

**RAPPORT DE SITUATION NATIONAL  
A L'INTENTION DE L'UNGASS  
MADAGASCAR**

**PÉRIODE CONSIDÉRÉE : JANVIER 2006 – DÉCEMBRE 2007**

## Sommaire

### **I) Aperçu de la situation**

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

### **II) Aperçu de l'épidémie de sida**

### **III) Riposte nationale à l'épidémie de sida**

- a) Les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période 2006-2007
- b) Les liens entre l'environnement politique, la mise en œuvre des programmes, les changements de comportement et la prévalence du VIH
- c) Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques et stratégies

### **IV) Meilleures pratiques**

### **V) Principaux obstacles et mesures correctives**

- a) Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le rapport de situation national 2005
- b) Les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de la période 2006-2007
- c) Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS

### **VI) Soutien des partenaires du développement**

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

### **VII) Suivi et évaluation**

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

## I) Aperçu de la situation

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

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

La participation des parties prenantes au processus a été effective et dynamique. D'une part, pour l'élaboration et la rédaction du rapport, le pays, par le biais de l'ONUSIDA, a fait appel à un consultant national, lequel a eu pour tâches de :

- ☞ Faciliter les contacts intérieurs pour la préparation du rapport national, y incluant les agréments relatifs aux indicateurs rapportés et à l'identification des sources ;
- ☞ Collecter préalablement les informations concernant notamment les personnes clés pour l'indice composite et pour les autres indicateurs ;
- ☞ Faciliter les séances de travail de vérification des données à rapporter et les ateliers d'élaboration de l'ICPN et de validation du rapport ;
- ☞ Rédiger un draft du rapport narratif ;
- ☞ Retranscrire sur le CRIS, les informations recueillies

Des contacts fructueux avec des personnes clés (auprès du Centre National de transfusion sanguine pour les poches de sang et auprès de l'UNICEF en matière d'éducation) ont permis l'obtention des informations demandées et des sources officielles y afférentes.

La stratégie de réunir toutes les parties concernées au sein d'un atelier proposé par le consultant pour élaborer et adopter le rapport sur l'indice composite des politiques nationales, a été retenue et mise en œuvre : l'ICPN a été bouclée le 19 décembre 2007.

Les informations relatives à l'indicateur N°1 ont été élaborées avec l'assistance de l'ONUSIDA par le biais de l'évaluation des dépenses nationales relatives au sida (NASA) ;

Des Séances de travail concernant les différents indicateurs de l'UNGASS ont été tenues avec l'Unité de suivi et évaluation du SE/CNLS sous la conduite de la coordinatrice désignée à cet effet. La collecte des différentes informations a été rendue possible grâce notamment aux rapports des différentes parties prenantes auprès du SE/CNLS et aux résultats d'études menées par le SE/CNLS au cours de 2006 et 2007.

Il convient néanmoins d'apporter les remarques suivantes pour une meilleure compréhension de l'ensemble des indicateurs :

a. Par rapport à 2005, il y a eu une augmentation des indicateurs requis (17 en 2005 contre 24 actuellement). La disponibilité relativement tardive des détails de ces indicateurs de 2007 n'a pas permis leurs intégrations dans les différentes opérations de collecte menées en 2006 (Enquête de surveillance comportementale-ESC) et en 2007 (Enquête de surveillance biologique-ESB). C'est le cas notamment des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et des utilisateurs de drogues injectables. C'est également le cas du VIH chez les cas de tuberculose (indicateur N°6).

b. Certains indicateurs ne sont collectables que par DHS dont la version prochaine serait prévue en 2008. C'est le cas des indicateurs N°12 relatif à la scolarisation des OEV et 17 relatifs aux partenaires sexuels des femmes et des hommes de 15 à 49 ans.

c. Par ailleurs, si les indicateurs en 2005 ont bénéficié des résultats récents de l'EDS 2003-2004, 2007 a bénéficié d'une ESC en 2006 et d'une ESB en 2007.. De ce fait compte tenu des

populations ciblées au cours de ces enquêtes, certains indicateurs portant sur la population sexuellement active de 15-49 ans seront remplacés par ceux correspondant à la tranche d'âges 15-24 ans. Ces valeurs ne sont certes pas représentatives de toute la population sexuellement active, mais elle peut fournir une image pour le moins illustrative de l'indicateur demandé.

d. Il est à relever néanmoins que des efforts ont été fournis par les responsables pour apporter 17 réponses sur les 24 indicateurs soit un taux de réponse de 70,8% contre 76% en 2005 (13 réponses sur les 17 indicateurs de base). Il est cependant à noter que les outils de collecte pour plusieurs indicateurs ont été précisés ou changés depuis 2005 et ne correspondent plus aux données collectées précédemment. Des efforts ont été également apportés concernant la désagrégation par âge et sexe, dans la mesure du possible.

