) a été

relativement insuffisant.

- Des opérations de mobilisation sociale ont été organisées à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida et d'autres journées nationales et internationales.

Recommandations :

- ✓ Mettre en place un programme structuré de communication par les médias assurant la permanence des productions et diffusions d'émissions ;
- ✓ Mettre en place un comité de pilotage de la ligne verte avec la participation de l'ensemble des partenaires ;
- ✓ Renforcer les actions de promotion de la ligne verte en vue d'optimiser son utilisation par les populations ;
- ✓ Accompagner les entreprises engagées dans la mise en œuvre de leurs programmes de lutte contre le Sida sur le lieu du travail ;
- ✓ Poursuivre l'expérience de discussions avec les jeunes non scolarisés dans les zones à risque à travers les unités de vidéo mobile.

3.2.1.1.2. Distribution des préservatifs

Progrès réalisés

Madagascar a mis en place une stratégie de distribution des préservatifs masculins et féminins combinant le marketing social (vente à des prix subventionnés) et la distribution gratuite (distribution promotionnelle) dans les formations sanitaires et auprès des populations vulnérables de faible niveau socio-économique.

Le programme de marketing social est exécuté par l'ONG internationale PSI. Les préservatifs sont vendus sous le label « Protector Plus » pour les condoms masculins et « Feeling » pour les fémidoms. PSI a ainsi développé un réseau de distribution sur l'ensemble du territoire national avec des grossistes et des points de vente au niveau des épiceries et boutiques, stations d'essence, grandes surfaces, pharmacies et au niveau des ONG/Associations. Le préservatif masculin « Protector Plus » est vendu chez le consommateur à 200 Ar le paquet de 3 et 400 Ar le paquet de 8, tandis que le « Feeling » est vendu à 100 Ar le paquet de 3. PSI assure également une distribution gratuite de préservatifs sans label (« no logo ») à titre promotionnel.

Le SE/CNLS et le PNLS ont développé une autre marque générique de préservatif masculin dénommée « Fimailo » qui est distribué dans les formations sanitaires et dans les zones à risque par le biais de distributeurs manuels gérés par des ONG/Associations.

Le tableau 7 présente la variation du nombre de préservatifs distribués et vendus de 2007 à 2011.

Tableau 7: Variation du nombre de préservatifs distribués et vendus de 2007 à 2011

Type de préservatif	2007	2008	2009	2010	2011
Protector Plus	11 280 628	13 341 120	9 147 326	11 951 090	9 624 425
Générique	5 371 070	3 828 671	2 633 973	4 729 011	2 121 393
Fimailo	9 607373	4 754 400	10 204 526	952 640	10 562 304
Sous-Total Préservatifs masculins	26 259 071	21 924 191	21 985 825	17 632 741	22 308 122
Feeling	21 557	41 258	47 940	38 109	22 330
Total	26 280 628	21 965 449	22 033 765	17 670 850	22 330 452

Sources : Rapport SE/CNLS – PSI – Condom Programming

Hormis les produits visibles auprès des officines et des magasins, l’approvisionnement en préservatifs est assuré par deux circuits : le circuit public sous le leadership du Ministère en charge de la santé, et le marketing social, avec PSI Madagascar exclusivement. Le premier circuit alimente toutes formations sanitaires publiques et les OSC pour la distribution gratuite, et le second approvisionne les ONG et le privé non lucratif dans la distribution promotionnelle et la vente à des prix subventionnés, et les points de vente commerciaux. La part du circuit de marketing social pour les préservatifs masculins se situe autour de 42-43% (en 2007, 2009 et 2011), elle dépasse parfois le seuil de 60% (en 2008 et 2010). Concernant le service public, la distribution de préservatifs a été décrétée gratuite. Le nombre de préservatifs masculins distribués et/ou vendus est relativement important comparé au taux d’utilisation enregistré au niveau national.

La gestion des préservatifs se heurte à des difficultés qui se répercutent sur la disponibilité et l’utilisation des produits. Auparavant, la faille dans l’intégration des services rendait difficile la gestion et la distribution des préservatifs au niveau décentralisé : il y avait les préservatifs pour le PF, uniquement à visée contraceptive, et ceux pour les IST et la prévention du VIH. Plus tard, le PNLs est devenu la seule source d’approvisionnement pour les SDSP.

Par ailleurs, le nombre de fémidoms est resté très insuffisant en comparaison au nombre de PS dans le pays. Cette situation constitue une interpellation au renforcement de la promotion du fémidom, en particulier auprès des PS. Il convient néanmoins de mentionner que les préservatifs féminins sont utilisés uniquement en complémentarité des préservatifs masculins, et le taux d’utilisation de préservatifs féminins se situe autour de 23%⁹.

Les interventions en matière de promotion des préservatifs ont également inclus la distribution gratuite de lubrifiants chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. En 2011-2012, grâce au financement du Fonds Mondial, 12.321 tubes de lubrifiant à base d’eau ont été distribués avec les préservatifs masculins aux HSH ciblés par les interventions dans 7 villes

9 Source : Etude TRAC 2009, PSI

(Antananarivo, Toamasina, Mahajanga, Antsiranana, Taolagnaro, Morondava, Nosy Be). La distribution promotionnelle (gratuite) a été assurée par les pairs éducateurs HSH et les associations. Les partenaires contribuant au financement de la distribution des préservatifs sont : USAID, Fonds Mondial, UNFPA, Banque Mondiale.

Recommandations :

- ✓ Identifier des stratégies d'amélioration de l'utilisation des préservatifs ;
- ✓ Renforcer l'intégration des services PF et IST/VIH/Sida ;
- ✓ Renforcer la promotion du fémidom auprès des PS ;
- ✓ Intensifier la distribution des lubrifiants chez les HSH.

3.2.1.2. Prévention de la transmission sanguine

3.2.1.2.1. Sécurité transfusionnelle

Progrès réalisés :

Le Ministère de la santé dispose d'un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) qui a pour mission d'assurer la disponibilité de produits sanguins sécurisés aux 4 principales maladies transmissibles par voie sanguine (VIH, Syphilis, Hépatites virales B et C). Le CNTS a mis en place 6 Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) et 38 Postes de Transfusion Sanguines (PTS) dans les hôpitaux assurant les actes médicochirurgicaux et sur un total des 52 hôpitaux (30 Centres Hospitaliers de Référence de Districts Ex CHD II, 18 Centres Hospitaliers de Référence Régionaux et 4 Centres Hospitaliers Universitaires), soit 86,53%.

De 2007 à 2011, le CNTS a distribué une moyenne de 22 068 poches de sang par an, soit 61 par jour sur un total de besoins nationaux estimés à 24 000 poches par an (soit 70 par jour).

La totalité des poches de sang distribuées ont été testées aux 4 marqueurs (VIH, Syphilis, HVB, HVC). Le nombre de donneurs de sang bénévoles réguliers est encore insuffisant pour couvrir les besoins nationaux en poches de sang. En effet, actuellement à Madagascar, les dons familiaux de remplacement ont représenté 85% des dons de sang contre 15% seulement pour les donneurs de sang bénévoles. Or, ce sont les donneurs bénévoles non soumis à aucune obligation qui sont des donneurs à moindre risque et constituent la base de sécurité transfusionnelle.

A partir de 2013, le CNTS estime que le besoin s'élèverait à 26 000 poches sécurisées par an avec l'ouverture prochaine des 9 hôpitaux hauts de gamme. L'acquisition en poches et réactifs de dépistage dépend largement du budget de l'Etat. Or depuis 2009, le budget de l'Etat alloué à ces consommables ne cesse de diminuer. Cependant, l'existence d'un Partenariat Public Privé (3P) a permis de disposer d'un stock minimum.

Recommandations :

- ✓ Etendre la couverture nationale en banques de sang de manière à ce que chacun des 52 hôpitaux dotés d'unité chirurgicale (CHRD II, CHRR, CHU) du pays puisse en disposer ;
- ✓ Promouvoir le don de sang et fidéliser les donneurs bénévoles de manière à assurer la couverture des besoins nationaux en poches de sang sécurisées ;

- ✓ Assurer la disponibilité permanente en stock suffisant en poches et réactifs de dépistage sérologique.

3.2.1.2.2. Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang

Progrès réalisés :

Le PNLS a mis en place, depuis 2010, un programme de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang en milieu de soins. Un module sur la prévention des Accidents d'Exposition au Sang (AES) a été intégré dans les programmes de formation des agents de santé sur le counseling et dépistage, la PTME et la prise en charge des PVVIH. Une procédure de déclaration et de prise en charge des accidents d'exposition au sang en milieu de soins a été définie. Les 47 hôpitaux assurant la prise en charge des PVVIH ont été dotés en kits de prise en charge des AES et ont été organisés en réseaux de manière à couvrir l'ensemble des agents de santé du pays. De 2010 à 2012, un total de 28 AES ont été notifiés et pris en charge conformément au protocole national, soit une moyenne de 9 cas par an.

Il existe plusieurs initiatives de prise en charge psychologique et sociale des femmes et enfants victimes de violences sexuelles dans le pays. Le protocole national de prise en charge des accidents d'exposition au VIH prend en compte des personnes victimes de violences sexuelles, mais le lien entre les formations sanitaires et les organisations assurant le soutien psychologique et social, n'a pas été formellement établi pour favoriser l'accès à ce service.

Recommandations :

- ✓ Intensifier la sensibilisation des agents de santé sur les règles de prévention des AES au cours des soins et de précautions standards ;
- ✓ Renforcer la sensibilisation des agents de santé sur la procédure de notification et de prise en charge des AES en milieu de soins ;
- ✓ Mettre en œuvre le protocole national de prise en charge médicale des femmes et enfants victimes de violences sexuelles incluant la prophylaxie post-exposition au VIH, en lien avec les organisations assurant la prise en charge psychologique et sociale.

3.2.1.3. Counseling et dépistage volontaire

Progrès réalisés :

Le nombre de formations sanitaires intégrant le service de counseling et dépistage est passé de 365 à 2006 à 1613 à partir de 2012, soit 49,5% du total des 3 260 formations sanitaires du pays. Les services de dépistage du VIH ont été ainsi nouvellement intégrés dans 1248 centres pendant la période mise en œuvre du PSN 2007-2012.

Le tableau 8 présente la variation de nombre de clients reçus en counseling pré-test, de ceux ayant accepté le dépistage et retiré les résultats de 2007 à 2012. Le nombre de personnes reçues en counseling pré-test a été plus faible en 2009 et 2010 que les autres années en raison d'une part des ruptures fréquentes des réactifs et consommables de laboratoire, d'autre part à la crise politique que le pays a connue. Le taux d'acceptation du test par les personnes reçues a varié entre 77,3% et 91%. Par contre celui de personnes ayant retiré les résultats parmi ceux ayant effectué le test varie entre 91% et 97,4%.

Tableau 8: Variation du nombre de clients reçus dans les centres offrant les services de counseling et dépistage de 2007 à 2012

Items	2007		2008		2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Personnes reçues en counseling pré-test	403 331		502 306		245 702		303 097		597 602	
Personnes ayant accepté le dépistage du VIH	349 005	86,5%	427 809	85,2%	209 939	85,4%	234 163	77,3%	543 703	91,0%
Personnes ayant retiré les résultats	328 190	94,0%	389 306	91,0%	198 578	94,6%	223 606	95,5%	529 676	97,4%
Nombre de sites	630		757		817		1549		1613	
Moyenne de personnes reçues/site/an	640		664		301		196		370	
Moyenne/site/jour	2,7		2,8		1,3		0,8		1,5	

Les données sur le nombre de personnes appartenant aux populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH ayant fait la démarche de dépistage volontaire sont disponibles mais ne reflètent pas la réalité en raison d'une défaillance de l'enregistrement des données relatives à ce groupe de sous population au niveau des formations sanitaires.

En 2011, sur un total de 409 clients dépistés VIH positifs, seulement 190 ont été reçus au niveau des centres de référence, soit une proportion de 53,5% de personnes dépistées VIH positifs et qui n'auront pas été reçues dans les centres de référence de prise en charge de l'infection à VIH.

Recommandations :

- ✓ Renforcer la promotion du counseling et dépistage auprès des populations clés les plus exposées au VIH et améliorer le système de suivi de ces groupes ;
- ✓ Améliorer le counseling post-test, le suivi et la référence des clients dépistés VIH positifs vers les centres de prise en charge.

3.2.1.4. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Progrès réalisés :

La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer n'a pas été intégrée, de façon effective, comme un volet de la PTME. Celle-ci s'est faite dans le cadre général des activités de CCC organisées par les organisations de la société civile et les médias.

La prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH n'a pas été systématiquement intégré dans les activités des sites de prise en charge ou dans le paquet d'activités de soutien psychosocial mis en œuvre par les associations de PVVIH.

Le nombre de sites fournissant les services de counseling et dépistage chez les femmes reçues

en CPN est passé de 313 en 2006 à 1 613 en 2012, soit 49,7% du total des formations sanitaires assurant les CPN.

La figure 7 présente la variation du nombre total de femmes enceintes reçues dans toutes les formations sanitaires, celles reçues dans les sites PTME et celles ayant accepté le dépistage du VIH de 2007 à 2011.

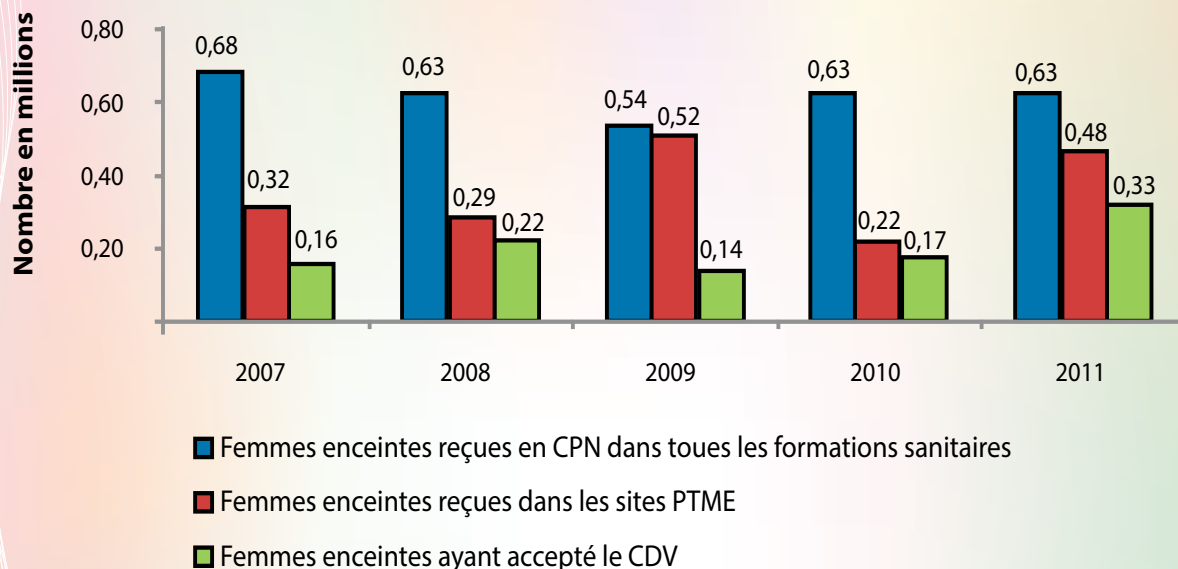


Figure VII: Variation du nombre total de femmes enceintes reçues dans toutes les formations sanitaires, de celles reçues dans les sites PTME et de celles ayant accepté le dépistage du VIH de 2007 à 2011

En moyenne, seulement 60,2% de femmes enceintes ont été reçues au niveau des sites PTME. Parmi elles, seules 59,8% ont accepté le dépistage du VIH. Ce qui peut être la conséquence d'une mauvaise qualité du counseling et/ou d'une faible implication des hommes dans la démarche.

Le taux moyen de retrait des résultats par les femmes enceintes qui ont accepté le dépistage était de 90,0%.

La proportion des femmes séropositives parmi celles ayant fait le dépistage de 2007 à 2011 a été de 0,03% en moyenne. Environ 64,7% des femmes enceintes dépistées séropositives au VIH ont reçu des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 2007 à 2011. La figure 8 présente la variation du nombre de femmes enceintes dépistées séropositives et celles ayant reçues des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant de 2007 à 2011.

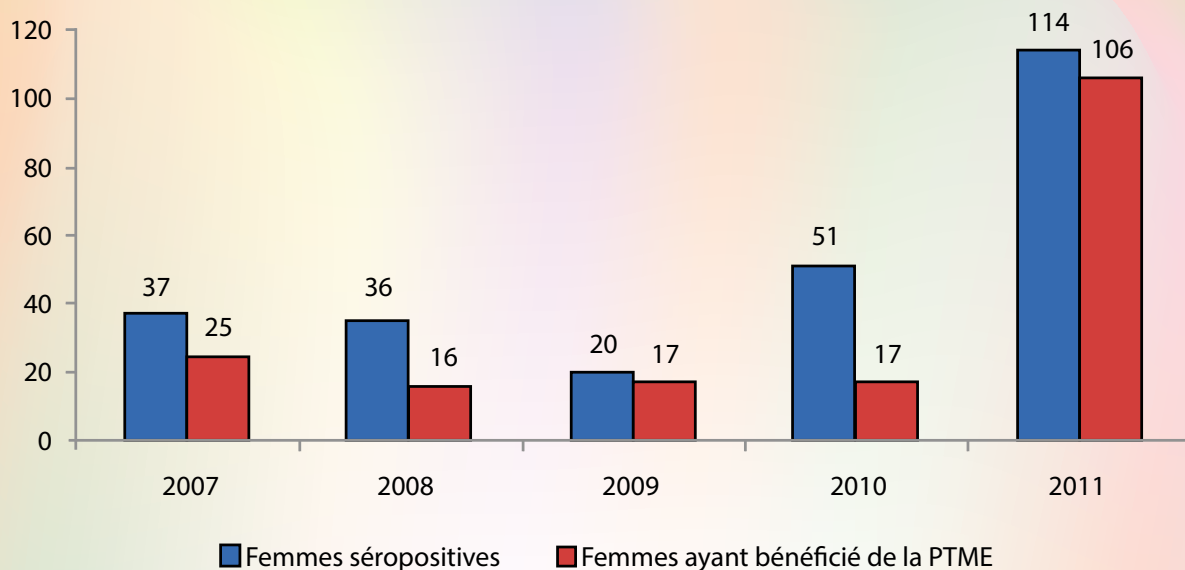


Figure VIII: Variation du nombre de femmes enceintes dépistées séropositives et celles ayant reçues des ARV de 2007 à 2011

Environ 5% des femmes enceintes ont reçu le TARV pour réduire la TME sur le total des femmes enceintes VIH positives estimées par le modèle SPECTRUM (2 160 en 2011). La proportion des nouveau-nés VIH positifs parmi ceux nés de mères séropositives bénéficiaires du programme est passée de 18% en 2010 à 47% en 2011. Ces taux trop peu élevés appellent à améliorer la qualité du service PTME.

Par ailleurs, le dépistage et la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte ont été intégrés dans le paquet de services de PTME, en vue de l'élimination de la syphilis congénitale. Ainsi en 2011, 73% des 18 676 femmes enceintes détectées séropositives à la syphilis ont reçu au moins 1 dose de traitement de la syphilis.

Recommandations :

- ✓ Intégrer les services de counseling et dépistage dans 100% des formations sanitaires assurant les CPN ;
- ✓ Renforcer les compétences des sages-femmes en counseling de façon à améliorer le taux d'acceptation de la CPN par les femmes enceintes ;
- ✓ Impliquer les époux dans la démarche de proposition de dépistage aux femmes enceintes ;
- ✓ Intégrer le dépistage en cours du travail dans le paquet de services PTME ;
- ✓ Renforcer l'intégration du service de planification familiale dans les activités des sites de prise en charge des PVVIH ;
- ✓ Renforcer le suivi médical, psychologique et social des femmes enceintes dépistées VIH positives de façon à minimiser les pertes de vue.

3.2.1.5. Prise en charge des infections sexuellement transmissibles

Progrès réalisés :

Le nombre de formations sanitaires intégrant le service de prise en charge des IST est passé de

Le nombre de médecins référents en fin 2011 était de 60, soit une moyenne de 1,3 par site. Le nombre de PVVIH suivies est passé de 300 en 2007 à 821 en 2011 dont 383 sous TARV. La figure 10 présente l'évolution du nombre de PVVIH suivies et de celles sous TARV de 2007 à 2011.

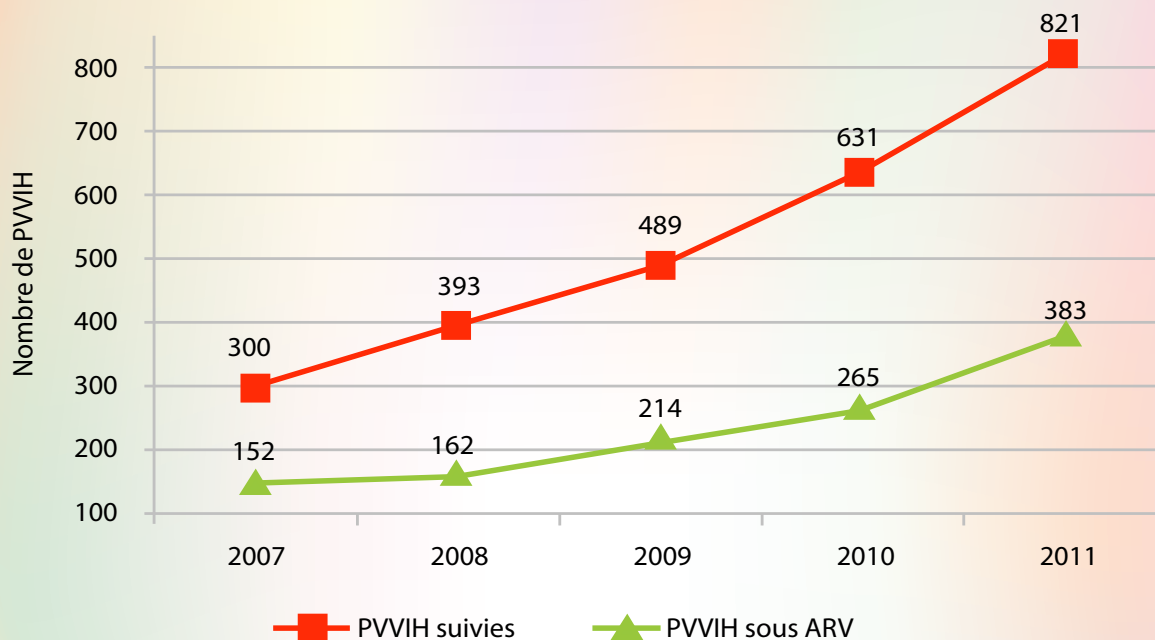


Figure X: Evolution du nombre de PVVIH suivies et de celles sous TARV de 2007 à 2011

Si en 2007, environ 51% des patients suivis médicalement étaient sous traitement antirétroviral, au fil des années a diminué à moins de 47% en dépit de l'application depuis 2010 des recommandations de l'OMS et des directives nationales selon lesquelles les patients sont éligibles au traitement antirétroviral à partir d'un taux de 350 CD4/mm³ au lieu de 300. Cette situation pourrait s'expliquer par le fort taux de perdus de vue, lui-même lié au faible taux d'adhésion des PVVIH au traitement antirétroviral pour diverses raisons psychologiques et socio-économiques, ou du fait de problèmes d'accès géographique et/ou financier aux centres de référence rendant irrégulier le suivi médical. Par conséquent, l'amélioration de la couverture et de l'accès à une prise en charge globale, médicale et psycho-sociale, de qualité est primordiale.

Le nombre des PVVIH sous TARV en 2011 représente environ 2% de l'estimation du nombre des PVVIH ayant besoin de TARV en 2011 selon le modèle du SPECTRUM. Ce résultat invite à accentuer les efforts de promotion du dépistage du VIH dans les groupes de populations où se produisent la plupart des nouvelles infections d'une part, de préparer les centres de référence à accueillir un nombre beaucoup plus important de PVVIH. En 2011, le nombre moyen de patients sous TARV suivis par médecins était de 6.

La survie des PVVIH sous TARV 12 mois après l'initiation du traitement était de 60% en 2011. Toutefois, le système de documentation de la prise en charge des PVVIH (avec absence d'un registre de suivi des patients sous TARV ou d'un mécanisme de suivi des patients à partir de la dispensation) ne facilite pas l'analyse de cohorte, et par conséquent la fiabilité des données rapportées par les sites sur cet indicateur.

Les directives nationales prévoient la prescription d'une prophylaxie des infections opportunistes par la prise quotidienne du cotrimoxazole chez tout patient ayant moins de 200 CD4/mm³. Le nombre moyen de PVVIH sous prophylaxie au cotrimoxazole de 2007 à 2011 a été en moyenne de 57 (extrêmes : 32 ; 71). Sur le total de PVVIH suivies, une moyenne de 10,2% sont sous cotrimoxazole.

Concernant la coinfection TB-VIH, sur un total de 205 de centres de diagnostic et traitement de la tuberculose (CDT), seulement 95 ont intégré les services de counseling et dépistage volontaire du VIH, soit 46,3%. Le nombre de coinfections TB-VIH traitées a été en moyenne de 31 patients par an (extrêmes : 4 ; 103), représentant 4,4% du total des PVVIH suivies.

Selon les résultats d'une étude réalisée par le PNLS avec l'appui de la JICA, sur un total de 37 596 patients traités pour tuberculose au niveau des CDT, le dépistage du VIH a été effectué seulement à 7.524 (soit 20,0%) dont 35 se sont révélés séropositifs au VIH (soit 0,47%). Si le dépistage a été réalisé à tous les patients, le nombre de coinfections TB-VIH pendant la période aurait été de 175 (soit, environ 140 cas de coinfections non mis en évidence).

Le soutien psychosocial fourni par les centres de référence se limite à l'éducation thérapeutique. Les 47 centres de référence travaillent en collaboration avec les associations de soutien aux PVVIH pour la composante psychosociale de la prise en charge. Mais cette collaboration n'est pas encore suffisamment efficace pour la recherche des patients sous TARV perdus de vue.

Recommandations :

- ✓ Doter chaque centre de référence de PVVIH d'un compteur de CD4 ;
- ✓ Reformuler le système de documentation de la prise en charge de manière à assurer la qualité des données rapportées ;
- ✓ Intégrer le service de counseling et dépistage dans les activités de 100% des CDT ;
- ✓ Renforcer la collaboration de travail entre le PNLS et le PNLT ;
- ✓ Intégrer systématiquement le service de prise en charge psychologique des PVVIH dans les activités de chaque centre de référence PVVIH ;
- ✓ Améliorer la collaboration entre les centres de référence et les associations de PVVIH dans la recherche des patients sous TARV perdus de vue.

3.2.1.7. Promotion, protection des droits des PVVIH et des populations clés les plus exposées au VIH

Madagascar dispose, depuis 2005, de la loi 2005-040 qui organise la lutte contre le Sida et protège les droits des PVVIH. Si cette loi protège les PVVIH contre toute forme de stigmatisation et de discrimination, elle a par contre l'inconvénient de criminaliser la transmission du VIH par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements (Article 67). Ce qui, si ces dispositions sont strictement appliquées, peut avoir pour conséquence de décourager le recours au dépistage volontaire pour les personnes en bonne santé apparente.

Le Code pénal malagasy ne pénalise pas clairement les rapports sexuels entre personnes de même sexe. Ce qui crée les conditions favorables aux interventions relatives à la lutte contre le sida dans le groupe des populations homosexuelles qui, constitue la première source des nouvelles

infections. Par contre, la consommation des drogues est pénalisée par la loi 97-039 sur le contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs à Madagascar. Les interventions en faveur des CDI sont réalisées dans le but d'assurer le droit à la santé qui est garanti pour tous par la Constitution malagasy. Toutefois, l'élaboration d'une politique de réduction des risques liée à la participation des CDI aux activités de lutte contre le sida a pu être réalisée.

Recommandations :

- ✓ Réviser la loi sur la lutte contre le sida et la protection des droits des PVVIH de manière à clarifier les conditions de pénalisation de la transmission intentionnelle du VIH ;
- ✓ Elaborer un plan de réduction des risques sur le plan légal lié à la participation des CDI aux activités de lutte contre le sida compte tenu du contexte légal qui interdit la consommation des drogues ;
- ✓ Mettre en place des interventions visant à promouvoir et protéger les droits des PVVIH et des populations clés les plus exposées à l'infection à VIH ;
- ✓ Collaborer avec le Ministère de la Justice pour la réforme des textes ;
- ✓ Assurer la synergie entre les actions et les dispositions légales en vigueur.

3.2.1.8. Prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables

Il était prévu dans le PSN 2007-2012 d'assurer l'accès aux services sociaux de base à 500 enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH. Les activités permettant d'atteindre ce résultat n'ont pas été mises en œuvre par manque de financement.

Recommandations :

- ✓ Relancer les activités et la mobilisation de ressources pour assurer la prise en charge des OEV.

3.2.1.9. Suivi-Evaluation

Un plan de suivi-évaluation du PSN 2007-2012 a été élaboré en juin 2007. Ce plan a défini les circuits de collecte des données de routine sanitaires et non sanitaires, et planifié les enquêtes de surveillance épidémiologique. Un plan d'action budgétisé de mise en œuvre du plan de suivi-évaluation avait également été élaboré mais insuffisamment exécuté pour des raisons liées à des contraintes budgétaires.

3.2.1.9.1. Système de collecte des données de routine

Progrès réalisés :

Le système de collecte des données sanitaires a été intégré au système national d'information sanitaire depuis 2010. Les besoins en information de la réponse santé au VIH ont été intégrés dans le rapport mensuel d'activités des formations sanitaires (RMA). Le PNLS a mis en place dans les formations sanitaires intégrant les services VIH, des outils primaires de collecte des données adaptés et formé le personnel à leur utilisation. La seule faiblesse observée concerne le dispositif de documentation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dont le fonctionnement ne facilite pas les contrôles à posteriori (utilisation des fiches individuelles qui sont rangées dans des casiers différents selon que le patient a été vu ou pas au cours de chaque mois). De plus l'absence

de registres pour les patients en pré-TARV ne garantit pas la fiabilité des informations sur la survie des patients sous TARV.

Par contre, le système de collecte des données non sanitaires n'a pas été bien fonctionnel. Un outil de collecte des données a été élaboré ainsi qu'une base de traitement au niveau du SE/CNLS, mais le système de collecte de routine n'a pas bien fonctionné. Cette situation est imputable au fait que l'obligation de soumettre périodiquement les formulaires de rapports en suivant le circuit de collecte des données, n'est pas spécifiquement inscrite dans les contrats signés par les organisations de la société civile et les ministères autres que la santé avec les partenaires techniques et financiers. L'absence d'un mécanisme de coordination de l'appui aux initiatives communautaires et des secteurs autres que la santé n'a pas facilité l'opérationnalisation de la collecte des données non sanitaires.

Toutefois, le SE/CNLS a réalisé une collecte active des données auprès des partenaires clés et a publié périodiquement un rapport annuel de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH.

L'absence d'un guide formation des agents de collecte et de compilation des données en suivi-évaluation, l'irrégularité des supervisions et l'absence d'une procédure de collecte de contrôle de la qualité, ont figuré parmi les faiblesses de la collecte des données sanitaires et non sanitaires.

Recommandations :

- ✓ Réviser le circuit de collecte des données non sanitaires en limitant le nombre de niveaux à trois: Agence d'exécution, Task-Force Régional, SE/CNLS ;
- ✓ Développer une procédure normalisée de contrôle de la qualité des données sanitaires et non sanitaires ;
- ✓ Elaborer annuellement un plan de supervision prenant en compte les exigences de la procédure de contrôle de la qualité des données ;
- ✓ Elaborer un guide formation des agents de collecte de données non sanitaires et de compilation des données.

3.2.1.9.2. Surveillance épidémiologique et évaluation de la réponse nationale

Progrès réalisés :

Le SE/CNLS a organisé, en collaboration avec le PNLS et des organismes publics et/ou privés (INSPC, INSTAT, Focus Development) la surveillance épidémiologique chez les femmes enceintes et auprès de certaines populations clés les plus exposées au VIH. Ainsi les enquêtes suivantes ont été réalisées pendant la période couverte par le PSN 2007-2012 :

- Enquête de surveillance comportementale chez les PS, militaires, camionneurs, jeunes en 2008 ;
- Enquête de sérosurveillance du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en 2009 ;
- Enquête de sérosurveillance du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, les patients IST et les PS en 2010 ;
- Enquête comportementale et biologique auprès des HSH en 2010 ;

- Enquête comportementale et biologique chez les CDI en 2012;

Une première étude d'évaluation de la réponse thérapeutique et de la résistance aux ARV a été réalisée de 2008 à 2010, par le LNR, en collaboration avec l'ONG SOLTHIS. Cette étude a montré (i) un taux de succès thérapeutique chez les patients sous ARV depuis plus de 3 mois (Charge virale <400 cp/ml) de 60%, (ii) un taux de résistance primaire de 23% et de résistance de 31% chez les sujets traités depuis moins de 6 mois.

Par ailleurs, le SE/CNLS a réalisé, avec l'appui de l'ONUSIDA, deux études d'estimation des ressources et dépenses relatives au Sida (en 2008 et 2012) en utilisant l'outil NASA. Il n'y a pas eu d'évaluation externe du PSN 2007-2012. Toutefois, une revue participative a été réalisée dans le cadre du processus d'élaboration du nouveau plan stratégique. La plupart des données sur les indicateurs d'impact et d'effets du PSN 2007-2012 ont été obtenus à partir des résultats des enquêtes de surveillance épidémiologique et de l'analyse des données programmatiques concernant la prise en charge des PVVIH et la PTME. D'autres données devraient provenir de l'EDS dont la cinquième édition est en principe prévue pour l'année 2013. Par ailleurs, compte tenu du niveau très faible de la prévalence du VIH dans la population générale, l'évaluation de la prévalence dans la population générale n'est pas intégrée aux enquêtes démographiques et de santé. Par conséquent, les données du modèle SPECTRUM ont été utilisées pour estimer la prévalence du VIH dans la population générale, le nombre de PVVIH et de ceux ayant besoin du TARV.

Recommandations :

- ✓ Réaliser des surveillances sentinelles chez les femmes enceintes sur une base annuelle ;
- ✓ Réaliser les enquêtes comportementales et biologique chez les PS, HSH et CDI tous les deux ans en s'assurant de la représentativité des échantillons et utilisant des questionnaires standards pour le volet comportemental ;
- ✓ Mettre en place un système de surveillance des résistances aux ARV ;
- ✓ Poursuivre les efforts de réalisation des études d'estimation des ressources et dépenses relatives au Sida.

3.2.1.9.3. Coordination du système de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH

Progrès réalisés :

La coordination du système de suivi-évaluation de la réponse nationale a été assurée par l'Unité de Suivi-Evaluation du SE/CNLS en collaboration avec l'unité de suivi-évaluation du PNLS. Cette unité du SE/CNLS est composée d'un responsable de l'unité, d'un gestionnaire des bases de données et d'un chargé de la planification.

Le plan de suivi-évaluation du PSN 2007-2012 avait prévu la mise en place d'un groupe restreint de suivi-évaluation (GRSE) en tant qu'organe consultatif d'appui à la coordination du système de suivi-évaluation de la réponse nationale au sida. Ce groupe a été mis en place sur la base de termes de références élaborés par le SE/CNLS ; mais il n'y a pas eu de note officielle instituant le GRSE. Ce dernier est composé des représentants de toutes les parties prenantes y compris les partenaires techniques et financiers (30 membres). Les réunions du GRSE portant essentiellement sur l'opérationnalisation du système de suivi évaluation n'ont pas été régulières et les activités ont été insuffisantes, elles ont porté principalement sur l'examen des protocoles et la validation

technique des résultats des études et enquêtes. Il n'a pas été mis en place de plan de formation du personnel des unités de suivi-évaluation du SE/CNLS et du PNLs en vue de renforcer les capacités à animer efficacement le système de suivi-évaluation de la réponse nationale.

Recommandations :

- ✓ Réviser les termes de référence du GRSE de façon à ce que sa composition soit limitée aux personnes ressources de l'université, des partenaires opérationnels, des partenaires techniques et financiers ayant une expertise en suivi-évaluation, et que sa mission soient centrée sur un complément de la capacité technique des unités de suivi-évaluation du SE/CNLS et du PNLs ;
- ✓ Formaliser par note officielle la mise en place et l'opérationnalisation du GRSE ;
- ✓ Développer un plan de formation du personnel des unités de suivi-évaluation du SE/CNLS et du PNLs.

3.2.1.10. Gestion des approvisionnements d'intrants médicaux

Progrès réalisés :

Les approvisionnements en intrants médicaux relatifs à la lutte contre le Sida ont été assurés par la Centrale d'Achats des médicaments essentiels SALAMA. Ce dernier, en collaboration avec SE/CNLS, UGP Santé et PNLs, est responsable de l'achat, du stockage et de la distribution des intrants médicaux jusqu'aux pharmacies de gros des districts (PhaGDis) et des pharmacies des centres hospitaliers (régionaux ou universitaires). Au niveau des districts, la distribution des intrants aux CSB est assurée par les districts sanitaires. SALAMA dispose d'une aire de stockage d'environ 2,000 m² et de véhicules adaptés pour assurer la distribution des intrants vers le niveau périphérique.

La quantification des besoins et la validation des commandes des centres est sous la responsabilité du PNLs en lien avec les districts sanitaires et les formations sanitaires. De 2007 à 2012, Madagascar a connu des ruptures d'intrants médicaux dues d'une part à des retards dans la mobilisation des fonds auprès des partenaires, d'autre part à des faiblesses dans la gestion des stocks au niveau des formations sanitaires. Pour limiter les situations de ruptures de stocks dues à la gestion des stocks par les formations sanitaires, le PNLs a mis en place un système SMS de suivi des stocks spécifiquement d'ARV. Ce système oblige les médecins référents à transmettre au PNLs par SMS la situation des stocks sur une base mensuelle. Toutefois les inventaires de stocks sur site n'ont pas été réguliers. Par ailleurs, il n'a pas été développé d'outils permettant de vérifier la cohérence entre les résultats programmatiques et les consommations d'intrants comme base de validation des commandes des sites de prestation.

Les contrôles de qualité des intrants médicaux, en particulier des ARV, n'ont pas été systématiquement réalisés.

Recommandations :

- ✓ Organiser périodiquement et de manière systématique le suivi des inventaires des stocks des intrants au niveau des points de prestation ;
- ✓ Mettre en place une procédure permettant de vérifier la cohérence entre les résultats programmatiques et les consommations d'intrants ;

- ✓ Contractualiser avec un laboratoire spécialisé pour les contrôles de qualité des ARV et autres intrants médicaux du programme VIH.

3.2.1.11. Coordination et gestion de la réponse nationale au VIH

Progrès réalisés :

La Coordination de la Réponse Nationale au VIH et au Sida pendant la période couverte par le PSN 2007-2012 a été assurée par le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS). Le CNLS a été créé par le Décret 2002-1156 du 02 octobre 2002.

Le CNLS est l'organe d'orientation politique et stratégique de la réponse au VIH et au Sida à Madagascar. Il est placé sous l'autorité du Président de la République.

Le Secrétariat Exécutif (SE) est l'organe permanent du CNLS, chargé de la coordination au quotidien des politiques et stratégies, de la gestion des informations stratégiques et des ressources mobilisées pour la réponse nationale au sida.

Si le SE/CNLS a été fonctionnel, le CNLS n'a pas pu se réunir entre 2007 à 2012 pour des raisons, en partie liées à l'instabilité du pays sur le plan politique. Comme alternative au CNLS, le SE/CNLS a mis en place le Forum de Partenaires qui s'est réuni au moins deux fois chaque année avec pour mission d'assurer la complémentarité et la synergie des appuis des partenaires au développement à la réponse nationale au VIH et au sida.

Par ailleurs, le SE/CNLS a collaboré avec le CCM Madagascar pour la mobilisation des ressources auprès du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Ainsi, Madagascar a obtenu une subvention du round 8 du Fonds Mondial de 32 millions \$ US ayant démarré le 1^{er} octobre 2009.

Le SE/CNLS a travaillé étroitement avec le PNL, les points focaux sectoriels et les réseaux d'organisation de la société civile et du secteur privé pour la coordination de la réponse nationale au VIH. Toutefois, l'efficacité des réseaux d'organisation de la société civile dans la coordination interne des membres a été insuffisante, mettant ainsi en lumière des besoins en renforcement des capacités.

Le décret régissant le CNLS avait inclus des Comités Provinciaux de Lutte contre le Sida (CPLS) en tant qu'organe de coordination de la réponse au VIH au niveau de chaque province. Malheureusement, les Délégations spéciales de Provinces n'étant pas fonctionnelles, les CPLS n'ont pas été mis en place. Pour assurer la décentralisation de la réponse nationale au VIH, le SE/CNLS avait mis en place des Unités de Coordination Régionale (UCR) dont le fonctionnement était appuyé par le projet multisectoriel pour la prévention du Sida (PMPS) financé par la Banque Mondiale. Ces UCR ont été remplacées par les Task-Forces Régionaux (TFR), après la suspension de la composante y relative du PMPS. Les TFR sont composés des principaux acteurs de la réponse régionale au sida représentant le secteur santé, les autres secteurs ministériels, les partenaires et la société civile. Le fonctionnement des TFR n'a pas été optimal pour raison de contrainte budgétaire, conséquence de l'absence d'un texte officiel mettant en place ces mécanismes de coordination régionale.

Recommandations :

- ✓ Réviser le décret régissant le CNLS afin d'intégrer le forum des partenaires et remplacer les comités provinciaux par des comités régionaux ;
- ✓ Mettre en place un manuel de procédures relatives au fonctionnement des mécanismes de coordination régionale ;
- ✓ Mettre en place un programme de renforcement des capacités des réseaux d'organisations de la société civile.

3.2.1.12. Mobilisation et gestion des ressources

Progrès réalisés :

Le SE/CNLS et les partenaires opérationnels ont mobilisé les ressources pour le financement du PSN 2007-2012 auprès du Gouvernement, des partenaires bi et multilatéraux et des ONG/Fondations. Le tableau 9 présente les dépenses réalisées par source de financement de 2007 à 2011 comparées aux prévisions du PSN

Tableau 9: Dépenses réalisées par source de financement de 2007 à 2011 comparées aux prévisions du PSN en \$ US

Sources	2007	2008	2009	2010	2011	Total 2007-2011
Gouvernement	1 020 935	4 760 934	2 932 898	4 340 423	5 975 168	19 030 358
Organismes bilatéraux	3 341 952	1 944 544	2 206 605	1 968 850	2 186 742	11 648 693
Organismes multilatéraux	6 849 700	3 720 210	1 955 291	3 013 462	5 604 203	21 142 866
Privé/Organisations/ Fondations internationales		5 121	44 284	85 864	36 779	172 048
Total dépenses	11 212 587	10 430 809	7 139 078	9 408 599	13 802 892	51 993 965
Budget PSN	25 014 100	28 695 653	26 349 600	26 873 515	25 842 890	132 775 758
% dépenses/budget PSN	45%	36%	27%	35%	53%	39%

Au total, seulement 39% du budget prévisionnel du PSN a été mobilisé et dépensé pour la période 2007-2011. La contribution du Gouvernement aux dépenses relatives au VIH s'élève à 37% du total de dépenses.

Recommandations :

- ✓ Conduire des actions de plaidoyer en vue d'accroître la contribution de l'Etat au financement de la lutte contre le Sida ;
- ✓ Mettre en place un plan de mobilisation des ressources pour le financement du prochain PSN.

3.2.2. Point sur le cadre de résultats du Plan d'Action pour une réponse efficace face au VIH et au Sida

Le point sur les réalisations du cadre de résultats du PSN 2007-2012 est présenté dans le tableau 10.

Tableau 10: Point sur les réalisations du cadre de résultats du PSN 2007-2012

 Valeur cible atteinte  Valeur cible non atteinte

Indicateur	Données de base	Cible fin 2012	Réalisation	Commentaire
Impacts				
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (FE), les PS et les patients IST	FE= 0,94%	FE= <0,8%	FE= 0,09%	Les données sur cette réalisation proviennent de l'enquête de surveillance épidémiologique 2010
	PS= 1,36%	PS= <1,5%	PS= 0,36%	
	Patient IST= 0,69%	Patient IST= <1%	Patient IST=0,32%	
Prévalence de la Syphilis chez les FE, PS et les militaires	FE= 4,2%	FE= <2,1%	FE=3,4%	Les données sur cette réalisation proviennent de l'enquête de surveillance biologique 2010
	PS=16,6%	PS= <8,3%	PS=15,6%	
	Militaires=16,6%	Militaires= <6%	ND	
% des nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le VIH	24,25%	20%	18% en 2010 47% en 2011.	Les cibles semblent avoir été fixées en considérant l'ensemble des femmes enceintes séropositives, et pas uniquement celles qui ont bénéficié du programme. Ce qui ne permet pas de comparer. Toutefois, les % d'enfants VIH positives appellent à renforcer l'efficacité du service de PTME.
Effets				
% des personnes dont l'infection est parvenue à un stade avancé qui reçoivent un traitement ARV	2%	50%	2%	Le dénominateur utilisé dans la prévision était de 5 000 alors que celui utilisé pour apprécier la réalisation est de 19 390. Cette différence s'explique par la publication de nouvelles recommandations de l'OMS concernant l'initiation du TARV

Indicateur	Données de base	Cible fin 2012	Réalisation	Commentaire
				(à partir de 350 CD4/mm3 et non 300 CD4/mm3 d'une part, et par une meilleure connaissance de l'épidémie avec la réalisation des enquête de surveillance biologique et comportementale chez les HSH et CDI (épidémie concentrée et non peu active).
% des femmes enceintes qui reçoivent un traitement ARV complet pour réduire la TME	<1%	25%	4,9%	Le dénominateur utilisé comme nombre estimé de FE VIH+ selon l'estimation SPECTUM en 2011 est de 2 160
% des PS disant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un client	76%	95%	70,4%	Les données sur cette réalisation proviennent de l'enquête de surveillance biologique 2010 (plus récente) alors que le cible a été fixé suivant les données de base provenant de l'Enquête de surveillance comportementale de 2006.
% des jeunes de 15-24 ans qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois	H= 12,2% F= 5,4% Source : EDS 2003-2004	H= 20% F= 45%	ND	Les seules données disponibles sont celles de réalisation proviennent de l'enquête démographique et sanitaire EDS 2008-2009 : H=9,7% F=5,2%.