## **b) La situation actuelle de l'épidémie**

L'épidémie de VIH à Madagascar est considérée comme à faible prévalence. Les modélisations réalisées fin 2007 ont permis d'estimer que seulement 0.14% [0.08 – 0.28] de la population adulte vivrait avec le VIH, soit près de 12.500 personnes. La situation n'a fort heureusement guère évolué depuis l'identification du premier cas en 1987, contrairement aux pays voisins de l'Afrique Australe. Certains groupes considérés comme à haut-risque n'ont pas non plus une prévalence au VIH élevée (0.5% pour les travailleuses du Sexe et 0.28% pour les patients consultants pour Infections Sexuellement Transmissibles) mais les données manquent sur d'autres catégories de population bien présents à Madagascar comme l'ont révélé plusieurs études récentes (Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes, Utilisateurs de Drogues Injectables) et qui pourraient présenter des niveaux d'infection plus élevés.

Plusieurs facteurs de protection pourraient expliquer cette faible prévalence. Le relatif isolement du pays, la faible exposition au virus jusqu'à présent ainsi que la circoncision, pratiquée par la quasi totalité des Malgaches, sont les facteurs habituellement avancés pour expliquer cette situation inédite<sup>1</sup>. Des études complémentaires sont toutefois nécessaires pour comprendre la situation.

Les facteurs de risque sont cependant très présents à Madagascar et pourraient faciliter une éventuelle croissance épidémique :

- Très forte prévalence des infections sexuellement transmissibles, qui habituellement favorisent l'infection au VIH. Selon l'Enquête de Surveillance Biologique 2007, 4.4% des femmes enceintes et plus de 12% des Travailleuses du Sexe seraient positives à la syphilis, représentant un taux parmi les plus élevés au monde. La tendance est cependant à la baisse, ce qui refléterait les efforts importants du système de soins privés et publics ces dernières années.
- Taux élevé des rapports sexuels non protégés. Alors que 32% des jeunes admettent avoir eu plus d'un partenaire sexuel, seuls une faible proportion ont utilisé un préservatif au dernier rapport (8% des hommes de 15-49 ans selon enquête de 2003-2004).
- Age des premiers rapports sexuels. 36% des jeunes admettent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. La tendance est d'ailleurs à l'augmentation de cette proportion, représentant un signe inquiétant.

Les facteurs de vulnérabilité bien connus à Madagascar créent de plus un environnement propice à l'accroissement des comportements à risque. La pauvreté, le faible niveau d'instruction, les pratiques traditionnelles et le statut défavorisé de la femme s'ajoutent à la liste des facteurs de risque pour l'infection par VIH.

## **c) La riposte au plan politique et programmatique**

Le Président de la République continue de façon bénéfique son implication dans l'organisation de la riposte nationale au sida.

<sup>1</sup> Voir Rapport sur le profil épidémiologique VIH à Madagascar – en cours de finalisation et de validation

La réponse des acteurs œuvrant dans le domaine du Sida, sous le leadership du SE/CNLS, a continuellement augmenté ces dernières années. Le nombre de personnes testées a considérablement progressé pour atteindre plus de 8% des jeunes et près de 50% des travailleuses du sexe par an. L'utilisation de préservatifs par ces dernières progresse également pour atteindre un taux de près de 80% d'utilisation avec leur dernier client.

Les poches de sang transfusées sont toutes testées pour le VIH, même si le pays ne dispose pas encore d'un système d'assurance qualité externe garantissant la conformité des tests pratiqués.

Un effort particulier a été entrepris pour la prévention chez les femmes enceintes. Ce sont aujourd'hui plus de 80.000 femmes enceintes par an qui bénéficient de séances d'information et de dépistage. Ce chiffre ne représente cependant que 10% des femmes enceintes. Celles détectées positive au VIH bénéficiant d'une prophylaxie pour prévention de la transmission mère-enfant ne représentent que 1.6% des femmes enceintes estimées positives chaque année.