Indicateur	Données de base	Cible fin 2012	Réalisation	Commentaire
% des jeunes de 15-24 ans possédant à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH	H= 19,1% F= 16,1% Source : ESC 2004	H= 60% F= 60%	ND	Les seules données disponibles sont celles provenant de l'ESC jeunes 2008 au niveau des sites sentinelles (H=57,3% et F=49,2%) et de l'enquête démographique et sanitaire EDS 2008-2009 : H=26,0% F=22,5%.
% des jeunes ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	H= 30% F= 38% Source : ESC 2004	H= 22% F= 30%	ND	Les seules données disponibles sont celles provenant de l'ESC jeunes 2008 au niveau des sites sentinelles (H=29% et F=37,5% et de l'enquête démographique et sanitaire EDS 2008-2009 : H=9,1% F=17,6%
% des jeunes qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH.	H=8% F=8% Source : ESC 2004	H=60% F=60%	ND	Les seules données disponibles sont celles provenant de l'ESC jeunes 2008 au niveau des sites sentinelles (H=25,5% et F=24%) et de l'enquête démographique et sanitaire EDS 2008-2009 : H=6,3% F=5,5%



PARTIE 4 :

PLAN STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA 2013 - 2017



4.1. VISION

Le Plan Stratégique National de la réponse aux IST, VIH et sida 2013-2017 de Madagascar a été formulé autour de la vision suivante :

Madagascar est un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination.

4.2. MISSION

Doter Madagascar d'un outil de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources, d'orientation de toutes les interventions de projets et programmes, y compris celles des organisations de la société civile et communautaires, dans le cadre des trois principes édictés par l'ONUSIDA, à savoir :

- un seul cadre d'action contre le SIDA, qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires ;
- une seule instance nationale de coordination de la lutte contre le Sida, à représentation large, multisectorielle ;
- un seul système de suivi et d'évaluation à l'échelon national.

4.3. FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS

4.3. 1. Fondements de la stratégie nationale de lutte contre le sida

Les nouvelles orientations stratégiques de la réponse nationale au sida s'appuient sur les fondements suivants :

- La Déclaration d'Abuja de Mai 2006 pour une intensification des efforts vers un accès universel aux services de prévention et contrôle du VIH/sida de la tuberculose et du paludisme ;
- La Déclaration d'engagement de l'Assemblée Extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/sida en juin 2001 à New-York, ainsi que la déclaration de politique sur le VIH/sida de 2006 ;
- La Déclaration de politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/Sida, de la 65^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies de juin 2011 ;
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment l'objectif 6 qui vise à enrayer la propagation du VIH et commencer à inverser la tendance actuelle d'ici 2015 ;
- La loi N°2005-040 portant lutte contre le sida et protège les droits des PVVIH ;
- La Politique Nationale de Santé qui a, entre autres objectifs de maintenir la prévalence du VIH à moins de 1% et assurer le bien-être des PVVIH ;
- Les orientations du document « Investir pour des résultats au bénéfice des individus : un outil d'investissement centré sur les individus destiné à mettre fin au sida », de l'ONUSIDA.

4.3.2. Principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le Sida

Les nouvelles orientations stratégiques de la réponse nationale au sida sont guidées par les principes suivants:

- **Multisectorialité** : les effets néfastes du VIH et du sida ne se limitent pas qu'au seul secteur santé, mais influent gravement sur l'ensemble des secteurs de développement de la vie nationale. Par conséquent, tous les acteurs nationaux doivent unir leurs efforts, sous la coordination du CNLS, pour lutter contre ce fléau.
- **Décentralisation** : la mise en œuvre du PSN 2013-2017 sera faite sur une base décentralisée. Les unités de coordination multisectorielle de la réponse au sida au niveau régional seront renforcées. L'élaboration et la mise en œuvre des plans régionaux dans une approche qui favorise la participation effective de tous les acteurs, sera la pierre angulaire de la décentralisation. Les conditions permettant le transfert des compétences, des ressources et l'accompagnement des différentes parties prenantes au niveau de chaque région, seront créées.
- **Intégration des services** : afin de garantir la complémentarité des services et offrir des prestations efficaces et efficaces, le choix des services intégrés, à différent degré, devra guider toutes les interventions.
- **Adaptation de la réponse au type d'épidémie** : Madagascar étant touché par une épidémie de type concentré, les interventions du PSN 2013-2017 seront focalisées sur les populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH et sur l'objectif d'élimination virtuelle de la transmission verticale du VIH.
- **Implication active des PVVIH et des populations clés les plus exposées au VIH** : la participation des PVVIH ainsi que celle des populations les plus exposées à l'infection à VIH dans la planification et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le sida, constituera un principe à respecter dans l'élaboration des stratégies opérationnelles.
- **Conformité aux normes de qualité** : un accent particulier sera mis sur la qualité de tous les services qui seront fournis afin d'en garantir l'efficacité. Des normes de qualité seront ainsi définies et suivies, et un programme de développement des compétences des ressources humaines mis en place.
- **Prise en compte des aspects liés au Genre, Droits Humains et équité** : dans le cadre du PSN 2013-2017, un accent particulier sera mis sur la réduction des inégalités liées au genre, la promotion des Droits Humains et l'équité dans l'accès aux services.
- **Respect de principe des « threones »** : il s'agit de renforcer les mécanismes nationaux de coordination et de développer la concertation avec les partenaires en vue de renforcer l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité mutuelle.
- **Bonne gouvernance** : la bonne gouvernance reposera sur le leadership et l'engagement soutenu des acteurs à tous les niveaux en vue d'une gestion rationnelle et transparente des ressources allouées à la lutte contre le sida.

4.4. PRIORITES

La définition des priorités du PSN 2007-2012 a été guidée par les principes du cadre d'investissements de l'ONUSIDA, notamment :

- optimisation de la réponse au sida ;
- allocation rationnelle des ressources en cohérence avec la nature de l'épidémie ;
- adoption des stratégies les plus efficaces ;
- accroissement de l'efficacité des interventions de prévention, de traitement, soins et appui relatifs au VIH.

Sur la base de ces principes, les priorités suivantes ont été adoptées pour la période 2013-2017 :

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

4.5. CIBLES PRIORITAIRES

La priorisation des populations à couvrir par le PSN 2013-2017 a été faite en considérant les critères d'ampleur du problème et les possibilités d'intervention.

L'ampleur du problème a été appréciée en prenant en compte l'incidence annuelle du VIH dans le groupe ou l'impact social et économique de la maladie pour les personnes infectées et/ou affectées par le VIH.

La possibilité d'intervention a été appréciée en considérant l'existence d'une intervention dont l'efficacité est avérée (les six interventions programmatiques de base de l'approche d'investissement

de l'ONUSIDA ont servi de base à cette analyse), ainsi que l'accessibilité du groupe dans le contexte national.

Les populations pour lesquelles il existe une intervention d'efficacité prouvée ont été considérées comme prioritaires. Deux niveaux de priorités d'intervention ont été définis en fonction de la contribution du groupe à l'ampleur du problème (incidence du VIH ou impact du sida).

Les populations pour lesquelles l'efficacité des interventions disponibles est limitée ou qui sont difficiles à atteindre par les interventions, ont été considérées comme des priorités de recherche. Ces populations feront l'objet de projets pilotes visant à tester soit les interventions soit les stratégies de mobilisation. Deux niveaux de priorités de recherche ont également été définis selon la contribution de chaque groupe de population à l'ampleur du problème.

Le tableau 11 présente les résultats de la priorisation des populations à couvrir dans le cadre du PSN 2013-2017 :

Tableau 11: Résultats de la priorisation des populations-cibles du PSN 2013-2017

		Possibilités d'intervention	
		Satisfaisantes	Peu Satisfaisantes
Ampleur du problème	Considérable	<p>Priorité d'intervention 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; • Consommateurs de drogues injectables ; • Professionnelles du sexe ; • Femmes enceintes vivant avec le VIH ; • Adultes et enfants vivant avec le VIH 	<p>Priorité de recherche 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenaires féminins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
	Peu considérable	<p>Priorité d'intervention 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clients des professionnelles du sexe ; • Détenus ; • Jeunes scolarisés ; • Jeunes non-scolarisés et déscolarisés ; • Femmes et enfants victimes de violences sexuelles ; • Orphelins et autres enfants vulnérables • Patients tuberculeux 	<p>Priorité de recherche 4 :</p> <p>Néant</p>

Le tableau 12 présente les estimations des tailles des populations-cibles prioritaires pour les interventions du PSN 2013-2017, obtenues à partir des données de base saisies dans le logiciel HAPSAT.

Tableau 12: Populations cibles du PSN 2013-2017 et leurs tailles estimées

Niveau de priorité	Populations cibles	Taille de la population	
		En 2013	En 2017
Priorité 1	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	48 624	54 072
	Consommateurs de drogues injectables	15 781	17 549
	Professionnelles du sexe	66 794	76 466
	Femmes enceintes vivant avec le VIH	1 930	1 473
	Adultes et enfants vivant avec le VIH	40 290	35 553
	Patients tuberculeux	27 563	33 502
Priorité 2	Détenus	18 572	20 653
	Jeunes scolarisés des communes fortement vulnérables	333 375	370 729
	Jeunes non-scolarisés et déscolarisés des communes fortement et moyennement vulnérables	375 036	417 058
	Femmes en âge de procréer	4 851 324	5 394 906
	Femmes et enfants victimes de violences sexuelles	1 951	2 170
	Orphelins par le sida et autres enfants vulnérables	11 471	12 756

Source : HAPSAT Madagascar 2012

4.6. RESULTATS ATTENDUS DU PSN 2013-2017

4.6.1. Impacts et Effets attendus de la mise en œuvre du PSN

Impact 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH et dans la population générale d'ici fin 2017

Effet 1.1. Au moins 80% des populations clés les plus exposées au VIH et 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici fin 2017.

Effet 1.2: Les risques de transmission sanguine du VIH sont réduits d'au moins 50% d'ici fin 2017.

Impact 2: La proportion des nourrissons infectés par le VIH nés de mères vivant avec le VIH est réduite à moins de 5% d'ici fin 2017

Effet 2.1: Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici fin 2017.

Effet 2.2: Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici fin 2017.

Effet 2.3: Au moins 80% des femmes enceintes séropositives bénéficient du paquet de services visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici fin 2017.

Impact 3: La survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TARV est accrue à 95% d'ici fin 2017

Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique de qualité d'ici fin 2017.

Effet 3.2 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Effet 3.3 : Au moins 80% des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, bénéficient du paquet de services sociaux de base.

4.6.2. Produits du PSN 2013-2017

Effets	Produits
Impact 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH et dans la population générale d'ici fin 2017.	
Effet 1.1 : Au moins 80% des populations clés les plus exposées au VIH et 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels ont des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici fin 2017.	Produit 1.1.1 : 43 258 HSH, 14 039 CDI et 61 173 PS couverts par le paquet de services de CCC.
	Produit 1.1.2 : 17 000 Détenus couverts par le paquet de CCC.
	Produit 1.1.3 : 350 000 jeunes non-scolarisés/ déscolarisés et 300 000 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH.
	Produit 1.1.4 : 5 907 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de PPE au VIH.
	Produit 1.1.5 : 117 entreprises et 11 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.
	Produit 1.1.6 : 122 957 621 préservatifs masculins et 1 642 404 préservatifs féminins distribués ou vendus.
	Produit 1.1.7 : 1 346 115 cas d'IST traités selon l'approche syndromique.
	Produit 1.1.8 : 2 846 734 personnes ayant fait le test de dépistage et retiré les résultats (femmes enceintes exclues).
Effet 1.2: Les risques de transmission sanguine du VIH sont réduits d'au moins 50% d'ici fin 2017.	Produit 1.2.1 : 142 646 poches de sang sécurisées aux quatre marqueurs de maladies transmissibles distribuées.
	Produit 1.2.2 : 14 039 CDI reçoivent du matériel stérile d'injections en quantités adaptées à leurs besoins.
	Produit 1.2.3 : 594 cas d'exposition au VIH en milieu de soins bénéficient d'une PPE.
Impact 2: La proportion des nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives est réduite à moins de 5% d'ici fin 2017	
Effet 2.1: Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici fin 2017.	Produit 2.1.1 : 2 739 555 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.
Effet 2.2: Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici fin 2017.	Produit 2.2.1 : 6 126 femmes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées.

Effets	Produits
<p>Effet 2.3: Au moins 80% des femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficient du paquet de services visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici fin 2017.</p>	<p>Produit 2.3.1 : 2 368 920 femmes enceintes effectuent le dépistage du VIH au cours de la CPN et retirent leurs résultats.</p>
	<p>Produit 2.3.2 : 3 700 femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.</p>
	<p>Produit 2.3.3 : 3 700 enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH et d'une prophylaxie au cotrimoxazole.</p>
<p>Impact 3: La survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TARV est accrue à 95% d'ici fin 2017</p>	
<p>Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique de qualité d'ici fin 2017.</p>	<p>Produit 3.1.1 : 11 530 adultes et 2 358 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV.</p>
	<p>Produit 3.1.2 : 7 759 adultes et 1 132 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes.</p>
	<p>Produit 3.1.3 : 858 patients coinfecteds VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux.</p>
	<p>Produit 3.1.4 : 13 888 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique, social et juridique.</p>
<p>Effet 3.2 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici fin 2017.</p>	<p>Produit 3.2.1 : 8 440 personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisées sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH.</p>
<p>Effet 3.3 : Au moins 80% des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici fin 2017.</p>	<p>Produit 3.3.1 : 10 205 enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.</p>

4.6.3. Cadre des résultats du PSN 2013-2017

Outre les impacts et effets, le cadre de résultats présente les produits, les indicateurs de chaque produit ainsi que l'évolution des cibles de 2013 à 2017. Cette évolution des cibles a été obtenue en utilisant le logiciel HAPSAT (HIV/AIDS Program Sustainability Analysis Tool) en considérant le scénario d'accès universel (80% des besoins couverts en année 5). Le tableau 13 présente le cadre de résultats complet du PSN 2013-2017.

Tableau 13: Cadre de résultats du PSN 2013-2017

Impact/Effet/Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Impacts:								
Impact 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit d'au moins 50% dans les sous-populations les plus exposées aux risques d'infection à VIH et dans la population générale d'ici fin 2017.	Prévalence du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	14,7%	ESB 2010		14,0%			<10,0%
	Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	7,1%	ESB 2011		7,0%			<5,0%
	Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe	0,29%	ESB 2010		0,29%			<0,29%
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	0,09%	ESB 2010		0,09%			0,09%
	Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans	0,4%	Estimation Spectrum 2011					0,4%
Impact 2 : La proportion des nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives est réduite à moins de 5% d'ici fin 2017.	% de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	ND			10%			<5%
Impact 3 : La survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TARV est accrue à 95% d'ici fin 2017.	% d'adultes et enfants dont on sait qu'ils sont toujours sous ARV 12 mois après l'initiation du TARV	60%	Rapport PNLS 2011	85%	90%	93%	95%	95%

Impact/Effet/Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017	
Effets :									
Effet 1.1: Au moins 80% des populations clés les plus exposées au VIH et 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels adoptent des comportements et pratiques sexuelles et à moindre risque d'ici fin 2017.	% des populations clés les plus exposées au VIH ayant utilisé un préservatif au cours de leur rapport sexuel/anal.	HSH=31,2% CDI=41,3% PS=70,4%	ESB 2010 et 2011		HSH=60% CDI=60% PS=80%			HSH=80% CDI=80% PS=90%	
	% des populations clés les plus exposées au VIH ayant présenté au moins une fois des symptômes d'IST au cours des 12 derniers mois	HSH= 25,4% CDI= 19,6% PS=63,9%	ESB 2010 et 2011		HSH=20% CDI=15% PS=40%			HSH=5% CDI=5% PS=20%	
	% des populations clés les plus exposées au VIH ayant effectué au moins une fois un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant retiré leurs résultats	HSH=49,4% CDI=22,3% PS= 59,6%.	ESB 2010 et 2011 ESC 2008		HSH=60% CDI=60% PS=65%			HSH=80% CDI=80% PS=80%	
	% détenus ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND			60%			80%	
	% de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	H=7,6%	EDS 2009			H=30%			H=60%

Impact/Effet/ Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
	% de jeunes âgés de 15- 24 ans possédant tout à la fois les connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH	H=26,0% F=22,5%	EDS 2009		H=30% F=30%			H=60% F=60%
	% des femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficiant d'un traitement prophylactique de la transmission du VIH parmi ceux répertoriés	ND		100%	100%	100%	100%	100%
Effet 1.2. Les risques de transmission sanguine du VIH sont réduits d'au moins 50% d'ici fin 2017.	% dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%	Rapport CNTS 2011	100%	100%	100%	100%	100%
	% de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.	80,7%	ESB 2011		85%			95%
	% des cas d'accidents d'exposition au sang en milieu de soins bénéficiant d'un traitement prophylactique parmi ceux répertoriés	100%	Rapport PNLs 2011	100%	100%	100%	100%	100%

Impact/Effet/Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici fin 2017.	% des femmes de 15-24 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	6,6%	EDS 2009		30%			60%
Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici fin 2017.	Taux de couverture contraceptive chez les femmes vivant avec le VIH	ND			36,5%			80%
Effet 2.3 : Au moins 80% des femmes enceintes séropositives le paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici fin 2017.	% des femmes enceintes parmi celles admises en CPN qui ont été testées au VIH et qui ont retiré leurs résultats	50,4%	Rapport PNLS 2011	60%	70%	75%	80%	80%
	% de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un TARV pour réduire la transmission mère-enfant	4,9%	Rapport PNLS 2011	15,6%	28,8%	43,8%	60,8%	80,0%
	% de nourrissons nés de mères vivant avec le VIH qui ont été mis sous prophylaxie au cotrimoxazole dans les deux mois ayant suivi la naissance	ND	Rapport PNLS 2011	15,6%	28,8%	43,8%	60,8%	80,0%
	% adultes et enfants présentant une infection à VIH éligibles au traitement ARV	2,0%	Rapport PNLS 2011	17%	32%	48%	65%	80%

Impact/Effet/Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique de qualité d'ici fin 2017.	% de patients atteints de tuberculose dont la mention « a effectué le test dépistage du VIH » est inscrit dans le registre des cas de tuberculose.	20,0%	Etude PNLS/JICA 2011	50%	60%	70%	75%	80%
	% des personnes vivant avec le VIH (adultes et enfants) qui ont bénéficié des services de soutien psychologique, social et juridique parmi celles qui sont suivies.	52,0%	Rapport SE/CNLS 2011	60%	70%	75%	80%	80%
Effet 3.2 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non-stigmatisation et non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici fin 2017.	% des adultes de 15-49 ans qui expriment les 4 attitudes de tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH	H= 6,2% F= 4,5%	EDS 2009		H=25,0% F= 25,0%			H=50,0% F= 50,0%
Effet 3.3 : Au moins 80% des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables, bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici fin 2017.	% d'enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables dont le ménage reçoit un soutien extérieur gratuit pour leur prise en charge	ND		30,0%	43,6%	56,4%	68,5%	80,0%
Produits :								
	Nombre de HSH couverts par le paquet de services CCC	1 299	Rapport SE/CNLS 2010	10 219	18479	26 738	34 998	43 258*

Impact/Effet/Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Produit 1.1.1 : 43 258 HSH, 14 039 CDI et 61 173 PS couverts par le paquet de services de CCC.	Nombre de CDI couverts par le paquet de services CCC	300	Rapport SE/CNLS 2011	3 048	5 796	8 543	11 291	14 039*
	Nombre de PS couverts par le paquet de services CCC	9 128	Rapport SE/CNLS 2010	24 806	33 397	42 989	52 081	61 713*
Produit 1.1.2 : 17 000 Détenus couverts par le paquet de CCC.	Nombre de détenus couverts par le paquet de services de CCC	ND		3 400	6 800	10 200	13 600	17 000*
Produit 1.1.3 : 350 000 jeunes non-scolarisés/ déscolarisés et 300 000 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH.	Nombre de jeunes non-scolarisés et déscolarisés couverts par le paquet de services de CCC	ND		70 000	140 000	210 000	280 000	350 000*
	Nombre de jeunes scolarisés couverts par le paquet de services de CCC	ND		60 000	120 000	180 000	240 000	300 000*
	Nombre d'appels relatifs à des questions sur le VIH traités par la ligne verte 511	23 856	Rapport SE/CNLS 2011	70 083	110 167	150 250	190 333	230 417**
Produit 1.1.4 : 5907 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de PPE au VIH	Nombre de femmes et enfants victimes de violences sexuelles ayant bénéficié des services de PPE au VIH	ND		627	904	1 181	1 459	1 736**
Produit 1.1.5 : 117 entreprises et 11 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.	Nombre d'entreprises ayant mis en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel	50	Rapport SE/CNLS 2011	77	87	100	117	117*
	Nombre de ministères publics autres que celui de la santé, ayant mis en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel	7	Rapport SE/CNLS 2011	11	11	11	11	11*

Impact/Effet/ Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Produit 1.1.6 : 1 222 957 621 préservatifs masculins et 1 642 404 préservatifs féminins distribués ou vendus.	Nombre de préservatifs masculins distribués/vendus (en milliers)	22 308	Rapport SE/CNLS 2011	23 069	23 830	24 591	25 352	26 113
	Nombre de préservatifs féminins distribués/ vendus (en milliers)	22	Rapport SE/CNLS 2011	136	232	328	425	521
Produit 1.1.7 : 1 346 115 cas d'IST traités selon l'approche syndromique.	Nombre total de cas d'IST traités selon l'approche syndromique	218 578	Rapport PNLS 2011	238 397	253 810	269 223	284 636	300 049**
Produit 1.1.8 : 2 846 734 personnes ayant fait le test de dépistage et retiré les résultats (femmes enceintes exclues).	Nombre total de personnes ayant fait le test de dépistage et retiré les résultats (femmes enceintes exclues)	214 138	Rapport PNLS 2011	394 142	481 745	569 347	656 949	744 551
Produit 1.2.1 : 142 646 poches de sang sécurisées aux quatre marqueurs de maladies transmissibles distribuées.	Nombre de poches de sang sécurisées aux quatre marqueurs de maladies transmissibles distribuées	22 491	Rapport CNTS 2011	24 777	26 653	28 529	30 405	32 281**
Produit 1.2.2 : 14 039 CDI reçoivent du matériel stérile d'injections en quantités adaptées à leurs besoins.	Nombre de CDI qui reçoivent du matériel stérile d'injection	300	Rapport SE/CNLS 2011	3 048	5 796	8 543	11 291	14 039*
Produit 1.2.3 : 594 cas d'exposition au VIH en milieu de soins bénéficient d'une PPE au VIH.	Nombre de cas d'exposition au VIH en milieu de soins ayant bénéficié d'une PPE au VIH.	8	Rapport PNLS 2011	48	83	119	154	189

Impact/Effet/ Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Produit 2.1.1 : 2 739 555 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.	Nombre de femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME (en milliers)	ND		232 637	622 911	1 170 822	1 876 370	2 739 555*
Produit 2.2.1 : 6 126 femmes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées.	Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant reçu des contraceptifs ou des préservatifs pour prévenir les grossesses non désirées	ND		1 564	2 705	3 845	4 906	6 126*
Produit 2.3.1 : 2 368 920 femmes enceintes effectuent le dépistage volontaire au cours de la CPN et retirent leurs résultats.	Nombre de femmes enceintes faisant la démarche de dépistage volontaire au cours de la CPN et retirant leurs résultats	171 614	Rapport PNLS 2010	283 767	378 775	473 784	568 793	663 801**
Produit 2.3.2 : 3 700 femmes enceintes vivant avec reçoivent des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.	Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	106	Rapport PNLS 2011	301	521	740	959	1 179**
	Nombre de nouveau-nés de mères séropositives ayant reçu des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	106	Rapport PNLS 2011	301	521	740	959	1 179**
Produit 2.3.3 : 3 700 enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH et d'une prophylaxie au cotrimoxazole.	Nombre d'enfants nés de mères vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH dans les 12 mois suivant leur naissance.	25	Rapport PNLS 2011	301	521	740	959	1 179**

Impact/Effet/ Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Produit 3.1.1 : 11 530 adultes et 2 358 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV.	File active d'adultes vivant avec le VIH sous ARV	356	Rapport PNLS 2011	2 676	4 975	7 275	9 574	11 530*
	File active d'enfants vivant avec le VIH sous ARV	27	Rapport PNLS 2011	513	984	1 454	1 925	2 358*
Produit 3.1.2 : 7 759 adultes et 1 132 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes.	Nombre d'adultes vivant avec le VIH recevant du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes	ND		1 869	3 352	4 834	6 317	7 759*
	Nombre d'enfants vivant avec le VIH recevant du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes	ND		261	479	697	914	1 132*
Produit 3.1.3 : 858 patients coïnfectés VIH- Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux.	Nombre de patients atteints de tuberculose dont la mention « a effectué le test de dépistage du VIH » est inscrite dans le registre des cas de tuberculose.	7 525	Rapport Etude PNLS/ JICA 2011	11 982	15 687	19 392	23 097	26 802**
	Nombre de patients coïnfectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux	101	Rapport PNLS 2011	125	148	172	195	219**
Produit 3.1.4 : 13 888 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique, social et juridique.	Nombre de PVVIH (adultes et enfants) ayant bénéficié d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique	ND		3 258	5 915	8 573	11 230	13 888*

Impact/Effet/ Produit	Indicateur	Donnée de base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Produit 3.2.1: 8 440 personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisées sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH.	Nombre de personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisées sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH.	ND		3 288	4 576	5 864	7 152	8 440*
Produit 3.3.1 : 10 205 enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.	Nombre d'enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, qui vivent dans un ménage ayant reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base	ND		3 441	5 132	6 823	8 514	10 205*

* Données cumulatives ; ** Données non cumulatives.

4.6.4. Stratégies de mise en œuvre

Effet 1 .1 : Au moins 80% des populations clés les plus exposées et 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels, adoptent des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici fin 2017

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
	Renforcement de la CCC auprès des HSH	Antanarivo, Toamasina, Toliara, Mahajanga, Antsiranana, Taolagnaro, Fianarantsoa, Morondava, Antsirabe, Nosy Be, Antsohihy, Sainte Marie.	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les guides de formation et de prestation de CCC auprès des populations clés les plus exposées au VIH ; • Produire les supports de communication spécifiques aux interventions en faveur des HSH ; • Organiser des descentes de mobilisation dans les sites fréquentés par les HSH ; • Organiser les sessions d'éducation par les pairs et rencontre d'échanges d'expériences entre HSH et pairs-éducateurs, • Assurer la promotion des services de counseling et dépistage et de prise en charge syndromique des IST.

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
Produit 1.1.1 : 43 258 HSH, 14 039 CDI et 61 173 PS couverts par le paquet de services de CCC.	Renforcement et extension de la CCC auprès des CDI	Toamasina, Antananarivo, Toliary, Nosy Be, Mahajanga, Antsiranana, Taolagnaro.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un plan de réduction des risques liées à la participation des CDI aux activités de lutte contre le Sida ; • Produire les supports de communication spécifiques aux interventions en faveur des CDI ; • Organiser des descentes de mobilisation dans les sites fréquentés par les CDI ; • Organiser les sessions d'éducation par les pairs et rencontre d'échange d'expérience entre CDI et pairs-éducateurs, • Assurer la promotion des services de counseling et dépistage et de prise en charge syndromique des IST.
	Renforcement de la CCC auprès des PS et leurs clients	Capitales des 22 régions et autres grandes villes	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer une stratégie de CCC en faveur des clients des PS ; • Produire les supports de communication spécifiques aux interventions en faveur des PS et leurs clients ; • Organiser des descentes de mobilisation dans les sites fréquentés par les PS ; • Organiser les sessions d'éducation par les pairs et rencontre d'échange d'expérience entre PS et pairs-éducateurs, • Organiser des descentes de sensibilisation des clients dans les sites de prostitution ; • Assurer la promotion des préservatifs féminins ; • Assurer la promotion des services de counseling et dépistage et de prise en charge syndromique des IST.
Produit 1.1.2 : 17 000 Détenus couverts par le paquet de CCC.	Renforcement de la CCC dans les prisons	89 prisons de Madagascar	<ul style="list-style-type: none"> • Produire des supports de communication spécifiques aux détenus ; • Organiser des discussions de groupe sur le VIH dans les prisons ; • Distribuer les kits d'hygiène, les préservatifs et gels lubrifiants ; • Assurer la promotion des services de counseling et dépistage et de prise en charge des IST, du VIH/sida.
	Renforcement de la CCC auprès des jeunes non- scolarisés et déscolarisés	Communes fortement et moyennement vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Produire une série de court métrage autour de situations génératrices des risques des jeunes non-scolarisés et déscolarisés ; • Organiser des discussions autour de films éducatifs sur le VIH ; • Assurer la promotion des services de counseling et dépistage ainsi que les services de prise en charge des IST. • Etendre la couverture des kiosques d'information pour les jeunes (de 25 existants à 35 nouveaux) ; • Former les jeunes pairs-éducateurs et encadreurs des 35 nouveaux kiosques d'information sur l'éducation à la vie. • Doter les nouveaux kiosques en kits d'animation (boîte à images, sac à dos, cahier, stylo, fiche de référence, sac banane, tee-shirt, polo, bob, foulard).

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
Produit 1.1.3 : 350 000 jeunes non-scolarisés/déscolarisés et 300 000 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH.	Extension du programme d'éducation à la vie et de l'éducation sexuelle dans le programme scolaire	Communes fortement vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Produire et diffuser les curricula développés à l'intention des enseignants des collèges et lycées des 178 communes fortement vulnérables ; • Former les enseignants et les encadreurs ; • Doter en kits (boîte à images, sac à dos, cahier, stylo, fiche de référence, sac banane, tee-shirt, polo, bob, foulard) les éducateurs pairs et enseignants au niveau de chaque établissement scolaire ; • Etendre les coins jeunes dans les collèges et lycées ; • Mettre en place un programme d'éducation parentale pour les parents d'élèves.
	Renforcement des services d'information et conseils sur le VIH de la ligne verte	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible les services de la ligne verte 24H/24H ; • Produire un spot (Radio et TV) de promotion de la ligne verte et en assurer la diffusion dans les principales chaînes pendant les 365 jours de chaque année ; • Produire et diffuser des supports de promotion de la ligne verte ; • Mettre en place un comité de pilotage de la ligne verte avec la participation de l'ensemble des partenaires.
	Développement d'une page d'information et conseil sur VIH dans les réseaux sociaux	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une page d'information et conseil sur le VIH à l'attention des jeunes dans les réseaux sociaux (Facebook) ; • Mettre en œuvre un plan de connexion active des jeunes malgaches à la page créée ; • Diffuser des informations et organiser des discussions sur le VIH au niveau de la page.
	Développement d'un programme de communication médiatique d'information et éducation sur le VIH	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Produire un programme radio et un programme TV bimensuels et en assurer la diffusion dans toutes les chaînes du pays ; • Mettre en place un programme hebdomadaire interactif sur le VIH au niveau de chaque chaîne de radio et TV ; • Former les animateurs des programmes VIH interactifs de l'ensemble des chaînes ; • Organiser des réunions trimestrielles de planification des thématiques à aborder dans les programmes interactifs.
	Campagnes nationales de Lutte contre le Sida	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser une campagne nationale de lutte contre le Sida à l'occasion des journées mondiales de lutte contre le Sida, de la femme et de la journée de célébration de l'indépendance nationale.

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
Produit 1.1.4 : 5 907 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de PPE au VIH.	Mise en place d'un programme de PPE à la suite des violences sexuelles	Capitales des 22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un partenariat avec les cliniques juridiques et Centres d'Ecoute et de Conseils Juridiques afin d'orienter les victimes de violences sexuelles vers les centres de référence en vue de la prophylaxie post-exposition ; • Doter les centres de référence de kits de PPE au VIH ; • Organiser la prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles au niveau des centres de référence ; • Produire un spot radio et TV de promotion du service de PPE à la suite des violences sexuelles et en assurer la diffusion dans les principales chaînes.
Produit 1.1.5 : 117 entreprises et 11 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel.	Renforcement et extension des programmes de lutte contre le Sida dans les entreprises du secteur privé	Tout le pays	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer 40 nouvelles entreprises à développer des politiques et programmes de lutte contre le Sida sur le lieu du travail ; • Former et recycler les travailleurs pairs-éducateurs des entreprises engagées dans la lutte contre le VIH ; • Accompagner les entreprises du secteur privé dans la mise en œuvre de leur plans d'action ; • Faciliter l'accès des entreprises aux préservatifs en vue de leur distribution aux travailleurs ; • Etablir un partenariat avec les hôtels en vue de rendre disponibles les préservatifs dans les chambres ; • Produire des supports éducatifs destinés aux travailleurs du secteur privé et aux clients des hôtels ; • Développer une politique nationale de lutte contre le Sida en milieu de travail à Madagascar.
	Consolidation de l'engagement de 11 ministères autres que celui de la santé dans la lutte contre le Sida.	Antananarivo et les Directions régionales (STD)	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer chaque ministère dans l'élaboration d'un plan d'action annuel de lutte contre le Sida ; • Produire des supports d'informations destinés au personnel et aux bénéficiaires des services des ministères ; • Organiser des réunions d'information et éducation sur le VIH au bénéfice des travailleurs et aux bénéficiaires des services des ministères.
Produit 1.1.6 : 122 957 621 préservatifs masculins et 1 642 404 préservatifs féminins distribués ou vendus.	Renforcement du programme de distribution/ vente des préservatifs masculins et féminins	Tout le pays	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la distribution du préservatif à travers le programme de marketing social ; • Elaborer une stratégie de promotion de l'utilisation du préservatif ; • Organiser la distribution promotionnelle des préservatifs dans les formations sanitaires aux clients reçus pour counseling et dépistage, prise en charge des IST et aux PVVIH ; • Intensifier la promotion et la distribution du préservatif féminin auprès des PS ; • Produire et diffuser un spot radio et télévisé de promotion des préservatifs masculin et féminin ; • Produire et diffuser dans les principales chaînes de radio et de télévision une émission consacrée à la promotion des préservatifs masculin et féminin ;

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
			<ul style="list-style-type: none"> Acquérir, installer (dans les stations d'essences, les boites de nuit, etc...) et gérer des distributeurs automatiques des préservatifs (avec des préservatifs cédés au même prix que celui du marketing social).
<p>Produit 1.1.7 : 1 346 115 cas d'IST traités selon l'approche syndromique.</p>	Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de prise en charge des IST	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> Réviser l'algorithme de prise en charge syndromique des IST en vue d'inclure les syndromes de la région anale ; Assurer l'acquisition et la distribution des médicaments IST dans les formations sanitaires ; Assurer la remise à niveau des agents de santé des 3 260 formations sanitaires sur la prise en charge syndromique des IST; Assurer l'offre de service de prise en charge syndromique des IST au niveau des formations sanitaires ; Acquérir 5 unités mobiles de counseling et dépistage et de prise en charge des IST en faveur des populations clés les plus exposées au VIH ; Organiser des opérations mobiles de prise en charge des IST dans les sites fréquentés par les HSH, PS et CDI ; Organiser la prise en charge des cas résistants à l'approche syndromique ; Assurer le contrôle de la qualité des prestations de prise en charge syndromique des IST.
<p>Produit 1.1.8 : 2 846 734 personnes ayant fait le test de dépistage et retiré les résultats.</p>	Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de counseling et dépistage volontaire	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> Recycler le personnel des 1 613 sites de dépistage sur le counseling ; Assurer l'acquisition et la distribution des réactifs et consommables de laboratoire pour le counseling et dépistage dans les formations sanitaires ; Assurer l'offre de service de counseling et dépistage au niveau des formations sanitaires ; Organiser des opérations mobiles de counseling et dépistage dans les sites fréquentés par les HSH, PS et CDI ; Assurer le contrôle de qualité des tests de dépistage et des prestations de counseling.

Effet 1.2. Les risques de transmission sanguine du VIH sont réduits d'au moins 50% d'ici fin 2017

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
<p>Produit 1.2.1 : 142 646 poches de sangs sécurisées aux quatre marqueurs de maladies transmissibles distribuées.</p>	Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> Aménager et équiper 40 nouveaux postes de transfusion sanguine au niveau des centres hospitaliers ; Former le personnel des nouveaux postes de transfusion sanguine ; Assurer l'acquisition et la distribution des réactifs et consommables pour le dépistage des 4 maladies transmissibles (HIV, Syphilis, HVB, HVC) ;

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
			<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un programme médiatique de promotion du don de sang bénévole ; Organiser des campagnes mobiles de collecte de sang.
<p>Produit 1.2.2 : 14 039 CDI reçoivent du matériel stérile d'injections en quantités adaptées à leurs besoins.</p>	Promotion et échange de matériel d'injection aux CDI	Toamasina, Antananarivo, Toliary, Nosy Be, Majunga, Antsiranana, Taolagnaro.	<ul style="list-style-type: none"> Acquérir les kits d'injection destinés aux CDI; Assurer la promotion de l'usage de matériel d'injection stérile ; Mettre à l'échelle le programme d'échanges de kits d'injection stériles ; Mener des actions de plaidoyer pour la mise en place de texte législatif favorisant un environnement favorable à la mise en place de programme de substitution.
<p>Produit 1.2.3 : 594 cas d'exposition au VIH en milieu de soins bénéficient d'une PPE au VIH.</p>	Renforcement de la prévention et de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH en milieu de soins	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> Produire les supports d'information sur les précautions universelles et la procédure de notification des cas d'AES, et en assurer la diffusion aux formations sanitaires et aux agents de santé ; Doter les 47 centres de référence de kits de prise en charge des AES en milieu de soins ; Organiser la prise en charge des cas d'AES en milieu de soins.

Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici fin 2017

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
<p>Produit 2.1.1 : 2 739 555 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME.</p>	Intensification de la prévention des grossesses non désirées et du VIH chez les femmes en âge de procréer	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> Produire les supports éducatifs relatifs à la prévention des grossesses non-désirées et du VIH à l'attention des femmes en âge de procréer ; Organiser des discussions de groupe sur la prévention des grossesses non-désirées et du VIH dans les écoles ; Produire une série de film éducatifs sur la prévention des grossesses non désirées et du VIH à l'attention des femmes en âge de procréer ; Organiser des discussions autour des films éducatifs produits dans les quartiers ; Produire un programme mensuel radio et TV sur la prévention des grossesses non désirées et du VIH, et en assurer la diffusion dans toutes les chaînes ; Orienter les femmes en âge de procréer vers les centres de planification familiale.

Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici fin 2017

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
<p>Produit 2.2.1 : 6 126 femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées.</p>	<p>Intégration du service de planification familiale dans les activités des centres de référence PVVIH</p>	<p>22 régions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Produire des boîtes à images servant de supports d'éducation sur la prévention des grossesses non-désirées chez les femmes vivant avec le VIH ; • Former les infirmiers, médiateurs communautaires et éducateurs thérapeutiques des 47 centres de référence PVVIH ; • Organiser des groupes de paroles sur la « vie avec le VIH et la prévention des grossesses non désirées » au niveau des 47 centres de référence PVVIH ; • Assurer la distribution des contraceptifs aux 47 centres de référence pour la prise en charge des PVVIH ; • Assurer la distribution des préservatifs masculins et féminins aux PVVIH dans les centres de référence et par le biais des associations de soutien aux PVVIH.

Effet 2.3 : Au moins 80% des femmes enceintes séropositives bénéficient du paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici fin 2017

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
<p>Produit 2.3.1 : 2 368 920 femmes enceintes effectuent le dépistage volontaire au cours de la CPN et retirent leurs résultats</p>	<p>Extension et renforcement de l'intégration du counseling et dépistage et de la Syphilis au cours de la CPN</p>	<p>22 régions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'intégration le counseling et dépistage et du dépistage de la Syphilis dans les activités de 1 630 formations sanitaires assurant les CPN ; • Assurer la formation des agents des nouveaux sites et le recyclage des agents des anciens sites sur le counseling ; • Organiser de campagnes de promotion de la CPN dans toutes les aires de santé en collaboration avec les agents de santé communautaires ; • Organiser l'approvisionnement des réactifs et consommables pour le dépistage du VIH et de la Syphilis, et en assurer la distribution aux formations sanitaires.

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
<p>Produit 2.3.2 : 3 700 femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant</p>	Amélioration du suivi et de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Former les sages-femmes de toutes les formations sanitaires assurant la CPN sur la prophylaxie TME ; • Organiser des unités fonctionnelles de suivi des femmes enceintes séropositives autour des 47 centres de références PVVIH ; • Organiser l'approvisionnement en ARV par les sages-femmes formées au niveau des centres de référence à l'occasion du dépistage des femmes enceintes VIH positives ; • Former des anciennes femmes bénéficiaires de la PTME sur le soutien psychosocial des femmes enceintes VIH positives ; • Organiser le suivi psychosocial et la recherche des perdues de vue par les anciennes femmes bénéficiaires de la PTME formés ; • Assurer la supervision du réseau des sites PTME
<p>Produit 2.3.3 : 3 700 enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH et prophylaxie au cotrimoxazole.</p>	Amélioration de l'accès des nouveaux nés de mères séropositives au diagnostic précoce	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'approvisionnement du LNR en réactifs et consommables pour la réalisation des PCR au bénéfice des enfants nés de mères VIH positives ; • Organiser le transfert des échantillons vers le LNR pour la réalisation des PCR. • Intégrer le module sur la prophylaxie au cotrimoxazole dans le contenu de la formation des sages-femmes sur la PTME ; • Approvisionner les sites PTME en cotrimoxazole sur la base des prévisions de naissances d'enfants de mères VIH positives.

Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique de qualité d'ici

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
<p>Produit 3.1.1 : 11 530 adultes et 2 358 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV.</p>	Renforcement et élargissement l'accès des adultes et enfants vivant avec le VIH aux TARV	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la remise à niveau annuelle de chaque catégorie d'agents impliqués dans la prise en charge des PVVIH (infirmiers, médecins, techniciens de laboratoire, agents de dispensation) ; • Former 74 médecins référents supplémentaires ; • Doter chaque centre de référence d'équipements pour la prise en charge médicale et le suivi biologique des PVVIH en fonction des besoins ;

			<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir les ARV, réactifs et consommables de laboratoire et en assurer la distribution aux centres de référence ; • Assurer l'éducation thérapeutique et le suivi de l'observance au niveau des 47 centres de référence; • Réformer le système de documentation de la prise en charge des PVVIH ; • Organiser des rencontres semestrielles d'échange d'expériences entre personnels impliqués dans la prise en charge des PVVIH ; • Appuyer la participation à des formations/ conférences à l'extérieur des médecins les plus performants en matière d'organisation de la prise en charge des PVVIH.
<p>Produit : 3.1.2 : 7 759 adultes et 1 132 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes.</p>	Amélioration de la prophylaxie et de la prise en charge des infections opportunistes	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir les médicaments nécessaires à la prophylaxie et la prise en charge des infections opportunistes (Tuberculose exclue) et en assurer la distribution aux centres de référence ; • Assurer la prophylaxie et la prise en charge des infections opportunistes dans les 47 centres de références, conformément aux directives nationales.
<p>Produit 3.1.3 : 858 patients coïnfectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux.</p>	Renforcement et extension de l'intégration du counseling et dépistage dans les activités des CDT	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le counseling et dépistage dans les activités de 125 CDT supplémentaires ; • Former le personnel des 125 CDT intégrant nouvellement de counseling et dépistage et assurer la mise à niveau du personnel des 95 anciens CDT/Centre de dépistage sur le counseling ; • Approvisionner les 220 CDT en réactifs et consommables pour le dépistage du VIH ; • Intégrer le counseling et dépistage dans les Organiser l'offre de services de counseling et dépistage dans les 220 CDT; • Référer les patients dépistés VIH positifs aux centres de référence pour la prise en charge de l'infection à VIH. • Intégrer le counseling et dépistage dans les Organiser l'offre de services de counseling et dépistage dans les 220 CDT; • Référer les patients dépistés VIH positifs aux centres de référence pour la prise en charge de l'infection à VIH.
	Amélioration de la prise en charge des coïnfections Tuberculose-VIH	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Recycler les médecins des 47 centres de référence sur le diagnostic des cas de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie négative ; • Organiser la prise en charge de la tuberculose chez les patients VIH positifs au niveau des 47 centres de référence.

	Renforcement du partenariat entre les centres de référence et la société civile dans l'offre de services de soutien psychologique des PVVIH	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer les directives nationales en matière de prise en charge psychosociale des PVVIH ainsi qu'un guide de formation et de prestation ; • Former les prestataires des associations des PVVIH sur la base des nouveaux guides ; • Appuyer l'organisation par les associations de PVVIH d'activités de soutien psychologique (groupes de parole, visites à domicile et à l'hôpital, éducation thérapeutique) ; • Mettre en place un dispositif de soutien aux activités génératrices de revenus.
Produit 3.1.4 : 13 888 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique, social et juridique.	Renforcement de l'éducation et de la prise en charge nutritionnelle des adultes et enfants vivant avec le VIH	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un guide sur l'éducation nutritionnelle avec un recueil de mets faits à base de vivres locaux accessibles, en assurer la duplication et la distribution aux PVVIH ; • Former les prestataires des associations de PVVIH sur l'éducation nutritionnelle ; • Organiser des cycles de session d'éducation nutritionnelle au bénéfice des PVVIH et de leur famille ; • Acquérir les vivres et en assurer la distribution aux patients hospitalisés.
	Mise en place d'un mécanisme d'appui à la protection des droits des personnes vivant avec le VIH	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la révision de la loi portant protection des droits des PVVIH en vue d'encadrer les conditions de criminalisation de la transmission intentionnelle du VIH ; • Produire un livret reprenant les dispositions de la loi révisé après son adoption et en assurer la diffusion auprès des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles ; • Organiser les activités de sensibilisation des populations en générale sur la loi révisé et les mécanismes de soutien mis en place ; • Appuyer les cliniques juridiques en vue de fournir des services d'assistance judiciaires aux PVVIH souhaitant faire prévaloir leurs droits en justice

Effet 3.2 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici fin 2017

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
Produit 3.2.1 : 8 440 personnes vivant dans un ménage de PVVIH sensibilisés sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVVIH.	Intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Produire et diffuser un livret d'information sur les méfaits de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des PVVIH ; • Organiser des réunions de discussions avec les familles de PVVIH sur les méfaits de la stigmatisation et de la discrimination ; • Produire, sur une base mensuelle, une émission radio et TV dédiée à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans les principales chaînes publiques.

Effet 3.3 : Au moins 80% des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici fin 2017

Produits	Stratégies/ interventions	Zones d'intervention	Principales activités
Produit 3.3.1 : 10 205 enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.	Renforcement de la prise en charge sociale des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables.	22 régions	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer les directives nationales en matière de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables ; • Former/recycler les prestataires des agences d'exécution des interventions de prise en charge des OEV ; • Assurer l'accès aux services sociaux de base (soins de santé, éducation, formation professionnelle, nutrition) des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables.