La prise en charge par trithérapie des personnes en infection avancée a également continuellement progressé en 2007 et les personnes identifiées et suivies ont globalement toutes accès au traitement. Malheureusement, ce ne sont que moins de 12% des personnes estimées en besoin d'ARV qui sont détectées et bénéficient de ces services, soit seulement 138 personnes à la fin de 2007.

Le SE/CNLS, conscient de ces défis, a orienté ses stratégies sur une meilleure couverture de services chez les groupes les plus à risque (en particulier HSH et UDI) et sur la décentralisation des services, particulièrement dans les 119 communes répertoriées comme les plus à risque.

Afin de contribuer à la réponse nationale sur le sida, l'Equipe conjointe de Madagascar sur le sida a été érigée officiellement le 12 octobre 2006. Elle s'inscrit dans le contexte de la réforme des Nations Unies et des efforts internationaux pour améliorer l'efficacité de l'aide. Cette Equipe est actuellement opérationnelle et a pour principal objectif de promouvoir et assurer un appui technique et financier cohérent et effectif des Nations Unies à la réponse nationale au VIH et SIDA. Par rapport à la Division des tâches, un accord a été établi par l'équipe conjointe et les chefs d'agence sur l'établissement de 4 groupes de travail avec un chef d'appui technique par thématique: Suivi et Evaluation (lead: ONUSIDA) - Prévention (lead: UNICEF/UNFPA) - Soins et traitement (lead: OMS) - Environnement (stigmatisation, Genre et PVVIH) (lead: PNUD).

Les indicateurs de base à l'intention de l'UNGASS pour 2007 sont consignés dans le tableau suivant :

## d) INDICATEURS DE BASE DE L'UNGASS

INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE	REMARQUES
<b>ENGAGEMENT ET ACTION AU PLAN NATIONAL</b>				
1). Dépenses intérieures et internationales relatives au sida par catégories et sources de financement				Utilisation de NASA (ONUSIDA) sur la base des informations recueillies auprès notamment du SE/CNLS
2). Indice composite de politique nationale		Voir Annexe II		Elaboré au cours d'un atelier ayant vu la participation des responsables gouvernementaux et non gouvernementaux et de la société civile (19 décembre 2007)
<b>PROGRAMMES NATIONAUX</b>				
3). Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	Num : 20484 Dén : 20556 99,6%	Jan-déc 2006	Rapport Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)	99,6% des 20556 poches de sang prélevées à Madagascar en 2006 ont été testées pour le VIH, les poches de sang non testées sont systématiquement détruites. Il faut cependant préciser que la procédure d'assurance qualité externe n'est pas encore mise en place à Madagascar mais en projet pour 2008.
4). Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux	Num : 138 Den : 1206 11,4%	2007	Estimations SE/CNLS	Une modélisation utilisant les données récentes de l'ESB2007, permet d'arriver à une estimation d'une prévalence VIH de 0,14% dans la population adulte, soit 12056 personnes vivant avec le VIH à Madagascar. Par défaut, on estime que 10% d'entre eux sont dans une phase d'infection avancée soit 1205 personnes. En 2007, 138 personnes étaient sous ARV, comparé à 89 personnes en 2006, soit une augmentation de plus de 50%. Ce chiffre ne représente cependant que 11,4% des personnes estimées en besoin de trithérapie.
5). Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Num : 13 Den : 1521 0,85%	2006	Estimations SE/CNLS	Les chiffres sont obtenus à partir du taux de prévalence des femmes enceintes de l'ESB 2007 qui a permis de donner le taux de prévalence de 0,21% chez les femmes enceintes au niveau des sites sentinelles couvrant 2 sites par région pour les 22 régions de Madagascar.
	Num : 25 Den : 1521 1,64%	2007	<u>Numérateur</u> : Registres ARV <u>Dénominateur</u> : ESB 2007	

INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE	REMARQUES
6). Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	ND			Pour Madagascar actuellement, l'indicateur est inversé : PARMIS LES TUBERCULEUX, COMBIEN SONT SEROPOSITIFS. 144 estimés porteurs du VIH sur les 15500 estimés tuberculeux. Le programme TB a pris l'initiative de notifier les cas de VIH chez les TB. L'indicateur UNGASS sera pris en considération pour les prochaines collectes et analyses. A noter, une étude de 2005 fait état de 0.91% seulement des patients tuberculeux qui sont séropositifs
7). Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Num : 1710 Den : 20811 8,2%	Nov-Déc 2006	ESC Nov 2006	A noter que sur les sites comparables entre 2004 et 2006, on assiste à une augmentation de 2% à 6,2% des jeunes déclarant avoir bénéficié d'un test VIH et qui en connaissent le résultat.
8). Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat				
8.1. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (TDS)	Num : 830 Den : 1681 49,4%	Aout 2006	ESC Août 2006	49,4% des TDS interrogées dans l'ESC 2006 ont bénéficié d'un test VIH et ont reçu le résultat, au cours des 12 derniers mois. A noter que la cible 2008 pour l'Accès Universel est de 50% : le résultat est donc d'ores et déjà atteint.
8.2. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (HSH)	ND			Cette catégorie de population à risque sera à intégrer dans les études ultérieures, vu notamment la difficulté d'identifier les personnes voulant se prêter à l'enquête. Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population.
8.3. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (UDI)	ND			Cette catégorie de population à risque sera à intégrer dans les études ultérieures, vu notamment l'ampleur relativement faible d'UDI. Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population en particulier à Toamasina
9). Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes bénéficiant des programmes de prévention du VIH				
9.1. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes bénéficiant des programmes de prévention du VIH (TDS)	ND			Les données ne sont pas disponibles pour cet indicateur car les deux questions clés permettant de mesurer la couverture des services de prévention n'a pas jusque là été posées dans les enquêtes. Cependant, la dernière ESC 2006 montre que 88,3% des TDS interrogées savent où passer un test VIH.

INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE	REMARQUES
9.2. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes bénéficiant des programmes de prévention du VIH (HSH)	ND			Non applicable jusqu'en 2007. Ces points pourraient être intégrés dans les diverses études y afférentes à compter de 2008. Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population.
9.3. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes bénéficiant des programmes de prévention du VIH (UDI)	ND			Non applicable jusqu'en 2007. Ces points pourraient être intégrés dans les diverses études y afférentes à compter de 2008. Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population en particulier à Toamasina
10). Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	ND			L'appui aux OEV relève à Madagascar d'associations locales et pour lesquels il est difficile d'effectuer une collecte des données précises et régulières. Par ailleurs, selon le manuel, le suivi de cet indicateur doit être effectué dans les seuls pays où la prévalence du VIH est supérieure ou égale à 5%, ce qui n'est pas le cas de Madagascar.
11). Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	ND		Bilan des activités 2004-2007 : Cellule de coordination de la lutte contre le VIH/sida-MinEduc	Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique sectoriel EDUCATION, les enseignements en matière de lutte contre le VIH ont été menés dans les programmes d'enseignement national. Toutefois, à défaut du système de suivi évaluation au niveau de ce secteur, les données relatives à cet indicateur sont manquantes. Néanmoins, on a enregistré 3862 écoles primaires publiques et privées sur les 22218 soit 17% ont au moins un enseignant ayant reçu une formation sur ce thème, en 2006 .:
<b>CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS</b>				
12). Scolarisation actuelle des orphelins et non orphelins âgés de 10-14 ans (également ODM)	A : Orphelins Num : 72 Den : 109 66,5%	2003	EDS Nov 2003-Mars 2004	66,5% des orphelins sont scolarisés contre 79,5% des non orphelins dénotant une plus grande vulnérabilité de cette population d'orphelins. Un effort sera à continuer pour diminuer la différence de taux entre les deux groupes d'orphelins et de non orphelins.
	B : Non orph Num : 3231 Den : 4064 79,5(%)			

INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE	REMARQUES
13). Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 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 virus (également ODM)	Num :9446 Den : 20811 45,38	2006	ESC Nov 2006	
14). Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus				
14.1. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus (TDS)	Num : 509 Den : 1681 30,3%	2006	ESC Août 2006	Le résultat de 30,3% semble relativement faible pour une catégorie de population qui est sensée être la cible principale des programmes de prévention. Il faut cependant noter que 98% des TDS savent que l'utilisation d'un préservatif protège de l'infection au VIH.
14.2. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus (HSH)	ND			Ces données seront prises en considération dans les études et enquêtes à compter de 2008. Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population.
14.3. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du virus (UDI)	ND			Ces données seront prises en considération dans les études et enquêtes à compter de 2008. Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population en particulier à Toamasina
15). Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Num : 5161 Den : 14715 36,05%	2006	ESC Nov 2006	36,05% des jeunes interrogés ont admis avoir eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Ce résultat est inquiétant car c'est non seulement plus du 1/3 des jeunes mais la tendance est à l'augmentation de cette proportion, en particulier pour les garçons. Il faut de plus noter Que c'est chez les filles que le score est le plus élevé avec 39,1% admettant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE	REMARQUES
16). Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	7,1% 20% H 3,3% F	2003	EDS Novembre 2003- Mars 2004	Selon l'ESC 2006, 42,2% des jeunes hommes de 15-24 ans et 22,5% des jeunes femmes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire dans l'année. L'EDS 2008 permettra de mesurer l'évolution de ces comportements à risque.
17). Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 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 (également ODM)	Num : 140 Den : 1748 8,0%	2003	EDS Novembre 2003- Mars 2004	Les données répondant précisément à cet indicateur ne sont pas disponibles. Cependant, l'EDS 2003-2004 montrait que seulement 8% des personnes ayant un partenaire non marital et non cohabitant avait utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, dénotant un niveau de comportement à risque très élevé.
18). Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Num : 1335 Den : 1681 79,4%	2006	ESC Août 2006	79,4% des TDS interrogées ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. On note une progression de plus de 3 points pour cet indicateur entre 2004 et 2006.
19). Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin	ND			Données à prendre en considération dorénavant
20). Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND			Données à prendre en considération dorénavant
21). Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	ND			Données à prendre en considération dorénavant
22). Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH (également ODM)	Num : 17 Den : 6918 0,24%	2007	ESB Mars-Juillet 2007	Les données disponibles ne concernent que les femmes enceintes de 15-24 ans.
23). Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque				
23.1. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque (TDS)	Num : 12 Den : 2288 0,5%	2007	ESB Mars-Juillet 2007	L'ESB 2007 a porté sur 46 sites sentinelles répartis dans les 22 régions du pays. Concernant les TDS, l'ESB a porté sur 7 sites constitués par 7 grandes villes de Madagascar.

INDICATEURS	VALEUR	PERIODE DE REFERENCE	SOURCE et DATE DE COLLECTE	REMARQUES
23.2. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque (HSH)	ND			Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population.. Des études beaucoup plus approfondies sur ce groupe seront menées dorénavant..
23.3. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque (UDI)	ND			A prendre en considération dorénavant. Une étude récente a montré l'existence de cette catégorie de population en particulier à Toamasina
24). Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Num : 60 Den : 64 93,75%	Jan-Déc 2007	Rapports des médecins référents	93,75% des personnes ayant démarré un traitement ARV sont encore sous traitement 12 mois après l'initiation du traitement. 13 personnes ont arrêté leur traitement, soit pour cause de décès (détection de la maladie à un stade trop avancé) soit perdus de vue.
25). Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH				Calculé directement par l'ONUSIDA Genève

## II) Aperçu de l'épidémie de sida

Comme indiqué dans le chapitre 1, deux opérations de collecte des informations alimentent le suivi de l'évolution de l'épidémie de sida à Madagascar, à savoir l'enquête de surveillance comportementale - ESC 2006 et l'enquête de surveillance biologique - ESB 2007.

Ainsi que le montre le tableau suivant, extrait de l'ESB 2007, la prévalence à VIH constatée notamment auprès des populations les plus à risque peuvent confirmer l'idée selon laquelle, la l'estimation officielle de la prévalence à VIH à moins de 1% semble être fondée. En effet, si même au niveau des populations à risque, la prévalence à est inférieure à 1%, elle l'est a fortiori au niveau de la population totale.

Prévalence	Femmes enceintes	Patients IST	TDS
VIH	0,21%	0,28%	0,5%
Syphilis	4,4%	6,7%	12,1%

Source : ESB 2007

Face à cela il est constaté de façon étonnante, une prévalence élevée des IST et notamment de la syphilis chez les mêmes groupes cibles étudiées. Il semblerait donc qu'il n'y ait pas de relation significative entre l'infection par le VIH et la syphilis.

La précocité de l'entrée dans la vie sexuelle active constitue un facteur de risque important dans l'exposition au VIH. Avec l'ESC 2006, une indication dans ce sens a été recueillie. Ainsi, plus du tiers des jeunes de 15-24 ans entrent dans la vie sexuellement active avant l'âge de 15 ans. La moitié des jeunes de 15-24 ans entrent dans la vie sexuellement active avant leur 17<sup>e</sup> année. Cette tendance précoce mérite une attention particulière pour la freiner un tant soit peu.