4.7. SYSTEME DE SUIVI-EVALUATION

Le PSN 2013-2017 est accompagné d'un plan national de suivi-évaluation qui :

- fournit les définitions des indicateurs du cadre de résultats du PSN ainsi que les sources des données ;
- décrit les circuits de collecte des données sanitaires et non-sanitaires ;
- définit les modalités de traitement, analyse, sauvegarde et utilisation des données de routine ;

- définit les mécanismes de supervision et de l'assurance-qualité des données ;
- planifie les études permettant d'obtenir les données sur les indicateurs d'impacts et d'effets du PSN, incluant la surveillance épidémiologique ;
- décrit les mécanismes de coordination du système national de suivi-évaluation ;
- définit le plan de renforcement des capacités logistiques et en ressources humaines en suivi-évaluation ;
- décrit le plan de travail budgétisé pour les 5 années couvertes par le PSN.

Le plan de suivi-évaluation fait partie intégrante du présent Plan Stratégique National de réponse aux IST, VIH et sida 2013-2017.

Sur la base des forces et faiblesses du système de suivi-évaluation, identifiées au terme de l'analyse de la réponse, les interventions prioritaires en matière de suivi-évaluation sont les suivantes :

Stratégies/Interventions prioritaires	Principales activités
Renforcement des capacités en suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et mettre en œuvre le plan de formation du personnel des unités de suivi-évaluation du SE/CNLS, PNLS et structures de coordination régionale ; • Réviser les outils de collecte des données non-sanitaires ; • Elaborer le guide formation des intervenants en suivi-évaluation ; • Former les intervenants en suivi-évaluation aux différents niveaux ; • Assurer la dotation des points de prestation et des structures de coordination régionale en outils de collecte et compilation des données ; • Assurer la dotation des structures de coordination régionale, du PNLS et du SE/CNLS en moyens logistiques.
Renforcement du système de collecte, traitement, analyse, diffusion et utilisation des données de routine	<ul style="list-style-type: none"> • Former les prestataires chargés de la collecte, traitement et analyse des données aux différents niveaux ; • Organiser la collecte et le traitement des données conformément aux circuits définis ; • Produire et diffuser le rapport trimestriel de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH ; • Elaborer et mettre en œuvre un plan de supervision, de contrôle de qualité et de validation des données de routine ; • Réaliser annuellement l'étude d'estimation des dépenses relatives au VIH/SIDA.

Stratégies/Interventions prioritaires	Principales activités
Renforcement de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les protocoles de surveillance épidémiologique chez les populations clés les plus exposées (HSH, PS, CDI et détenus) ; • Réaliser chaque année une surveillance sentinelle chez les femmes enceintes ; • Organiser tous les deux ans l'enquête de surveillance comportementale et biologique du VIH chez les populations clés les plus exposés au VIH ; • Réaliser, annuellement, l'analyse de la survie des PVVIH sous ARV ; • Mettre en place un système de surveillance de la pharmaco-résistance aux ARV.
Evaluation et Promotion de la recherche opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour le SPECTRUM en années 2 et 5 ; • Réaliser une enquête sur les indicateurs du Sida en années 2 et 5; • Elaborer et mettre en œuvre un plan de recherche sur le VIH en lien avec les besoins en informations stratégique de la réponse nationale ; • Organiser l'évaluation externe du PSN en années 3 et 5.
Renforcement de la coordination du système de suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser et formaliser le groupe technique de suivi-évaluation ; • Rendre fonctionnel le groupe technique de suivi-évaluation ; • Appuyer le fonctionnement des unités suivi-évaluation des structures de coordination régionales ; • Appuyer le fonctionnement des unités de suivi-évaluation du PNLS et du SE/CNLS ; • Organiser une revue annuelle de la réponse nationale au VIH

4.8. CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET DE COORDINATION

4.8.1. Cadre institutionnel de la mise en œuvre de la réponse nationale au sida

La mise en œuvre du PSN 2013-2017 se fera dans un cadre organisationnel et institutionnel comportant des organes et structures (i) d'orientation et de décisions, (ii) de coordination et de suivi, (iii) d'exécution, (iv) de concertation et d'appui technique.

4.8.2. Organes d'orientation et de décision

Les organes d'orientation et de décisions sont représentés par :

- le Comité National de Lutte contre le Sida (au niveau national),
- le Comité Régional de Lutte contre le Sida (au niveau régional)

- le Comité Local de Lutte contre le Sida (au niveau communal)
- le Mécanisme de Coordination Nationale (CCM) (spécifiquement pour les programmes subventionnés par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme)

4.8.2.1. Le Comité National de Lutte contre le Sida

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe multisectoriel et pluridisciplinaire d'orientation politique et stratégique de la lutte contre le sida à Madagascar. Le CNLS a été mis en place par décret présidentiel N° 2002-1156 du 02 octobre 2002. Ce décret a été révisé afin de prendre en compte les évolutions du cadre institutionnel de réponse au VIH et au sida. Placé sous l'autorité du Président de la Transition, Chef de l'Etat, le CNLS est composé des représentants du Gouvernement, de la société civile et des partenaires au développement.

Principales missions du CNLS :

Dans le domaine de l'orientation politique:

- ✘ donner les orientations politiques et valider le Plan Stratégique National pour une réponse efficace aux IST, au VIH et au sida ;
- ✘ mener les actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le développement de partenariat ;
- ✘ valider le plan national de réponse multisectorielle annuel ;
- ✘ valider le rapport annuel de la réponse nationale face aux IST, au VIH et au sida ;
- ✘ garantir l'intégration du volet VIH dans les programmes sectoriels, les politiques et programmes généraux de l'Etat, les programmes et projets de développement ;
- ✘ prendre en compte les conclusions des évaluations dans l'orientation globale de la réponse nationale ;
- ✘ valider le plan de travail annuel et le budget du Secrétariat Exécutif du CNLS.

Dans le domaine de la mobilisation des ressources :

- ✘ proposer au Chef de l'Etat une politique de mobilisation de ressources aux niveaux national et international ;

Dans le domaine de l'environnement institutionnel :

- ✘ garantir la mise en place d'un environnement favorable à une réponse multisectorielle face au VIH ;
- ✘ promouvoir la protection des droits humains et recommander au pouvoir législatif l'intégration du VIH/sida dans les instruments juridiques existants (code de travail, code de santé, ...)
- ✘ promouvoir la recherche.

Composition :

Bureau:

- ❑ **Président** : le Chef de l'Etat
- ❑ **Premier Vice-président** : le Premier Ministre, Chef du Gouvernement
- ❑ **Deuxième Vice-président** : le Ministre en charge de la santé ;
- ❑ **Troisième Vice-président** : le Représentant de la société civile
- ❑ **Secrétaire permanent** : le Secrétaire Exécutif.

Membres :

- ❑ Le Président de la Chambre Haute;
- ❑ Le Président de la Chambre Basse ;
- ❑ Onze (11) Ministres en charge respectivement, des finances, de l'éducation, du tourisme, des mines, de la sécurité, de la justice, du transport, du développement rural, du travail, de la jeunesse et des affaires sociales ;
- ❑ Vingt-deux (22) Présidents des Comités Régionaux de Lutte contre le Sida ;
- ❑ Trois (3) représentants des leaders religieux et des organisations confessionnelles ;
- ❑ Deux (2) représentants des associations des paysans (Chambre de l'Agriculture);
- ❑ Quatre (4) représentants du Conseil National de Travail dont 2 représentants des syndicats des travailleurs et 2 représentants de patronat ;
- ❑ Deux (2) représentants des associations des femmes ;
- ❑ Un (1) représentant des plateformes des média et journalistes ;
- ❑ Deux (2) représentants des personnes vivant avec le VIH ;
- ❑ Deux (2) représentants des réseaux de populations clés les plus exposées aux risques d'infection à VIH ;
- ❑ Un (1) représentant des organisations des droits de l'homme ;
- ❑ Deux (2) représentants du Conseil National de la Jeunesse ;
- ❑ Un (1) représentant de la commission multisectorielle de lutte contre la drogue.

Fonctionnement :

Le CNLS se réunit en session ordinaire une fois par an et en session extraordinaire en cas de besoin, sur convocation de son Président. Le Secrétaire Exécutif assure l'organisation de la réunion, le secrétariat technique et la mise en œuvre des activités du CNLS durant les intersessions de ce dernier.

4.8.2.2. Le Comité Régional de Lutte contre le Sida (CRLS)

Le CRLS est l'organe d'orientation stratégique et de la gestion de la réponse multisectorielle face au VIH et au Sida au niveau de la Région.

Principales missions du CRLS :

- ❑ Faire une supervision générale de l'ensemble du programme mené au niveau régional ;
- ❑ Assurer le respect, au niveau régional, de l'orientation politique globale définie par le CNLS ;
- ❑ Développer le partenariat au niveau régional ;
- ❑ Soumettre au CNLS, à travers son Secrétariat Exécutif, les rapports annuels de la réponse régionale face au VIH ;
- ❑ Définir les priorités régionales en matière de riposte : analyse de la situation et identification des porteurs d'enjeu et populations les plus exposées aux risques d'infection à VIH et des groupes vulnérables, des stratégies et actions prioritaires adaptées et contribuant à l'atteinte des objectifs nationaux ;
- ❑ Elaborer le Plan Régional Intégré de réponse aux IST et au VIH et assurer son intégration au Plan de Développement Régional ;
- ❑ Soumettre pour validation au Conseil Régional le Plan Régional Intégré de réponse aux IST, au VIH et au sida ;
- ❑ Valider le rapport de réalisation technique et financière élaboré et consolidé à partir des rapports des acteurs de mise en œuvre au niveau communal ;
- ❑ Mobiliser les ressources au niveau régional pour la mise en œuvre des actions communes ;
- ❑ Proposer les mesures administratives et réglementaires en vue d'améliorer l'environnement de la riposte au niveau régional ;
- ❑ Effectuer le suivi intégré de la riposte en utilisant les outils mis à la disposition de la Région (indicateurs clés, tableau de bord).

Composition du CRLS :

Président : Le Chef de Région

Membres :

- ❑ Un (1) représentant de chaque Service Technique Déconcentré émanant des secteurs clés au niveau de la Région en matière de réponse face au VIH (santé, éducation, tourisme, jeunesse, travail, mine, transport, travaux publics, sécurité, affaires sociales,..) ;
- ❑ Deux (2) représentants des personnes vivant avec le VIH ;
- ❑ Deux (2) représentants des groupes plus exposés aux risques du VIH ;
- ❑ Deux (2) représentants du Conseil Régional de la Jeunesse, âgés de 15 – 24 ans ;
- ❑ Quatre (4) représentants des organisations non gouvernementales ou associations œuvrant pour la réponse face au VIH dans la Région ;
- ❑ Deux (2) représentants des professionnels du média.

Fonctionnement du CRLS :

Le CRLS se réunit en session ordinaire une fois par semestre, et en session extraordinaire autant que de besoin sur convocation de son Président.

4.8.2.3. Le Comité Local de Lutte contre le Sida (CLLS)

Le CLLS est l'organe d'orientation stratégique et de la gestion de la réponse multisectorielle face au VIH et au Sida au niveau de la Commune. Il est mis en place dans les communes figurant sur la liste des communes prioritaires définie par le CNLS suivant leur niveau de vulnérabilité.

Principales missions du CLLS :

- Faire une supervision générale de la mise en œuvre de l'ensemble du programme de réponse au VIH et au Sida au niveau local ;
- Développer le partenariat local ;
- Mobiliser et mettre en commun les ressources pour les actions de portée communale ;
- Identifier les priorités de la Commune en matière de riposte au VIH selon les groupes cibles et sa traduction en plan local ;
- Identifier les partenaires/prestataires pour la mise en œuvre des actions prioritaires ;
- Effectuer le suivi de la mise en œuvre du plan local de riposte au niveau communal ;
- Assurer la transmission des données (non sanitaires) au niveau régional ;
- Assurer la mobilisation communautaire et le plaidoyer au niveau local.

Composition du CLLS :

Président : Le Maire de la Commune ou son Adjoint.

Membres :

- Le Président du Conseil Communal/Municipal ;
- Le Chef de Centre de Santé de Base (CSB), chargé du Secrétariat technique ;
- Le Chef de Zone d'Administration Pédagogique (ZAP) ;
- Un (1) représentant des personnes vivant avec le VIH issues d'associations œuvrant au niveau communal pour le soutien des PVVIH ;
- Deux (2) représentants des groupes de population plus exposés aux risques du VIH,
- Deux (2) représentants des jeunes (âgés de 15 – 24 ans) ;
- Deux (2) représentants des organisations à base communautaire œuvrant pour la réponse face au VIH ou la santé ou le développement social dans la commune ;
- Deux (2) représentants des leaders communautaires ;
- Un (1) représentant des organisations confessionnelles ;
- Un (1) représentant du secteur sécurité.

Fonctionnement du CLLS :

Le CLLS se réunit en session ordinaire une fois par trimestre, et en session extraordinaire en tant que de besoin sur convocation de son Président.

4.8.2.4. Le Mécanisme de Coordination Nationale (CCM) des programmes subventionnés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Le CCM est le mécanisme spécifique de coordination des programmes subventionnés par le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Le CCM a pour mission de coordonner l'élaboration des propositions à soumettre au Fonds Mondial et d'en suivre la mise en œuvre selon les politiques nationales en la matière, en vue de contribuer à la réduction de l'impact du Sida, de la Tuberculose et du Paludisme sur la population dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ainsi le CCM contribuera à la mobilisation des ressources pour le financement du PSN 2013-2017 auprès du Fonds Mondial.

4.8.3. Organes de coordination et de suivi

Les organes de coordination et de suivi sont représentés par :

- Le Secrétariat Exécutif (SE) du CNLS ;
- Le PNLs et autres points focaux ministériels;
- Les Comités Techniques Régionaux de Lutte contre le Sida ;
- Le Conseil National du Travail ;
- Les Réseaux d'organisations de la société civile;

4.8.3.1. Le Secrétariat Exécutif du CNLS

La SE/CNLS est l'organe unique de coordination stratégique et de gestion multisectorielle de la riposte à l'échelon national.

Le SE/CNLS est spécifiquement chargé de :

- assurer le secrétariat du CNLS dont il organise les réunions ;
- fournir l'appui technique et administratif au CNLS dans l'accomplissement de ses fonctions ;
- élaborer et diffuser les documents politiques et stratégiques nationaux de référence, conformément aux orientations politiques du CNLS, en particulier le Plan Stratégique National et ses documents annexes (Plan national de suivi et évaluation,) ;
- élaborer le Plan National annuel de Réponse ;
- organiser et faciliter les revues périodiques et l'évaluation de la réponse nationale ;
- intégrer Madagascar dans les dynamiques, les initiatives et les opportunités internationales ;
- assurer l'appropriation nationale des outils et des standards internationaux en matière d'approche multisectorielle ;
- produire les rapports techniques et financiers pour le CNLS à la fin de chaque année fiscale, en vue d'obtention de quitus ;
- proposer les pistes de réflexion à l'endroit des ministères sectoriels sur une révision éventuelle des textes législatifs pour l'amélioration de l'environnement institutionnel et

juridique de la riposte ;

- ❑ développer les outils techniques pour la coordination, la planification et le suivi-évaluation de la réponse multisectorielle ;
- ❑ diffuser les textes juridiques et les outils techniques relatifs à l'approche multisectorielle au niveau national ;
- ❑ appuyer les organes de coordination et de suivi au niveau décentralisé en terme de normes de gestion loco-régionale de la réponse ;
- ❑ présider, dynamiser et animer le Forum des partenaires et le groupe restreint de suivi évaluation ;
- ❑ gérer les informations stratégiques et le système d'information national relatif au VIH ;
- ❑ effectuer le suivi de la gestion des ressources mises à disposition de la réponse nationale (ressources nationales et externes) ;
- ❑ produire les rapports pour le système national de suivi évaluation et à l'échelon international ;
- ❑ coordonner les recherches relatives au VIH et au Sida convenu de commun accord avec les ministères sectoriels concernés ;
- ❑ assurer l'harmonisation et l'alignement des aides et assistances techniques apportées par les partenaires techniques et financiers dans la réponse nationale.

Le SE/CNLS est dirigé par un Secrétaire Exécutif nommé par le Président de la République, Président du CNLS.

Sous la supervision du bureau du CNLS, le Secrétaire Exécutif rend compte au Président du CNLS.

Il dispose d'une équipe multidisciplinaire qui comprendra notamment des experts en gestion, en communication, en planification, en économie de la santé, en suivi-évaluation et en administration et finance.

Cette équipe sera renforcée autant que de besoin par des experts nationaux et/ou internationaux.

4.8.3.2 : Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) du Ministère en charge de la Santé et les Points Focaux des Ministères autres que celui de la santé

Le PNLS est la direction centrale du Ministère en charge de la santé, mandatée pour la coordination de la réponse du secteur de la santé au VIH et au sida. Chaque ministère engagé dans la lutte contre le sida désigne également une équipe servant de point focal VIH/sida.

Le PNLS et les points focaux des ministères ont pour missions de :

- ❑ assurer le plaidoyer en ce qui concerne l'engagement du ministère et la mobilisation des ressources internes en faveur de la lutte contre le sida ;
- ❑ faciliter l'élaboration et la mise en œuvre du plan sectoriel de lutte contre le sida ;
- ❑ coordonner les interventions de lutte contre le sida au niveau du ministère ;

- ❑ organiser la collecte, le traitement et l'analyse des données relatives à la mise en œuvre des interventions de lutte contre le sida au niveau du ministère ;
- ❑ élaborer les rapports périodiques à transmettre au SE/CNLS ;
- ❑ apporter un appui technique aux intervenants dans la lutte contre le sida au niveau du secteur sous la responsabilité du ministère ;
- ❑ veiller au respect des normes de qualité dans la mise en œuvre des interventions en rapport avec la lutte contre le sida.

4.8.3.3. La Cellule Technique Régionale de Lutte contre le Sida (CTRLS)

La CTRLS est l'organe chargé d'assurer le Secrétariat Technique du CRLS, disposant des expertises en planification, en gestion et en suivi-évaluation. Elle sera à cet effet appelée fournir les appuis techniques nécessaires aux structures d'exécution au niveau régional. Les membres de la CTRLS sont désignés par le CRLS parmi les techniciens issus de l'administration régionale, notamment de la Région et des Services Techniques Déconcentrés et comprendront :

- ☞ une personne chargée d'assurer l'appui dans la coordination et la planification au niveau régional ;
- ☞ le Responsable IST/VIH/Sida de la Direction Régionale de la Santé Publique ;
- ☞ une personne chargée du suivi-évaluation.

Chaque membre de la CTRLS travaille au quotidien au niveau de son institution. Les membres de la CTRLS organiseront une réunion au moins une fois par mois pour faire le point de la mise en œuvre du plan d'action de lutte contre le Sida de la région.

4.8.3.4. Les réseaux d'organisations de la société civile

La société civile impliquée dans la lutte contre le Sida est structurée en plusieurs réseaux :

- ❑ MADAIDS (Réseau des Associations de personnes vivant avec le VIH);
- ❑ FIMIZORE (Réseau des Associations œuvrant dans la lutte contre le sida auprès des PS) ;
- ❑ PLEROC (Plateforme des Leaders religieux et organismes confessionnels) ;
- ❑ Solidarité des MSM (Réseau des Associations œuvrant dans la lutte contre le Sida auprès des HSH) ;
- ❑ Réseau des femmes séropositives au VIH de Madagascar ;
- ❑ CAFED (Confédération des Associations Femme et Développement) ;
- ❑

Chaque réseau a pour mission de :

- ❑ Promouvoir l'implication des organisations membres dans la lutte contre le Sida ;
- ❑ Veiller à la prise en compte des organisations membres dans les programmes nationaux de lutte contre le sida ;
- ❑ Contribuer à la mobilisation des ressources pour le financement des volets du programme de lutte contre le Sida mis en œuvre par les organisations membres ;

- ❑ Servir d'organe de coordination des interventions relatives à la lutte contre le sida de ses organisations membres ;
- ❑ Assurer la collecte des données sur les activités des organisations membres ;
- ❑ Représenter les organisations membres au niveau du CNLS, du CCM et autres mécanismes de coordination nationale.

4.8.3.5 : Le Conseil National du Travail (CNT)

La CNT est un organe tripartite de consultation, de dialogue, de concertation, de négociation entre les partenaires sociaux et d'information en matière d'emploi et de formation professionnelle, de protection sociale, de travail et de salaire, mis en place par décret N° 2005-329 du 31 mai 2005.

Le CNT assure la coordination de la réponse du secteur privé au VIH en collaboration, pour les entreprises du secteur formel, avec la Coalition des Entreprises Citoyennes de Madagascar (CECM).

Dans le cadre de la lutte contre le VIH et le Sida, le CNT a pour mission de :

- ❑ faire le plaidoyer pour la mise en place des politiques internes de lutte contre le sida sur le lieu du travail dans les entreprises privées et parapubliques, conformes aux directives internationales en la matière ;
- ❑ assister les entreprises privées et parapubliques dans la conduite des processus d'élaboration des politiques et programmes de lutte contre le sida sur le lieu du travail ;
- ❑ assurer le suivi de la mise en œuvre des politiques et programmes de lutte contre le sida sur le lieu du travail ;
- ❑ favoriser le partenariat entre le public et le privé en vue de l'accès des travailleurs aux facilités mises en place dans le cadre de la lutte contre le sida ;
- ❑ encourager les entreprises à participer aux efforts nationaux de lutte contre le sida.

4.8.4. Organes d'exécution

Les organes d'exécution sont les directions/services des ministères, formations sanitaires, les établissements scolaires, les organisations de la société civile, les entreprises. Ces organes sont chargés de la mise en œuvre sur le terrain des programmes et projets de lutte contre le sida.

4.8.5. Cadres de concertation et groupes consultatifs

Les cadres de concertation et groupes consultatifs suivants seront mis en place ou renforcés :

- ❑ Le Forum des partenaires ;
- ❑ Le Comité Technique Multisectoriel ;
- ❑ Le Groupe Technique consultatif.

4.8.5.1. Le Forum des partenaires

Le Forum des partenaires constitue le cadre formel de concertation et de plateforme de coordination

et de communication entre les institutions/organisations nationales Malagasy et leurs partenaires internationaux.

Le Forum des partenaires aura pour mission de contribuer à :

- ❑ la détermination des stratégies nationales de riposte découlant des orientations politiques définies par le CNLS ;
- ❑ l'élaboration et la revue du Plan Stratégique National pour une réponse efficace face au VIH et au sida ;
- ❑ l'harmonisation, la synergie et l'alignement des aides et des assistances techniques internationales suivant les besoins exprimés par la partie nationale ;
- ❑ la facilitation et l'appui aux efforts de mobilisation des ressources du Gouvernement auprès de divers partenaires financiers ;
- ❑ la revue périodique de la mise en œuvre du programme national ;
- ❑ la promotion d'un environnement d'ouverture et de transparence grâce aux échanges d'informations stratégiques ;
- ❑ l'organisation du soutien des partenaires au développement à la réponse décentralisée par le biais de partenariats provinciaux, régionaux et locaux ;
- ❑ l'intégration de Madagascar dans les dynamiques, les initiatives et les opportunités internationales ;
- ❑ la mise à disposition des normes et des standards internationaux ;
- ❑ le renforcement des compétences nationales.