Prévalence	JEUNES 15-24 ans	
	Hommes	Femmes
1 <sup>er</sup> rapport sexuel avant 15 ans	32,8%	39,3%
Age médian au 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	16,8 ans	16,5 ans

Source : ESC 2006

Le risque de contracter le VIH augmente avec le multi partenariat sexuel. C'est ainsi que l'ESC 2006 a recueilli les informations suivantes concernant la proportion de partenaires sexuels (2 ou plus) qu'auraient eu les populations cibles étudiées au cours des 12 derniers mois.

	JEUNES		Camionneurs	Militaires
	H	F		
Proportion ayant eu des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois	42,2 %	22,5 %	39%	34,5%

Source : ESC 2006

La protection des rapports sexuels précoces et multipartenaires ne sont pas toujours assurés. En effet, l'utilisation du condom reste faible notamment auprès des populations dites à risque, malgré une légère amélioration constatée sauf chez les militaires. Selon l'ESC 2006 à titre illustratif, le tableau ci-contre donne l'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

	JEUNES 15-24 ans	
	Hommes	Femmes
2006	34,2%	40,7%

Source : ESC 2006

Enfin, la mobilité professionnelle, la pauvreté, les IST et certaines pratiques traditionnelles viennent compléter la gamme des facteurs de risques et de vulnérabilité les plus probants énoncés plus haut. Des actions énergiques méritent d'être envisagées pour infléchir le poids de ces facteurs avant qu'ils ne se transforment en explosion du VIH.

## III) Riposte nationale à l'épidémie de sida

### a) Les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période 2006-2007

En matière de prévention, plus de 20 millions de préservatifs ont été distribués en 2007 et la promotion du préservatif féminin a été entamée. Malgré cela, l'utilisation du préservatif reste assez faible et nécessite encore de grands efforts pour assurer une plus grande protection des populations.

Une amélioration de l'accessibilité aux centres de dépistage volontaires a été constatée car le nombre de CDV est passé de 314 en 2006 à 496 en 2007. Cela a contribué à augmenter modestement le nombre de personnes dépistées de 150 000 en 2006 à 214 302 en octobre 2007. De même, le nombre de femmes enceintes dépistées reste encore faible bien qu'étant passé de 5 195 en 2004 à 72 541 en août 2007 selon les rapports d'activité PTME du Ministère en charge de la Santé. La performance ainsi reste faible. En effet, la couverture nationale du programme reste faible (environ 20%), le taux d'acceptation au conseil pré-test n'est que de 56% en 2006 et le taux d'acceptation au dépistage par rapport au conseil pré-test est d'environ 70%.

Il est cependant à rappeler que les tests VIH et la thérapie ARV dans les formations sanitaires publiques sont entièrement subventionnés par l'Etat, donc gratuits.

En 2006, dans le cadre du plan stratégique du secteur Education, 3862 écoles primaires publiques et privées ont au moins un enseignant ayant reçu une formation sur le VIH et sida. Pour 2007, 4536 autres écoles ont été prévues pour bénéficier de cette formation pour les enseignants. Les formations se poursuivent ainsi que l'élaboration de curricula y afférents afin que l'enseignement proprement dit du VIH à l'école puisse être effectif. Des séances d'éducation en matière de prévention du VIH ont été menées et un programme a également été développé avec des partenaires techniques et financiers, concernant la formation de pairs éducateurs.

Dans le domaine des communications, plusieurs points méritent d'être cités, en droite ligne avec les redéfinitions des priorités et cibrages :

- ☞ une stratégie de couverture des groupes vulnérables a été développée, accompagnée d'un plan d'action ;
- ☞ des plateformes de communication régionale ont été mises en place suivies de l'élaboration de plans d'actions correspondants ;
- ☞ des programmes sur les compétences à la vie ont été mis sur pied, y incluant un mapping des interventions sur les jeunes en dehors du milieu scolaire et la formation des responsables y afférents ;
- ☞ les efforts de « veille informationnelle » sont maintenus en utilisant les média de masse et les campagnes événementielles ;
- ☞ la couverture en communication de proximité est étendue à travers les stations de radio locales, les groupes d'écoute communautaires, les unités mobiles de vidéo.

Par ailleurs, le renforcement des capacités des prestataires, la mise en place de guides et outils dans les différents domaines pour une meilleure performance des programmes développés, continue.

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

La poursuite de l'implication du Chef de l'Etat dans le leadership de la riposte au VIH et sida, l'insertion de la riposte dans les priorités de la politique économique du pays par le biais du Madagascar Action Plan notamment dans son défi N°5 ainsi que la promulgation de la loi N°2006/040 et de son décret d'application 2006/905 devraient constituer des éléments de l'environnement politique d'importance pour renforcer et dynamiser toutes les actions menées dans le cadre de la riposte nationale pour des résultats meilleurs.

Sur le plan programmatique, l'élaboration d'un Plan Opérationnel intégré sur une dimension annuelle et tenant compte des priorités nationales établies et budgétisé, sur lequel se cadrent toutes les actions des différentes parties prenantes en matière de riposte au VIH a permis une planification rationnelle des actions sans risque de duplication ou d'omission. Une revue du POI en novembre 2007 avait fait état de près de 69% de réalisation des activités principales qui ont été programmées au sein des 4 axes stratégiques de ce POI. Par ailleurs, 496 centres de dépistage volontaire (CTV, PTME, CDT) sont opérationnels en 2007 et dont les rapports sont disponibles. En outre, 99,6% des poches de sang ont été testées au VIH (indicateur N° 3) bien que la procédure d'assurance qualité externe n'ait été mise en place. Enfin avec les campagnes de sensibilisation via les médias ainsi que les actions des 25 unités mobiles vidéo, les connaissances de la population en général et des groupes ciblées et à risque en matière d'IST, VIH et sida, en sont nettement améliorées.

Malheureusement, les changements de comportement sont relativement loin d'être à la dimension des efforts fournis. En effet, ainsi que les montrent les tableaux et indicateurs dans les paragraphes précédents, si, en se référant à l'indicateur N° 13, relatif aux connaissances exactes sur les moyens de prévention du VIH par transmission sexuelle, 46% des jeunes ont cette connaissance, seuls 27% des jeunes hommes et 22% des jeunes filles ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire de type commercial. Au niveau des TDS, ce taux d'utilisation est de 79,4% (indicateur N° 18).

Par ailleurs, 8,2% des jeunes de 15-24 ans (indicateur N°7) auraient effectué un test volontaire et en ont reçu les résultats et 49,4% chez les TDS (indicateur N°8).

En matière de traitements, comme le montre l'indicateur N° 4, 11,4% des PVVIH à un stade avancé en 2007, sont sous traitement anti-rétroviral et 1,64% des femmes enceintes séropositives reçoivent un traitement anti-rétroviral pour éviter la transmission mère-enfant (indicateur N° 5).

Au niveau de l'enseignement du VIH dans le système scolaire, jusqu'à présent, l'on procède toujours à la formation des enseignants : aucun enseignement formel en matière de VIH n'est encore dispensé malgré l'existence de quelques cours en la matière de façon non encore systématique (indicateur N° 11).

Il est à mentionner que faisant suite à une modélisation utilisant les données récentes de l'ESB 2007, une estimation de la prévalence du VIH à Madagascar est de 0,14% dans la population adulte soit un nombre de PVVIH de 12056. Par défaut, on estime que 10% d'entre eux seraient à un stade avancé.

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

La décentralisation de la planification de la réponse nationale au niveau des régions administratives est en cours de développement. Elle devrait permettre de renforcer la collaboration entre les instances administratives, la communauté, le secteur public, le secteur privé et les partenaires de la société civile, pour une intensification et intégration de la réponse à son niveau effectif de mise en œuvre.

Le choix de 48 communes prioritaires parmi les 119 communes fortement vulnérables identifiées comme prioritaires d'une part et l'étalonnage des priorités en fonction des facteurs de risque et de vulnérabilité et de leurs implications programmatiques d'autre part, constituent un premier effort de rationalisation de la planification des actions dans le sens d'une focalisation des actions.

Par ailleurs, l'adoption d'un cadre juridique et réglementaire et la formation des magistrats correspondants ont produit un effet certes encore modeste, dans l'approche des populations

à risque et des PVVIH, notamment en matière de stigmatisation et/ou de discrimination dont ils font l'objet.

L'inclusion de la riposte nationale dans le MAP (politique économique et sociale nationale) a permis sinon obligé les secteurs de la vie nationale et les partenaires techniques et financiers à plus d'implication et à mobiliser autant que faire se peut toute la population. C'est ainsi qu'à toutes les questions de la section 1 relative au plan stratégique, toute l'instrumentation nécessaire est mise en place et mise en route. La notation a ainsi gagné 1 point (de 7 en 2005 à 8 en 2007) tout en espérant des améliorations de cette notation dans les années futures avec les efforts déployés pour la mise en application de ces mesures.