Le Forum des partenaires est composé ainsi qu'il suit :

Président : le Secrétaire Exécutif du CNLS

Vice-Président : le Coordonnateur inter-pays ONUSIDA

Membres :

- ❑ Un représentant de la société civile, élu par le collège de société civile au sein du Forum des partenaires, 2ème Vice-président ;
- ❑ Les Administrateurs de programme ayant trait au VIH et au sida des agences du système des Nations Unies ;
- ❑ Les Administrateurs de programmes des agences de coopération bilatérale et multilatérale ;
- ❑ Les représentants des agences de coopération régionale ;
- ❑ Les dirigeants des ONG internationaux et les organisations de la société civile nationale et confessionnelles ;
- ❑ Les hauts responsables du secteur privé ;
- ❑ Les hauts responsables ayant un pouvoir décisionnel et maîtrisant la mission et la politique des ministères sectoriels clés (ayant au moins le rang d'un Directeur de Ministère) ;

- Le représentant de l'Instance de Coordination pays du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Le Secrétariat du Forum des Partenaires est assuré par l'unité en charge de la coordination multisectorielle au sein du Secrétariat Exécutif du CNLS. Le Forum des partenaires se réunit au moins deux fois par an suivant l'invitation de son Président.

4.8.5.2. Le Comité Technique Multisectoriel (CTM)

Le CTM est un organe technique d'appui au SE/CNLS dans la coordination opérationnelle de la réponse. Il s'agit d'un organe faîtière regroupant les techniciens des secteurs clés impliqués dans la réponse.

Le CTM a pour mission de :

- examiner et décider de la traduction opérationnelle des orientations politiques et des stratégies;
- garantir la pertinence et l'opérationnalisation des plans sectoriels et intersectoriels ;
- veiller à l'utilisation rationnelle et efficace des ressources mobilisées ;
- assurer la mise en œuvre synergique et coordonnée de la réponse au VIH et au Sida ;
- proposer aux instances de décision, en cas de besoin, des dispositions techniques visant à l'amélioration de l'environnement institutionnel, juridique et éthique de la réponse face au VIH et au Sida ;
- veiller au respect du mécanisme unique de suivi évaluation relatif au programme VIH et Sida.

Le CTM est composé ainsi qu'il suit :

Président : le Secrétaire Exécutif du CNLS ;

1^{er} Vice – Président : le représentant du Ministère en charge de la Santé ;

2^{ème} Vice – Président : un représentant de la société civile ou du secteur privé.

Membres :

- Les points focaux VIH/Sida désignés par les ministères sectoriels chargés respectivement de la santé, l'éducation, des finances, du tourisme, des mines, de la sécurité, de la Justice, du transport, du développement rural, du travail, de la jeunesse et de la population ;
- Les chargés de programme VIH/Sida des organismes non gouvernementaux internationaux et des organisations de la société civile nationale et confessionnelles ;
- Les représentants des groupements professionnels du secteur privé.

Le Secrétariat du CTM est assuré par l'unité en charge de la coordination multisectorielle au sein du Secrétariat Exécutif du CNLS.

Le CTM se réunit au moins deux (2) fois par an sur convocation de son Président. Des réunions conjointes du Comité Technique Multisectoriel et du Forum des partenaires peuvent être organisées, en tant que de besoin, par le Comité Technique Multisectoriel.

4.8.6. Groupes Techniques consultatifs

Le SE/CNLS peut mettre en place des groupes techniques consultatifs. Ces groupes ont pour mission de l'appuyer dans la coordination, la définition des normes, le contrôle de qualité dans un volet donné de la réponse. Le Groupe technique en suivi-évaluation a déjà été mis en place.

Les autres groupes techniques suivants seront mis en place :

- Groupe technique sur les interventions en faveur des populations clés les plus exposées au VIH
- Comité technique de prise en charge
- Commission biologique
- Groupe technique PTME.

4.8.7. Organisation de la réponse nationale

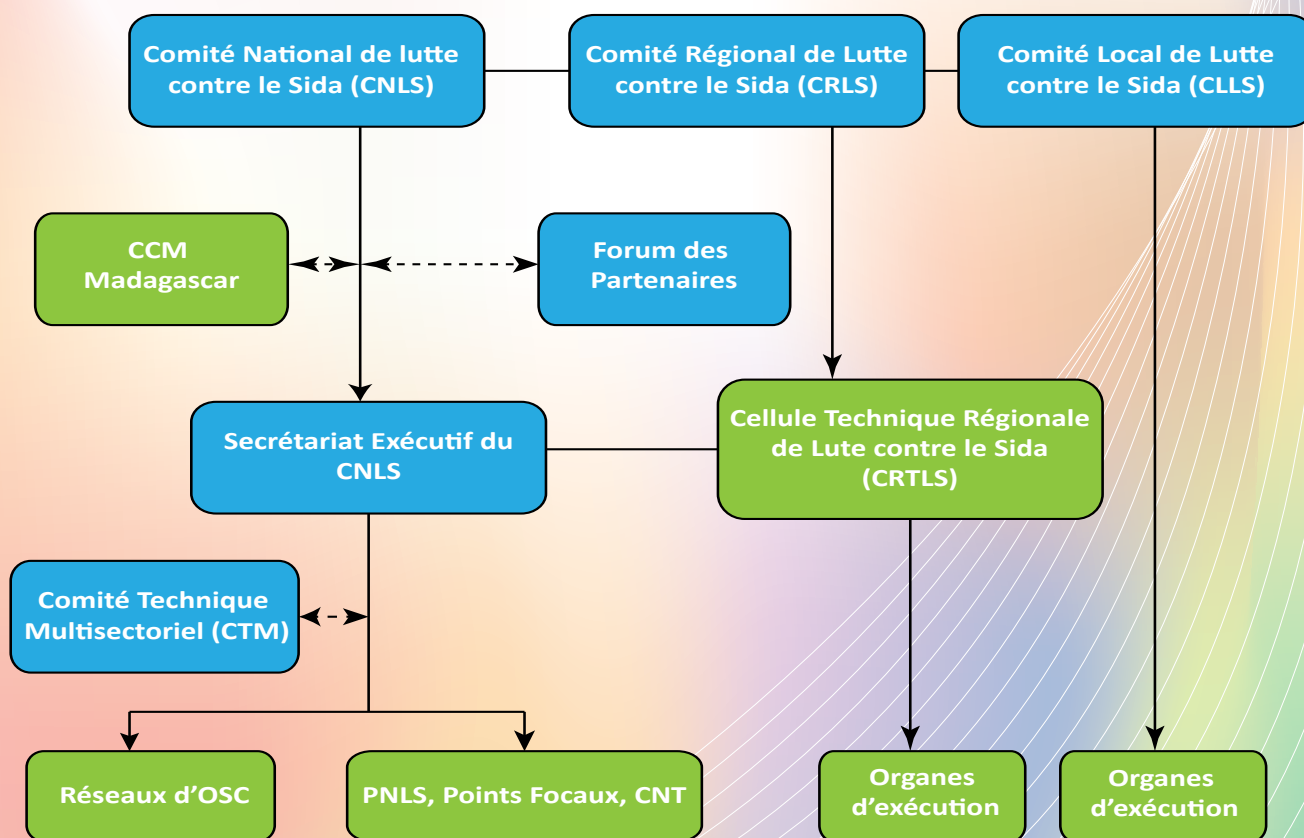


Figure XI : Organisation de la réponse au VIH de Madagascar

4.8.8. Interventions prioritaires de coordination

Stratégies/Interventions prioritaires	Principales activités
Renforcement de la coordination de la réponse nationale au VIH et au Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser le décret portant création du CNLS afin de prendre en compte l'évolution du cadre institutionnel ; • Assurer le fonctionnement régulier du CNLS; • Equiper les CTRLS au niveau des 22 régions; • Assurer le fonctionnement régulier de la SE/CNLS, du PNLS et des CTRLS ; • Conduire le processus participatif d'élaboration des plans opérationnels multisectoriels des deux premières années et des trois dernières années de mise en œuvre du PSN.
Renforcement du plaidoyer et du partenariat en faveur de la réponse nationale au VIH et au Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le fonctionnement régulier du Forum des partenaires et des groupes techniques consultatifs ; • Appuyer le fonctionnement des réseaux d'organisations de la société civile et du CNT ; • Organiser des réunions trimestrielles de coordination entre le SE/CNLS et les CTRLS.
Mobilisation et gestion rationnelle et transparente des ressources allouées à la lutte contre le VIH et le Sida	<ul style="list-style-type: none"> • Conduire les processus d'élaboration d'une demande de subvention au Fonds Mondial suivant le nouveau mécanisme de financement ; • Elaborer un dossier de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le financement du PSN 2013-2017 ; • Organiser au cours du premier trimestre 2013 une table-ronde de mobilisation des ressources pour le financement du PSN 2013-2017 ; • Mettre en place un dispositif de suivi financier (incluant l'audit interne) et de renforcement des capacités en gestion financière de tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH et le Sida ; • Réaliser annuellement un audit externe des comptes des institutions intervenant dans la mise en œuvre du PSN, et partager les rapports avec les partenaires techniques et financiers.

4.8.9. Processus d'élaboration des plans opérationnels

Pour faciliter la mise en œuvre de ce PSN, un processus participatif d'élaboration des plans opérationnels multisectoriels (pour les deux premières années, puis pour les trois dernières années) sera conduit après l'adoption du PSN par le CNLS. L'élaboration des plans opérationnels des trois dernières années prendra en compte les résultats de l'évaluation à mi-parcours qui sera organisée au cours de la troisième année.

Les plans opérationnels permettront de détailler des activités devant contribuer à atteindre les résultats, d'indiquer les parties prenantes responsables de la mise en œuvre, les coûts de chaque activité et le chronogramme de leur exécution.

Les deux processus de planification opérationnelle seront conduits en respectant les principes suivants :

- alignement au PSN 2013-2017 ;
- participation de tous les acteurs et des communautés ;
- planification sur une base décentralisée ;

- consolidation au niveau national des Plans opérationnels régionaux.

Chaque plan opérationnel annuel sera décentralisé et multisectoriel.

Le processus suivra les trois grandes étapes suivantes :

Etape 1 : Planification opérationnelle au niveau de chaque Région

Cette planification opérationnelle sera réalisée au cours d'un atelier rassemblant l'ensemble des parties prenantes de la réponse au VIH au niveau de chaque région, sous la coordination du CTRLS et avec l'appui technique de l'équipe nationale de coordination du processus de planification stratégique et opérationnelle.

Dans le cadre de ce processus, les parties prenantes définiront :

- les résultats à atteindre par la Région pour chaque année concernée par les plans opérationnels, ainsi que les données de référence et les cibles par période ;
- les activités nécessaires et suffisantes pour obtenir ces résultats ;
- les institutions ou organisations qui seront responsables de la mise en œuvre de chaque activité ;
- les modalités et le calendrier de mise en œuvre de ces activités ;
- les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires y compris le renforcement des capacités pour la mise en œuvre de ces activités.

Un atelier de validation du plan opérationnel multisectoriel sera organisé au niveau de chaque Région.

Etape 2 : Consolidation des plans multisectoriels régionaux au niveau national

Les plans opérationnels régionaux seront consolidés au niveau national, en y incluant les activités de coordination du niveau central. Cette consolidation sera assurée par l'équipe de coordination du processus de planification opérationnel en lien avec les responsables de chaque secteur.

Le plan opérationnel de chaque année sera présenté par effets et produits du PSN en distinguant les activités spécifiques à chaque région.

Etape 3 : Validation du plan national multisectoriel

Le plan opérationnel multisectoriel consolidé sera validé au cours d'un atelier auquel participeront les délégués de tous les secteurs du niveau national ainsi que les responsables des CTRLS.

4.9. CADRAGE BUDGETAIRE

4.9.1. Budget global du PSN

Le tableau 14 présente le budget global du PSN 2013-2017.

Tableau 14: Budget du PSN 2013-2017

Impacts du PSN 2013-2017	Budget en \$ US	%
Impact 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit d'au moins 50% dans les sous-populations les plus exposées aux risques d'infection à VIH dans la population générale d'ici fin 2017	101 261 733	54,7%
Impact 2 : La proportion des nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives est réduite à moins de 5% d'ici fin 2017	32 768 391	17,7%
Impact 3 : La survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TARV est accrue à au moins 95% d'ici fin 2017	32 352 201	17,5%
Système de suivi-évaluation	12 558 249	6,8%
Cadre de mise en œuvre et Coordination	6 160 960	3,3%
Total	185 101 534	100,0%

La figure 12 présente la répartition du budget par impact et par année.

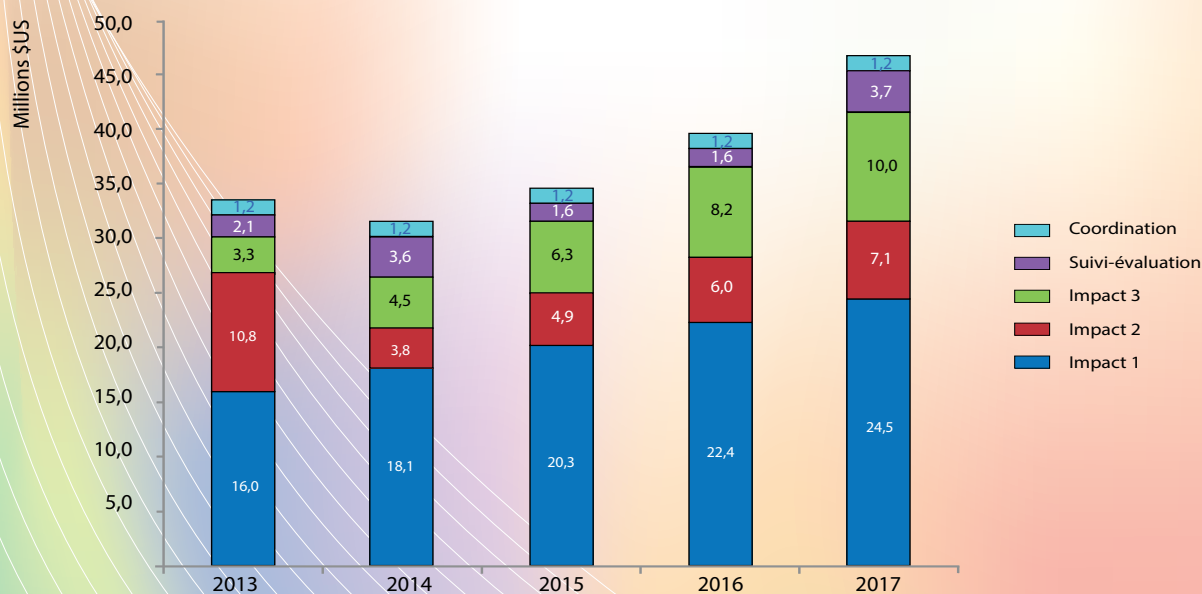


Figure XII : Répartition du budget du PSN 2013-2017 par impact et par année

La figure 13 présente la répartition du budget total du PSN par domaine de programme.

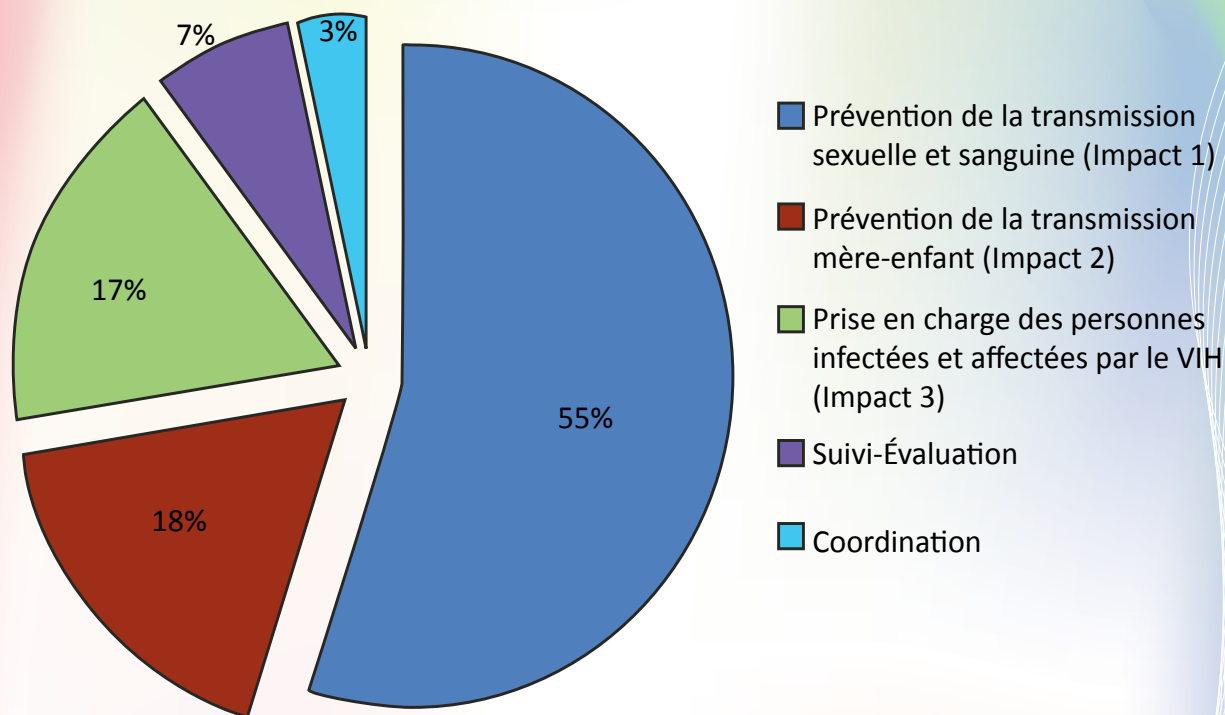


Figure XIII : Répartition du budget total du PSN 2013-2017 par domaine de programme

4.9.2. Budget détaillé du PSN

Le tableau 15 présente le budget détaillé de la mise en œuvre du PSN.

Tableau 15: Budget détaillé de la mise en œuvre PSN 2013-2017 (en \$ US)

Interventions	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Impact 1 : Le nombre de nouvelles infections à VIH est réduit d'au moins 50% dans les sous-populations les plus exposés au x risques d'infection à VIH dans la population générale d'ici fin 2017						
Effet 1 .1 : Au moins 80% des populations clés les plus exposés et 60% des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels, adoptent des comportements et pratiques sexuels à moindre risque d'ici fin 2017						
Produit 1.1.1 : 43 258 HSH, 14 039 CDI et 61 173 PS couverts par le paquet de services de CCC						
Renforcement de la CCC auprès des HSH	714 905	1 292 759	1 870 613	2 448 467	3 026 321	9 353 066
Renforcement et extension de la CCC auprès des CDI	147 391	280 274	413 158	546 041	678 924	2 065 788
Renforcement de la CCC auprès des PS et leurs clients	1 199 606	1 639 283	2 078 960	2 518 636	2 958 313	10 394 798
Sous-total Produit 1.1.1.	2 061 903	3 212 317	4 362 730	5 513 144	6 663 558	21 813 652

Interventions	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Produit 1.1.2 : 17 000 Détenus couverts par le paquet de CCC						
Renforcement de la CCC dans les prisons	28 764	28 764	28 764	28 764	28 764	143 820
Sous-total Produit 1.1.2.	28 764	28 764	2W8 764	28 764	28 764	143 820
Produit 1.1.3 : 350 000 jeunes non-scolarisés/ déscolarisés et 300 000 jeunes scolarisés couverts par les services d'information et éducation sur le VIH						
Renforcement de la CCC auprès des jeunes non-scolarisés et déscolarisés	515 040	515 040	515 040	515 040	515 040	2 575 200
Extension du programme d'éducation à la vie et de l'éducation sexuelle dans le programme scolaire	400 200	400 200	400 200	400 200	400 200	2 001 000
Renforcement des services d'information et conseils sur le VIH de la ligne verte	67 280	105 760	144 240	182 720	221 200	721 200
Développement d'une page d'information et conseil sur VIH dans les réseaux sociaux	16 739	16 739	16 739	16 739	16 739	83 694
Développement d'un programme de communication médiatique d'information et éducation sur le VIH	175 974	175 974	175 974	175 974	175 974	879 870
Campagnes nationales de Lutte contre le Sida	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	1 200 000
Sous-total Produit 1.1.3	1 415 233	1 453 713	1 492 193	1530 673	1 569 153	7 460 964
Produit 1.1.4 : 5 907 femmes et enfants victimes de violences sexuelles bénéficient de services de PPE au VIH						
Mise en place d'un programme de PPE à la suite des violences sexuelles	200 151	214 652	229 152	243 653	258 154	1 145 762
Sous-total Produit 1.1.4	200 151	214 652	229 152	243 653	258 154	1 145 762

Interventions	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Produit 1.1.5 : 117 entreprises et 11 ministères publics autres que celui de la santé mettent en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel						
Renforcement et extension des programmes de lutte contre le Sida dans les entreprises du secteur privé	223 301	223 301	223 301	223 301	223 301	1 116 504
Consolidation de l'engagement de 11 ministères autres que celui de la santé dans la lutte contre le Sida	632 500	632 500	632 500	632 500	632 500	3 162 500
Sous-total Produit 1.1.5	855 801	855 801	855 801	855 801	855 801	4 279 004
Produit 1.1.6 : 122 957 621 préservatifs masculins et 4 666 144 préservatifs féminins distribués ou vendus						
Renforcement du programme de distribution/vente des préservatifs masculins et féminins	7 251 502	7 527 068	7 802 634	8 078 200	8 353 766	39 013 170
Sous-total Produit 1.1.6	7 251 502	7 527 068	7 802 634	8 078 200	8 353 766	39 013 170
Produit 1.1.7 : 1 346 115 cas d'IST traités selon l'approche syndromique						
Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de prise en charge des IST	799 909	830 247	860 584	890 921	921 259	4 302 920
Sous-Total Produit 1.1.7	799 909	830 247	860 584	890 921	921 259	4 302 920
Produit 1.1.8 : 2 846 734 personnes ayant fait le test de dépistage et retiré les résultats (femmes enceintes exclues)						
Amélioration de l'offre et de l'utilisation des services de counseling et dépistage volontaire du VIH	2 547 700	3 050 879	3 554 058	4 057 238	4 560 417	17 770 292
Sous-total Produit 1.1.8	2 547 700	3 050 879	3 554 058	4 057 238	4 560 417	17 770 292
Total Effet 1.1.	15 160 963	17 173 441	19 185 916	21 198 394	23 210 872	95 929 584
Effet 1.2. Les risques de transmission sanguine du VIH sont réduits d'au moins 50% d'ici fin 2017						
Produit 1.2.1 : 142 646 poches de sangs sécurisées aux quatre marqueurs de maladies transmissibles distribuées						
Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés	760 035	800 828	841 621	882 414	923 207	4 208 105
Sous-total Produit 1.2.1	760 035	800 828	841 621	882 414	923 207	4 208 105

Interventions	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Produit 1.2.2 : 14 039 CDI reçoivent du matériel stérile d'injections en quantités adaptées à leurs besoins						
Promotion et distribution du matériel stérile d'injection aux CDI	73 446	139 663	205 880	272 097	338 314	1 029 402
Sous-total Produit 1.2.2	73 446	139 663	205 880	272 097	338 314	1 029 402
Produit 1.2.3 : 594 cas d'exposition au VIH en milieu de soins bénéficient d'une PPE au VIH						
Renforcement de la prévention et de la prise en charge des accidents d'exposition au VIH en milieu de soins	14 207	16 568	18 928	21 289	23 650	94 642
Sous-total Produit 1.2.3	14 207	16 568	18 928	21 289	23 650	94 642
Total Effet 1.2.	847 688	957 059	1 066 429	1 175 800	1 285 171	5 332 149
Total Impact 1	16 008 651	18 130 500	20 252 345	22 374 194	24 496 043	101 261 733
Impact 2 : La proportion des nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives est réduite à moins de 5% d'ici fin 2017						
Effet 2.1. Au moins 60% des femmes en âge de procréer adoptent des pratiques sexuelles qui les protègent contre l'infection à VIH d'ici fin 2017						
Produit 2.1.1 : 2 739 555 femmes en âge de procréer couvertes par les activités d'information sur le VIH et la PTME						
Intensification de la prévention des grossesses non désirées et du VIH chez les femmes en âge de procréer	616 953	1 035 007	1 453 060	1 871 113	2 289 166	7 265 299
Sous-total Produit 2.1.1	616 953	1 035 007	1 453 060	1 871 113	2 289 166	7 265 299
Total Effet 2.1.	616 953	1 035 007	1 453 060	1 871 113	2 289 166	7 265 299
Effet 2.2 : Au moins 80% des femmes vivant avec le VIH utilisent des contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées d'ici fin 2017						
Produit 2.2.1 : 6 126 femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des conseils sur le planning familial et des contraceptifs en vue de prévenir les grossesses non désirées						
Intégration du service de planification familiale dans les activités des centres de référence PVVIH	7 134	12 334	17 535	22 735	27 936	87 674
Sous-total Produit 2.2.1	7 134	12 334	17 535	22 735	27 936	87 674
Total Effet 2.2.	7 134	12 334	17 535	22 735	27 936	87 674
Effet 2.3 : Au moins 80% des femmes enceintes séropositives bénéficient du paquet de services pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici fin 2017						

Interventions	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Produit 2.3.1 : 2 368 920 femmes enceintes effectuent le dépistage volontaire du VIH au cours de la CPN et retirent leurs résultats						
Extension et renforcement de l'intégration du CDV et de la Syphilis au cours de la CPN	9 898 920	2 406 685	3 001 069	3 595 452	4 189 835	23 091 961
Sous-total Produit 2.3.1	9 898 920	2 406 685	3 001 069	3 595 452	4 189 835	23 091 961
Produit 2.3.2 : 3 700 femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant						
Amélioration du suivi et de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH	261 420	344 789	428 157	511 526	594 894	2 140 786
Sous-total Produit 2.3.2	261 420	344 789	428 157	511 526	594 894	2 140 786
Produit 2.3.3 : 3 700 enfants nés de mères vivant avec le VIH bénéficient d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH et prophylaxie au cotrimoxazole						
Amélioration de l'accès des nouveaux nés de mères séropositives au diagnostic précoce	26 413	31 473	36 534	41 595	46 656	182 671
Sous-total Produit 2.3.3	26 413	31 473	36 534	41 595	46 656	182 671
Total Effet 2.3.	10 186 753	2 782 947	3 465 760	4 148 573	4 831 385	25 415 418
Total Impact 2	10 810 840	3 830 288	4 936 355	6 042 421	7 148 487	32 768 391
Impact 3 : La survie des adultes et enfants vivant avec le VIH sous ARV 12 mois après l'initiation du TARV est accrue à au moins 95% d'ici fin 2017						
Effet 3.1 : Au moins 80% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale et juridique de qualité d'ici fin 2017						
Produit 3.1.1 : 11 530 adultes et 2 358 enfants vivant avec le VIH reçoivent des ARV						
Renforcement et élargissement l'accès des adultes et enfants vivant avec le VIH aux TARV	1 657 039	2 827 738	4 014 087	5 236 065	6 339 935	20 074 864
Sous-total Produit 3.1.1	1 657 039	2 827 738	4 014 087	5 236 065	6 339 935	20 074 864
Produit : 3.1.2 : 7 759 adultes et 1 132 enfants vivant avec le VIH reçoivent du cotrimoxazole comme prophylaxie des infections opportunistes						
Amélioration de la prophylaxie et de la prise en charge des infections opportunistes	354 697	702 249	1 049 802	1 397 354	1 744 906	5 249 008
Sous-total Produit 3.1.2	354 697	702 249	1 049 802	1 397 354	1 744 906	5 249 008

Interventions	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Produit 3.1.3 : 858 patients coinfectés VIH-Tuberculose reçoivent aussi bien les ARV que le traitement antituberculeux						
Renforcement et extension de l'intégration du CDV dans les activités des CDT	707 524	101 356	122 637	143 917	165 198	1 240 632
Amélioration de la prise en charge des coinfections Tuberculose-VIH	1 544	1 544	1 544	1 544	1 544	7 720
Sous-total Produit 3.1.3	709 068	102 900	124 181	145 461	166 742	1 248 352
Produit 3.1.4 : 13 888 adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient du paquet de service de soutien psychologique, social et juridique						
Renforcement du partenariat entre les centres de référence et la société civile dans l'offre de services de soutien psychologique des PVIH	115 257	202 233	289 209	376 185	463 160	1 446 043
Renforcement de l'éducation et de la prise en charge nutritionnelle des adultes et enfants vivant avec le VIH	8 921	14 646	20 370	26 094	31 818	101 849
Mise en place d'un mécanisme d'appui à la protection des droits des personnes vivant avec le VIH	8 436	13 849	19 262	24 675	30 088	96 311
Sous-total Produit 3.1.4	132 614	230 727	328 841	426 954	525 067	1 644 203
Total Effet 3.1.	2 853 418	3 863 614	5 516 911	7 205 834	8 776 650	28 216 427
Effet 3.2 : Au moins 50% des adultes de 15-49 ans ont des attitudes de non- stigmatisation et non- discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici fin 2017						
Produit 3.2.1 : 8 440 ménages de personnes vivant avec le VIH sensibilisés sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de PVIH						
Intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVIH	17 393	24 207	31 020	37 834	44 647	155 101
Sous-total Produit 3.2.1	17 393	24 207	31 020	37 834	44 647	155 101
Total Effet 3.2.	17 393	24 207	31 020	37 834	44 647	155 101
Effet 3.3 : Au moins 80% des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici fin 2017						

Interventions	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Produit 3.3.1 : 10 205 enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables vivent dans un ménage qui aura reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base						
Renforcement de la prise en charge sociale des enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH les plus vulnérables.	418 712	607 423	796 135	984 846	1 173 558	3 980 673
Sous-total Produit 3.3.1	418 712	607 423	796 135	984 846	1 173 558	3 980 673
Total Effet 3.3.	418 712	607 423	796 135	984 846	1 173 558	3 980 673
Total Impact 3	3 289 523	4 495 244	6 344 066	8 228 514	9 994 855	32 352 201
Système de Suivi-Evaluation						
Renforcement des capacités en SE	967 255	231 349	231 349	231 349	231 349	1 892 651
Renforcement du système de collecte des données	444 036	441 036	441 036	441 036	434 436	2 201 580
Surveillance épidémiologique	295 528	968 870	468 870	469 670	969 670	3 172 608
Evaluation et promotion de la recherche	370 200	1 916 850	453 200	373 200	1 996 850	5 110 300
Renforcement de la coordination du système de suivi-évaluation	36 222	36 222	36 222	36 222	36 222	181 110
Total Système de Suivi-Evaluation	2 113 241	3 594 327	1 630 677	1 551 477	3 668 527	12 558 249
Cadre de mise en œuvre et Coordination						
Renforcement de la coordination de la réponse nationale au VIH et au Sida	1 024 595	1 024 595	1 024 595	1 024 595	1 024 595	5 122 975
Renforcement du plaidoyer et du partenariat en faveur de la réponse nationale aux IST, au VIH et au sida	69 468	69 468	69 468	69 468	69 468	347 340
Mobilisation et gestion rationnelle et transparente des ressources allouées à la lutte contre le VIH et le sida	138 129	138 129	138 129	138 129	138 129	690 645
Total Cadre de mise en œuvre et Coordination	1 232 192	1 232 192	1 232 192	1 232 192	1 232 192	6 160 960
Total Général	33 454 447	31 282 551	34 395 635	39 428 798	46 540 104	185 101 534

4.9.3. Analyse des financements disponibles et des gaps

La figure 14 présente une comparaison du budget du PSN et des ressources disponibles pour son financement.

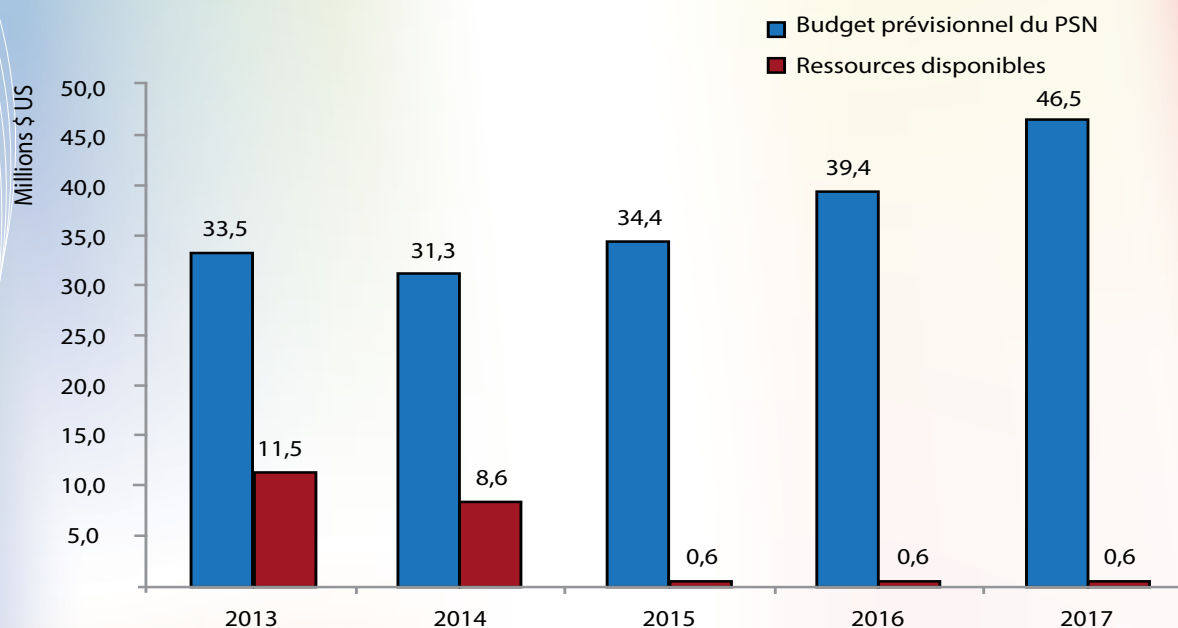


Figure XIV : Budget du PSN 2013-2017 et ressources disponibles pour son financement

Le total des ressources disponibles est de 21 830 612 \$ US, soit un gap de financement de 163 270 922 \$ US correspondant à 88,2% du budget du PSN. Le tableau 16 présente la répartition des ressources disponibles par source de financement.

Tableau 16: Répartition des ressources disponibles pour le financement du PSN 2013-2017 par source de financement

Sources de financement	2013	2014	2015	2016	2017	Total
PNUD	750 000	400 000	400 000	400 000	400 000	2 350 000
Fonds Mondial SE/CNLS	2 559 356	2 845 745				5 405 101
Fonds Mondial PSI	2 905 310	2 318 407				5 223 717
PSI	468 000	875 000				1 343 000
JICA	154 026					154 026
Gouvernement	548 928	456 332	158 244	183 398	213 583	1 560 485
Projet Banque Mondiale	4 097 996	1 696 287				5 794 283
Total	11 483 616	8 591 771	558 244	583 398	613 583	21 830 612

Un plan de mobilisation de ressources accompagnera ce Plan Stratégique National. Néanmoins, il convient d'ores et déjà de signaler que la mobilisation des ressources s'articulera autour d'une combinaison d'actions visant, notamment à :

- Identifier les mécanismes (opportunités et possibilités de financement) permettant d'obtenir les ressources (plaidoyer pour la mobilisation de ressources au niveau du budget de l'Etat, soumission de propositions d'actions au niveau du Fonds Mondial ou autres Agences de financement) ;
- Cibler les partenaires financiers et comprendre leurs motivations par rapport à ce Plan Stratégique ou à la problématique du VIH et du sida à Madagascar ;
- Mobiliser les partenaires à l'adhésion à ce Plan Stratégique National ;
- Convaincre les opérateurs économiques à Madagascar à contribuer au financement de certaines activités.

4.10. MECANISMES DE FINANCEMENT ET D'AUDIT

Le financement des activités en lien avec le PSN 2013-2017 se fera conformément aux trois principes édictés par l'ONUSIDA et de la déclaration de Paris relative à l'efficacité de l'aide au développement.

Le présent PSN sera ainsi le document de référence de la lutte contre le Sida pour tous les partenaires opérationnels et les partenaires techniques et financiers, pendant la période 2013-2017. Pour être financées, les activités doivent préalablement être intégrées dans les plans opérationnels multisectoriels de l'année concernée.

Sur cette base, les contributions de l'Etat seront directement versées aux institutions nationales concernées avec information au SE/CNLS. Les fonds prévus par le Gouvernement pour l'acquisition des ARV et autres médicaments relatifs à la lutte contre le Sida seront mis à la disposition de la Centrale d'Achats SALAMA.

Concernant les contributions des partenaires, deux modalités de financement seront utilisées :

- Financement d'un projet/programme prenant en compte une partie des interventions prévues dans le PSN : dans ce cas, une institution principale d'exécution est identifiée avec l'accord de l'autorité nationale qu'est le CNLS. Les structures d'exécution des volets du projet/programme devront être identifiées dans le contrat signé avec l'institution principale d'exécution. A défaut, les structures d'exécution sont recrutées par processus compétitif. Après signature du contrat avec l'institution principale d'exécution, le partenaire financier procédera directement aux décaissements en faveur de cette institution en informant le SE/CNLS.
- Financement à partir d'un plan de travail annuel signé avec le SE/CNLS ou le Ministère en charge du Plan. Dans ce cas, le partenaire financier assurera les décaissements directement aux institutions ou organisations d'exécution retenues conformément au plan de travail annuel signé, en informant le SE/CNLS.

Le SE/CNLS dispose d'une Unité de Gestion Fiduciaire qui sera chargée de traiter toutes les

informations relatives au financement de la lutte contre le pays et fera un point périodique sur la mobilisation des fonds pour le financement du PSN.

Chaque projet/programme doit prévoir la réalisation d'un audit financier externe dont les rapports seront obligatoirement communiqués au SE/CNLS.

4.11. ANALYSE DES RISQUES LIES A LA MISE EN ŒUVRE DU PSN

Le tableau 17 présente les risques liés à la mise en œuvre du PSN 2013-2017 ainsi que les facteurs favorisant leur survenue.

Tableau 17: Risques liés à la mise en œuvre du PSN et facteurs pouvant favoriser leur survenue

Risque	Facteurs favorisant sa survenue
Perte du personnel expérimenté de l'organe de coordination de la réponse au VIH	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Arrêt du financement des partenaires au développement prenant en charge les salaires d'une partie du personnel clé du SE/CNLS; ⚡ Contrats à durée déterminée signé avec le personnel pris en charge par les partenaires au développement.
Non opérationnalisation du PSN	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Non mobilisation des ressources pour l'élaboration des plans opérationnels ; ⚡ Elaboration de plans opérationnels sans lien avec le PSN.
Mise en œuvre insuffisante du PSN	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Le fait que les cibles du PSN ont été fixées dans une perspective d'accès universel, nécessitant des efforts importants par rapport à la performance historique de la réponse nationale au VIH ; ⚡ Insuffisance de capacités des organes d'exécution des interventions sur le terrain; ⚡ Suspension des financements des partenaires en raison de l'instabilité politique ; ⚡ Survenue d'une catastrophe naturelle (cyclone par exemple) ; ⚡ Insuffisance de la mobilisation des ressources pour le financement du PSN.
Absence de liens entre les programmes mis en œuvre et le PSN	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Mobilisation des financements à l'extérieur du pays par les organes d'exécution ; ⚡ Non application des principes de la déclaration de Paris relative à l'efficacité de l'aide ; ⚡ Insuffisance de capacités de coordination des unités de coordination régionale de lutte contre le Sida.
Détournement des ressources allouées à la mise en œuvre du PSN	<ul style="list-style-type: none"> ⚡ Absence de procédures de gestion financière et comptable au niveau de certaines agences d'exécution ; ⚡ Absence d'un mécanisme d'audit interne et de suivi financier des partenaires de mise en œuvre ; ⚡ Audit externe des comptes des partenaires de mise en œuvre absent ou insuffisant ; ⚡ Absence de sanctions pour les personnes ou institutions responsables de mauvaise gestion.

Non mise en évidence des résultats découlant de la mise en œuvre du PSN

- ⚠ Non fiabilité de certaines de données de routine ;
- ⚠ Non mobilisation des ressources pour la réalisation des études permettant d'obtenir les données sur les indicateurs d'impact et d'effet du PSN ;
- ⚠ Réalisation d'études sans validité interne ou externe.

La grille suivante (Tableau 18) a été utilisée pour déterminer le niveau de priorité de chaque risque sur la base d'une estimation de la probabilité d'occurrence et de la gravité.

Tableau 18: Grille de priorisation des risques liés à la mise en œuvre du PSN

		Sévérité			
		Mineure	Modérée	Significative	Catastrophique
Occurrence	Rare	Faible	Faible	Moyen	Elevé
	Improbable	Faible	Moyen	Elevé	Elevé
	Probable	Faible	Moyen	Elevée	Très élevé
	Certain	Moyen	Elevée	Très élevé	Très élevé

Le tableau 19 présente les résultats de la priorisation des risques liés à la mise en œuvre du PSN.

Tableau 19: Priorisation des risques liés à la mise en œuvre du PSN 2013-2017

Risque identifié	Probabilité d'occurrence	Sévérité	Priorité
Perte du personnel expérimenté de l'organe de coordination de la réponse au VIH	Probable	Significative	Elevé
Non opérationnalisation du PSN	Improbable	Significative	Elevé
Mise en œuvre insuffisante du PSN	Probable	Catastrophique	Très élevé
Absence de liens entre les programmes mis en œuvre et le PSN	Probable	Modérée	Moyen
Détournement des ressources allouées à la mise en œuvre du PSN	Improbable	Catastrophique	Elevé
Non mise en évidence des résultats découlant de la mise en œuvre du PSN	Improbable	Catastrophique	Elevé

Le tableau 20 présente les mesures d'atténuation des risques ayant un niveau de priorité « élevé » ou « très élevé ».

Tableau 20: Plan d'atténuation des risques liés à la mise en œuvre du PSN

Risque	Mesures d'atténuation	Responsable	Délai de mise en œuvre
Perte du personnel expérimenté de l'organe de coordination de la réponse au VIH	Mobiliser auprès des partenaires prenant en charge le personnel clé du SE/CNLS des fonds pour toute la durée de mise en œuvre du PSN	Secrétaire Exécutif du CNLS	Juin 2013
	Etablir avec le personnel du SE/CNLS un contrat pour toute la durée du PSN avec des règles d'évaluation annuelle de la performance.	Secrétaire Exécutif du CNLS	Décembre 2013
Non opérationnalisation du PSN	Inclure l'élaboration des plans opérationnels pour les 2 premières années comme étape du processus de planification stratégique et mobiliser les ressources	SE/CNLS	Mars 2013
	Planifier l'élaboration des plans opérationnels des 3 dernières années après la revue à mi-parcours comme stipulé plus haut	SE/CNLS	Décembre 2014
Mise en œuvre insuffisante du PSN	Organiser une table-ronde de mobilisation des ressources pour le financement du PSN	SE/CNLS	Avril 2013
	Préparer une note conceptuelle en vue de solliciter une subvention pour le gap de financement du PSN	SE/CNLS, CCM	Juin 2013
Détournement des ressources allouées à la mise en œuvre du PSN	Elaborer un manuel d'orientation sur la gestion financière et comptable des ressources allouées à la lutte contre le Sida à l'attention de tous les partenaires d'exécution.	SE/CNLS	Juin 2013
	Créer et rendre fonctionnel une unité d'audit interne au sein du SE/CNLS avec pour responsabilité de réaliser les missions d'audit interne auprès de tous les partenaires de mise en œuvre.	SE/CNLS	Décembre 2013
	Contracter avec un conseil juridique en vue d'engager des poursuites judiciaires envers toute personne ou institution responsable de mauvaise gestion des ressources allouées à la lutte contre le Sida.	SE/CNLS	Décembre 2013
Non mise en évidence des résultats découlant de la mise en œuvre du PSN	Mettre en place un mécanisme de contrôle de la qualité des données de routine	SE/CNLS, PNLS	Juin 2013
	Planifier toutes les études permettant d'obtenir les données sur les indicateurs d'impacts et d'effets du PSN	SE/CNLS, PNLS	Juin 2013
	Organiser la validation de tout protocole d'étude par le groupe technique en suivi-évaluation	SE/CNLS	Dès disponibilité de chaque protocole.

Liste des personnes ayant contribué à l'élaboration du PSN 2013-2017

Comité de coordination :

Noms et Prénoms	Fonction	Entité
RAZAFINDRAFITO Hajarijaona	Secrétaire Exécutif du CNLS	SE/CNLS
RAHAMEFY Jacky	Directeur du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/sida	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RAVELOSON Herinirina	Directeur Administratif et Financier	Ministère des Finances et du Budget
RAVELOSON Clarimond	Chargé de programme VIH	ONUSIDA
TOSHIHARU Okayasu	Conseiller Principal Projet VIH	JICA
RAZAFIMANANTSOA Tiana	HIV/AIDS Officer, Child Survival and Development Section	UNICEF
ACHU Lordfred	Assistant international en Administration -Gestion des projets	UNFPA
FIRINGA Jonhson	Président	Réseau MAD/AIDS
RAKOTOARISOA Isabelle	Responsable technique	Réseau MAD/AIDS
RAKOTOARISOA Maminirina	Directeur du programme VIH	PSI

Comité de lecture :

Noms et Prénoms	Fonction	Entités
RALAINIRINA Paul Richard	Health Manager Survie et développement de la mère et de l'enfant	UNICEF
MASY HARISOA	Chargé de programme	OMS
RANAIVOZANANY Irène	Responsable de liaison	UNESCO
TSHISIBI Mulanga Claire	Coordonnateur Inter-Pays	ONUSIDA
RAHAMEFY Jacky	Directeur du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/sida	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RAZAFINDRAFITO Hajarijaona	Secrétaire Exécutif du CNLS	SE/CNLS
RAKOTOMANANA Andrimbazotiana	Chef d'Unité coordination et Appui technique	SE/CNLS
RAKOTONDRABE Patricia	Chef d'Unité Suivi et Evaluation	SE/CNLS

Consultants :

Noms et Prénoms	Fonction
RAKOTOBÉ Andriamihantanoro	Consultant national
RASOARANTO Ravelonirina Myriam	Consultant national
RASOLOMAHEFA Dieudonné	Consultant national
MAMADOU Seck	Consultant international
M'BOUSSOU Franck	Consultant international

Présidence :

Noms et Prénoms	Fonction	Entité
RABENANDRASANA Thierry	Coordinateur Général de la Présidence chargée des organismes rattachés	PRESIDENCE

Ministères

Noms et Prénoms	Fonction	Entités
RALAMBOMAHAY Lova	Spécialiste en Nutrition	Primature /ONN
ANDRIANAIVO Lova	Chef de projet UGFM	Primature /ONN
JEAN FRANCOIS	Coordonnateur National	Primature /ONN
RANDRIANTSALAMA Annie	Responsable suivi évaluation	Primature /ONN
ANDRIANJAFY Vola Norosoa	Chef de service d'étude et documentation	Primature/Commission Interministérielle de Coordination de la Lutte contre la drogue (CICLD)
LAHA Dauphin	Secrétaire Général	Primature/Commission Interministérielle de Coordination de la Lutte contre la drogue (CICLD)
RAZANADAHY Ferdinand	Chef de service santé scolaire - DSS	Ministère de l'Education Nationale
SIBO Maminah	Chargé d'étude - DSS	Ministère de l'Education Nationale
RASOAVOLOLONA Esther Christophine	Chef de service médico-social	Ministère des Finances et du Budget
RAKOTONAMBININA Hoby Mialy,	Chargée d'étude DPSE	Ministère de la Fonction Publique du Travail et des Lois Sociales
RAHERIMAMPIONONA Hanitra	Inspecteur de travail et des Lois Sociales	Ministère de la Fonction Publique du Travail et des Lois Sociales
DIADEMANDRAINNY Noromahefasoa	Responsable IEC	Ministère de la Communication
VAOARISOA	Responsable IEC	Ministère de la Communication
RABEARIVELO Hantalalao	Chef de service médico-social	Ministère de l'Elevage
RAVELONARIVO Louis Patrick	Directeur des Ressources Humaines	Ministère de l'Elevage
RAKOTONIRINA Edmond	Médecin Général - Directeur Central du Service de Santé Militaire	Ministère des Forces Armées / DCSSM
RANDRIATSARAFARA Fidiniaina	Assistant technique - Direction santé militaire	Ministère des Forces Armées / DCSSM
RALIJAONA Rasoanaivo Flore	Chef de service médico-social	Ministère des Mines
JOASY Razafindravolahanta Antonine	Collaborateur auprès de la Direction de la Pêche	Ministère de la Pêche
AGNONA Réne	Médecin traitant	Ministère de la Population et des Affaires Sociales
HANTA Baraka	Directeur des Assistances Medico - Sociales (DAMS)	Ministère de la Population et des Affaires Sociales
RAHARISOA J. Nivo	Assistante Réinsertion sociale	Ministère de la Population et des Affaires Sociales
RAHOLIMALALA Razafinandriana Josette Delia	Chef de Service de la Valorisation du statut de la femme	Ministère de la Population et des Affaires Sociales
RASOARIVELO SAM-Y Avotra	Assistant technique /SG	Ministère de la Population et des Affaires Sociales
RAVELOARIZANANY Perle Tantely	Responsable de la cellule de la Promotion du Comportement sain et responsable	Ministère de la Population et des Affaires Sociales
RAZANAMASY Joël	Adjoint Chef de service Promotion Genre	Ministère de la Population et des Affaires Sociales

RAKOTOMANANTSOA Andrianaivo	Chef de service central de lutte contre le sida	Ministère de la Sécurité Intérieure
MAHAZAY	Chef de service central de l'environnement	Ministère de la Sécurité Intérieure
SOJASMINE Solia	Agent du service de la lutte contre les fléaux touristiques	Ministère du Tourisme
RANDRIANARISON Jean Jacques	Directeur de Programmation, Planification et Suivi Evaluation	Ministère des Transports
RAZAFINDRAMANGA Marie Odile	Chef de service médico-social	Ministère de l'Agriculture
RAKOTO Jaonandrasana Daniel Toussaint	Chef de service de la normalisation et humanisation de la détention - SNHCD / DHDPRS	Ministère de la Justice
RANDRIANARISON Maximienne	Magistrat	Ministère de la Justice
ANDRIANJARANASOLO Jean Felix	Assistant technique / Secrétaire Général	Ministère de la Santé Publique/SG
RELAHY Christiane	Assistante technique / Secrétaire Général	Ministère de la Santé Publique/SG
RASOLOMPIAKARANA Doloris	Assistant technique/ Directeur Général de la Santé	Ministère de la Santé Publique/DGS
ANDRIAMBELO Lalatiana Valisoa	Chef de service Assurance Qualité et Hémovigilance	Ministère de la Santé Publique/CNTS
HARISOA Sahondra Josée	Directeur des Districts Sanitaires	Ministère de la Santé Publique/ DDS
RAKOTOELINA Bako Nirina	Directeur de la Santé de la Mère et de l'Enfant et de la Reproduction	Ministère de la Santé Publique / DSMER
ANDRIANJANAKA Christian	Service Vaccination	Ministère de la Santé Publique / DSMER
ANDRIAMIZARASOA Fidelys Adolphe	Adjoint technique	Ministère de la Santé Publique / DULMN
RAHARIMALALA Nivosoa Aimée	Médecin, Service de la Veille Sanitaire	Ministère de la Santé Publique / DVSSE
RANDRETSAHOLY Némèse	Médecin assistant, Service de la Veille Sanitaire	Ministère de la Santé Publique / DVSSE
RANOARITIANA Dany Bakoly	Médecin assistant, Service de la Veille Sanitaire	Ministère de la Santé Publique / DVSSE
RAKOTOARISOA Alain	Chef de service veille sanitaire	Ministère de la Santé Publique / DVSSE
RABEHAJAINA Rabengodona	Médecin assistant, Service de la Veille Sanitaire	Ministère de la Santé Publique / DVSSE
ANDRIANALINERA Mamtiana	Chef du Service de la Surveillance Épidémiologique et Comportementale (SEC)	Ministère de la Santé Publique / PNLS
ANDRIANJATOVO Andriamiarozo	Chef de l'Unité d'Appui et de Coordination de Lutte contre les IST/sida (CACIS)	Ministère de la Santé Publique / PNLS
LAHIMASY Hetse	Responsable base des données – SPEC	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RAHAROLAHY Hantaharimboahangy Nirisoa	Responsable précaution universelle – SPIS	Ministère de la Santé Publique / PNLS

RAHOLIARINTSOA Verohanitriñiala	Chef du Service de la Prévention des IST/VIH/sida (SPIS)	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RAKOTOBÉ Liva	Chef du Service de la Prise en Charge des PVVIH -SPEC	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RALIZAH Noeline	Responsable logistique, CASIS	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RAMANANTSOA Riana Samoelina	Assistante technique, UGP / PMPS II	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RANDRIAMILAHATRA Emma	Responsable PTME, SPIS	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RANDRIANARY Jean	Assistant technique service surveillance épidémiologique, SEC	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RAZAFINDRADOARA Voahangy	Médecin – SPIS	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RAZANAMANANA Marie Edwige	Coordonnateur ARV, CASIS	Ministère de la Santé Publique / PNLS
VOOLONIRINA Ravoniarisoa Marthine	Infirmière responsable de la Prise en charge psychosociale – SPEC/PNLS	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RANDRIA Mamy	Professeur Faculté de médecine, Médecin Référent - Service Maladies Infectieuses et Parasitaires, CHU HJRB	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RATSITOHAINA Hantaniaina	Médecin référent, Complexe Mère Enfants, CHU Tsaralalana	Ministère de la Santé Publique / PNLS
ANDRIANARIVONY Sylvia	Médecin référent et Médecin-Chef, CHD2 Itaosy	Ministère de la Santé Publique / PNLS
ANDRIANASOLO Rado	Médecin Référent - Service Maladies Infectieuses et Parasitaires, CHU HJRB	Ministère de la Santé Publique / PNLS
RANDRIAMBELOSON Sahondra	Directeur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose	Ministère de la Santé Publique / PNLT
RAKOTONJANAHARY Martin	Chef de service de la prise en charge des tuberculeux	Ministère de la Santé Publique / PNLT
HARISOA Haingonambinina	Responsable de qualité	Ministère de la Santé Publique / SLNR
RAZANAKOLONA Mialy	Chef de Service Laboratoire National de Référence	Ministère de la Santé Publique / SLNR
VAVY Tofine	Technicien de laboratoire	Ministère de la Santé Publique / SLNR
ANDRIANJAFY Tahiana	Directeur Général	Ministère de la Santé Publique / SALAMA
TIFANA Marie Ange	Directeur Promotion Jeunesse	Ministère de la Jeunesse et des Loisirs
RABENJA Michel Mario	Jeune Pair éducateur	Ministère de la Jeunesse et des Loisirs
RAKOTONDRAMANANA Samy Naivo	Responsable IEC / SRA	Ministère de la Jeunesse et des Loisirs
RAZAKARISOA Dina Virginie	Jeune Pair éducateur	Ministère de la Jeunesse et des Loisirs
RANDRIANOMANANA Désiré	Chef de service Programmation et suivi évaluation	Ministère des Télécommunications, des Postes et des Nouvelles Technologies
ANDRIAMANANJARA Raoul	Chef de service des impacts sociaux	Ministère des Travaux Publics et de la Météorologie

Région :

Noms et Prénoms	Fonction	Régions
HERINTSOA Fidy	Coach Région, Point Focal VIH	Alaotra Mangoro
NOSY Ramanarivo Emile Parson	Responsable régional IST/VIH/SIDA	Alaotra Mangoro
RAJAOBARY Herizo Haritiana	Responsable SIG/DRSP	Alaotra Mangoro
RATSARAIBE Ravokatra Charles	Responsable régional IST/VIH/SIDA- DRSP, Point focal VIH	Amoron'i Mania
RASOLONJATOVO Ella Gladys	Membre Task Force Régional	Amoron'i Mania
RANDRIAMANANTENA Ernest	Membre Task Force Régional	Amoron'i Mania
RANDRIANAIVO Solofoarimanana Hobiniaina	Membre Task Force Régional	Amoron'i Mania
RABARIJAONA VOAANGY Oliva	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP	Analamanga
RANDRIAMALALARISON François	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP	Analamanga
RABOELINA Mamivololona	Chef de service médico-social - DRSP	Analamanga
YAMICOLE Murielle Ursula	Membre Task Force Régional	Analanjirifo
RAKOTONIRINA Georgette Lalaso	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP	Analanjirifo
RAKOTOZAFY Linda Narindra	Membre Task Force Régional	Analanjirifo
RETOFA Germaine	Médecin Référent, Service Médecine, CHRR Ambovombe	Androy
RAMBAO Herizo	Membre Task Force Régional	Androy
RANDRIANJATOVO Yves Christian	Coordonnateur Régional ORN, Point focal VIH	Androy
ANDRIATSIHOSENA Mamy	Membre Task Force Régional	Anosy
RAZAFIMANJATO Jacques Vidot	Point focal VIH	Anosy
RAJERIHARINDRANTO Harinesy	Membre Task Force Régional	Anosy
ELISABETH Monchaussé	Responsable régional IST/VIH/SIDA- DRSP, Point focal VIH	Atsimo Andrefana
RARIVOSON Daudet Dely	Membre Task Force Régional	Atsimo Andrefana
RAHANTAMALALA Sylviane	Membre Task Force Régional	Atsimo Atsinanana
KEMBA Sahondrafiny	Membre Task Force Régional	Atsimo Atsinanana
RANTSOAVINA Patrice Falison	Responsable Santé des Jeunes - DRJL	Atsimo Atsinanana
NOBELISEN Robert	Directeur du Développement Régional	Atsimo Atsinanana
TSARALAHY Arlette	Responsable régional IST/VIH/SIDA, Point focal VIH	Atsimo Atsinanana
MAHAVIMBINA Alain	Chef de Région Atsinanana	Atsinanana
MOUHARTEN Sylvain Mamy	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP	Atsinanana
NAPOLEON D. Paulina	Membre Task Force Régional	Atsinanana
RANDRIANARIVELO Justin Abel	Point focal VIH	Atsinanana
RAHARISON Volahanta	Coordonnateur régional UCR	Atsinanana
RAJESY Saholy	Responsable de la Population et de Développement Social	Betsiboka
RATOVOSONY Edmond Denis	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Betsiboka
RAVALIARISON Richard	Resp IST/SIDA Gendarmerie	Betsiboka
RAMILIAONA Andriatiana Julio	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP	Boeny
RASOJIVOLA Jean Emile	Chargé d'appui au développement économique de la Région (CADE) - Point focal VIH	Boeny
RAKOTOARINOSY Lalanirina Vonimboahirana	Responsable IST/VIH/SIDA, SDSPF Tsiroanomandidy	Bongolava

RANDRIAMIANDRISOA Roger Claude	Secrétaire Général Région Bongolava, Président TFR	Bongolava
RAKOTOMALALA Andriamparany	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Bongolava
RAVELONORY Germaine	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Diana
GALIBO Abdallah	Membre association FIFAFI Diana	Diana
JAONOSY Juslin	Directeur de Développement Régional	Diana
RAVELOSON Guillaume	Responsable Suivi Evaluation	Haute Matsiatra
RANDRIAMANDROSO Henri Paul	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Haute Matsiatra
RASOARIVELO Simone	Directeur du Développement Régional, Président TFR	Haute Matsiatra
MAHATOLY Jean Thomas	Membre Task Force Régional	Ihorombe
MIKALY Alexandre	Coordonnateur Régional ORN, Point focal VIH	Ihorombe
VAHIAKO Rachel	Membre Task Force Régional	Ihorombe
RAKOTONINDRINA Tolotriniaina	Membre Task Force Régional	Itasy
RAZAFINDRASOA Zoé Romeo	Chef de Cabinet, Point focal VIH	Itasy
RAZAFIMAHATRATRA Dina Anjaraniaina	Coordonnateur Régional Croix Rouge Malagasy	Itasy
RALALASOA Sabine Sophie	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP	Itasy
RAZAFINDRAIVOSOA Lucienne	Protocole Région, Point focal VIH	Melaky
RANDRIANARIVELO Simon Charles	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP	Melaky
ANDRIANANTENAINA Augustin	Président association de prise en charge psychosociale SATRA	Melaky
MAHARANGY Janvier	Responsable surveillance intégrée de la Maladie - DRSP	Menabe
RAHANTAMALALA Beatrice	Directeur de Cabinet Région	Menabe
LALAO Jeanne Solange	Membre Task Force Régional	Menabe
RAZANAMALALA Lucie Marcelline	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Menabe
BEDIMASY Raynal	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	SAVA
RAKOTOARIVONY Falihery	Membre Task Force Régional	SAVA
RAMANANTSOA Georges Eugène	Secrétaire Général Région Sofia	Sofia
RABENAMBININA Christian Y.	Membre Task Force Régional	Sofia
MASOLAHY Asmany	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Sofia
RAKOTOMANGA Yves Marie	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Vakinankaratra
ANDRIAMAMPIONONA Lalaniaina R.	Membre Task Force Régional	Vakinankaratra
RAMAHADISON William	Membre Task Force Régional	Vakinankaratra
RATSIMAMANGA Narivelo Nirina	Directeur du Développement Régional, Président TFR	Vakinankaratra
ANDRIANANTENAINA Gabriel	Directeur du Développement Régional, Président TFR	Vatovavy Fitovinany
RAMANANTENASOA Voahangy Solo	Responsable régional IST/VIH/SIDA - DRSP, Point focal VIH	Vatovavy Fitovinany
PAMAKA Camille	Membre Task Force Régional	Vatovavy Fitovinany

Organisation de la Société Civile :

Noms et Prénoms	Fonction	Entités
ANDRIANJAFITRIMO Nasoavina Vero	Coordonnateur de projet	ADRA
RARIVOHARILALA Esther	Coordonnateur Technique	AFSA
RADOHANITRINIONY Maholihasina	Pair Educateur	AFSA
RAZAFISOFARALALANIAINA Robertine	Pair Educateur	AFSA
RASOELINIVO Mariette	Membre de l'association	AFSA
RANDRIAMANELINA M. Jeannie	Présidente de l'association	AFSA
RAZANAJATOVO Edmond	Président	AINGA AIDES
RAZAFIMBAHINY Jaonosy Philibert	Coordonnateur de programme	Allô Fanantenana-Ligne 511
RABIALAHY Rasoavinaina Lalaso	Responsable Technique	ASOS
RAKOTOARISOA Ony Isabelle	Présidente de la coalition d'entreprises	CECM
ROBIARIVONY Josiane	Coordinateur technique	CECM
RAZANARIMANANA Jeanne Clairette	Co-présidente	CNT
RANAIVOSOA Jocelyn	Team Leader Health	CRS/ MG
RANDRIANIRINA Fidèle Joseph	Chargé de programme VIH Sida	CRS/ MG
RANDRIAMIHAMINA Donné	Coordonnateur National Projet ECAR	EKAR / SANTE (CCLS)
RATOVOMAHEFA Zo Ary Lalaina	Membre de l'association	EZAKA Analamanga
RASOANAIVO Johnson Jack	Secrétaire Général FIFAFI	FIFAFI Analamanga
RAZAFINDRATSIMBA Andritiana	Membre de l'association	FIFAFI Analamanga
RAKOTONIRINA Emmanuel	Président FIFAFI	FIFAFI Analamanga
RASOANAIVO Balou	Président du réseau	FIMIZORE
RAKOTOBÉ Andriamihantanoro	Directeur de programme	FISA
RAKOTOMANGA Dominique	Directrice Exécutive	FISA
RAZAKAMANANA Mercia	Coordinateur	KPMS/FJKM
RAVOAVISON Réne	Représentant KPMS	KPMS/FJKM
RAJAONARIVELO Onifinaritra	Représentante KPMS	KPMS/FJKM
RAHANTARIVELO Veronique Rachel	Secrétaire Général	Réseau MAD'AIDS
RAVELONJATO Benjamin	Coordinateur de programme VIH/Sida	MARIE STOPS M/car
JEANNODA Norotiana	Directeur de Programme	Syndicat des professionnels de travail social (OPTS/ SPDTS)
RANDRIANASOLO Noro Mialintsalama	Coordinatrice du volet formation continue et prestation de services	Syndicat des professionnels de travail social (OPTS/ SPDTS)
AMANA Nahoda	Coordonnateur	PLEROC
RASOANARIVO Jasminah,	Coordinateur projet VIH/SIDA	PSI Madagascar
RAMAHAVORY Jimmy	Coordonnateur des interventions ciblées	PSI Madagascar
RAKOTOARISOA Maminirina	Directeur des Programmes de Prévention du VIH	PSI Madagascar
RAZANATSOA Nirina Harisoa	Coordonnateur programme Santé	SAF/FJKM
RAZAKAMIHAJA Clarence	Responsable suivi de programme	Santenet II
RANDRIAMANALINA Valson	Responsable VIH/Sida	Santenet II
RASOLOARIMANANA Andry	Coordonnateur Technique	SISAL
RATOVONDRAHONA Christian	Responsable technique	SISAL

BASOLA Ful Soma Nomenjanahary	Représentant SYGMMA	Syndicat General Maritime de Madagascar (SYGMMA)
ANDRIAMORIA Hoby	Chef de service Edition et Diffusion	Société Biblique Malagasy
RAJAONASITERA Lalaina	Coordonnateur de projets spéciaux	Société Biblique Malagasy
RAKOTONDRABE Faliniony Yvon	Président Conseil National de la Jeunesse	CNJ
RASOAHARILALA Nirina Raseta	Coordonnateur du projet VIH	VOAHARY SALAMA

Institution Publique :

Noms et Prénoms	Fonction	Entité
RASOLOFOMANANA Ranjalahy	Directeur Général	INSPC

Partenaires Techniques et Financiers :

Noms et Prénoms	Fonction	Entités
ANDRIANARISATA John Eric	Spécialiste en Développement Social	BAD
RAZAFINISOA Nombana	Chargé de programme VIH/Sida	BIT
RAJOELA Voahirana	Health specialist	BM
SALAME Abdou	Coordonnateur de programme	DDCS-PNUD
RANDRIAMANANA Mino Ranto	Responsable suivi et évaluation	GIZ
OKAYASU Toshiharu	Conseiller Principal, Projet renforcement du programme de prévention du VIH/Sida	JICA
RANDRIAMAMPIANINA Zo	Investigateur de recherche opérationnelle, Projet VIH/JICA	JICA/VIH
ANDRIANARISOA Hermas	Administrateur de programme de lutte contre les maladies tropicales négligées	OMS
MASY HARISOA	Chargé de programme	OMS
PADAYACHY Jude	Conseiller en Suivi&Evaluation	ONUSIDA
NOUALHAT Christophe	Conseiller Information Stratégique	ONUSIDA
XAVIER Poncin	Assistant de programme Santé et Nutrition	PAM
RAZAFIMANANTSOA Deleau	Assistant au représentant Résident en charge du programme	PNUD
ANDRIANASOLO Minarivololona	Responsable technique	Unité de gestion de Projet/ Santé
RAKOTOMALALA Remi	Coordonnateur National	Unité de gestion de Projet/ Santé
RANAIVOHAJAINA Sylvestre	Assistant Responsable suivi et évaluation	Unité de gestion de Projet/ Santé
RANAIVOMANANA Rija	Responsable Gestion des Bases de donnée	Unité de gestion de Projet/ Santé
NDREMANA Philemon	Chargé de programme VIH/Sida	UNFPA
RANDRIANARIMANANA Holitiana	Young Specialist	UNICEF
ANDRIAMIADANA Jocelyne	HPN Program Management Specialist	USAID

Personnels SE/CNLS :

Noms et Prénoms	Fonction
ANDRIANIAINA Harivelo	Chef de projet UGFM
ANDRIANTSITOHAINA Riri	Coursier/Sécurité
LALAHARIMANITRA Holisoa	Responsable volet secteur
RABEARISOLO Vololona Andréa	Assistante de Direction
RABEMANAMBOLA Herisata	Assistant comptable
RABEMANANTSOA Jocelyn	Superviseur Comptable
RAFARASOA Pâquerette Armandine	Personnel d'appui
RAKOTOARIMANANA Joseph	Chauffeur
RAKOTOARIVELO Fernand	Chauffeur
RAKOTOJAONA Hajanirina	Assistant informatique
RAKOTOMALALANIRINA Jean Chrys	Chauffeur
RAKOTONANDRASANA Arison	Coursier
RAKOTONIRINA A. Aina	Chauffeur
RAKOTOSALAMA Mamy	Chauffeur
RAKOTOZAFY Haingo	Responsable Administratif et Financier
RALAIVAOMISA Andrianandraina	Assistant en suivi évaluation
RANDRIAMAMPIANINA Mialy	Chargée de communication
RANDRIANARISOA Christian	Responsable planification et suivi
RANDRIANASOLO Jean Marie	Chauffeur
RANOROMBOLATIANA Dina	Responsable gestion des données, suivi de l'épidémie et recherche
RASOAMAMPIONONA Olga	Secrétaire comptable
RATSIMBAZAFY Eva Désirée	Personnel d'appui/ Réceptionniste
RAVELONDRAHANTA Lovaharisoa	Personnel d'appui
RAZAFIMAHEFA Iolinjaka	Assistante administrative et financière
RAZAKARIVONY Bruno	Magasinier
RAZANAMARO Brigitte	Personnel d'appui

Journalistes :

Noms et Prénoms	Stations
RABENILALANA Tantely	ACEEM RADIO
POUSSIN John	AKOM-BAOVAO
ANDRIANOMENJANAHARY Dimisoa	Courrier de Madagascar
LEZIANY Hervé	La VERITE
SOLOFONANAHARY Mirana	Madagascar Matin
RINAH	MALAZA
RASOANAIVO Anjara	MIDI Madagascar
RASOLONIRINA Mamitiana	RADIO OLIVASOA
NAMBININA Eric	RDA FM 98
MIANDRINIAINA Jules	RDB
ANDRE VAZON'NY LANITRA	RNM
RAMILISON Liantsoa	RTA TV
RATOLOJANAHARY Hajatiana	VIVA RADIO