S'agissant de la section 2 – Appui politique, les structures déjà mises en place en 2005 continuent de fonctionner avec notamment des renforcements respectifs de capacités chaque fois que de besoin.

Dans le domaine de la prévention (section 3), la progression n'a pas été modeste. En effet l'identification des priorités et la mise à l'échelle des stratégies correspondantes, ont focalisé les actions des responsables tout en continuant les efforts pour l'amélioration de l'existant (Augmentation PTME, augmentation du nombre de CTV et CDT, implication des organisations communautaires de bas...)

La section 4 (traitements, soin et soutien) est restée stationnaire par rapport à 2005. En effet, la finalisation de la mise en place des cadres de politiques et cadres opérationnels (protocoles...) relatifs à ce domaine ainsi que les différentes modalités de mise à l'échelle et le processus de décentralisation des actions, ont focalisé la majeure partie du temps. Si la prévalence au VIH se maintient à son niveau actuel, le renforcement de l'existant mis en place devrait relativement suffire en pensant cependant à une plus grande amélioration de l'accessibilité géographique vers les centres de soin, compte tenu de la superficie du territoire.

Enfin le secteur suivi et évaluation a connu une nette amélioration par rapport à 2005. En effet, la restructuration de l'Unité de suivi et évaluation du SE/CNLS assortie d'une réactualisation des outils, d'une réactualisation du Plan de suivi et évaluation, la présence d'une assistance technique nationale et internationale ont contribué à l'amélioration du système de suivi et évaluation. Néanmoins des efforts en matière de taux de rapportage des parties prenantes et du taux de promptitude dans le rapportage vers l'USE méritent d'être accentués pour que très rapidement, l'USE soit à même de fournir toutes les informations idoines concernant la riposte nationale au VIH et sida.

Pour la partie B de l'Indice Composite, remplie par la société civile, les organismes bilatéraux et multilatéraux, les résultats sont tout aussi relativement modestes. En effet, s'agissant des droits de la personne, le cadre juridique adopté n'exclut pas les efforts à mener pour mettre en place par exemple des institutions de recours ou pour veiller à l'application des textes ; la vulgarisation des textes est à réaliser auprès de la population en général et en particulier des juristes pour que stigmatisation et discrimination notamment vis-à-vis des populations infectées ou des populations à risque soient atténuées de façon notable.

En matière de participation de la société civile, une évolution est constatée dans l'incitation de celle-ci à participer à la réponse nationale, en particulier avec la création du réseau d'associations de PVVIH en 2007, la reconnaissance nationale des associations d'HSB en 2006 et la création de la plateforme des leaders religieux également en 2006. Néanmoins, des efforts de structuration et d'accompagnement de la société civile restent à faire pour augmenter leur participation à la réponse.

Corollairement à l'amélioration de la participation de la société civile dans la riposte, un renforcement budgétaire en faveur des actions de prévention est à faire notamment pour focaliser les efforts sur les catégories les plus vulnérables. Ce renforcement devra être accompagné d'un effort de décentralisation des activités (mise à l'échelle) au niveau de toutes les communes identifiées comme vulnérables.

En matière de traitement, soins et soutien, l'état stationnaire déjà diagnostiqué dans la partie A est également constaté par les responsables en charge du groupe B. Les intervenants ont remarqué que la cause pourrait être imputable au nombre relativement trop élevé de médecins référents formés par rapport au nombre de patients, au nombre de patients « perdus de vue » donc à la réduction correspondante de personnes sous traitement, à des problèmes de sensibilisation et de formation des médecins et personnels de santé en général pour détecter et référer les patients présentant des signes cliniques ou encore à des carences en matière de qualité de services, notamment concernant l'approvisionnement en médicaments ou concernant le suivi biologique.

Ces remarques sont également valables à l'endroit des OEV d'autant plus qu'à Madagascar, l'appui aux OEV relève d'associations locales et pour lequel aucun protocole correspondant n'existe à ce jour.

D'une manière générale, la relative modestie des améliorations constatées dans l'Indice Composite des Politiques Nationales constitue plus des arguments d'interpellation des responsables nationaux et internationaux impliqués dans la riposte au VIH, qu'un quelconque moyen d'évaluation stricto sensu d'autant plus que les notations relèvent plus d'appréciations qualitatives que d'un ensemble de critères mesurables.

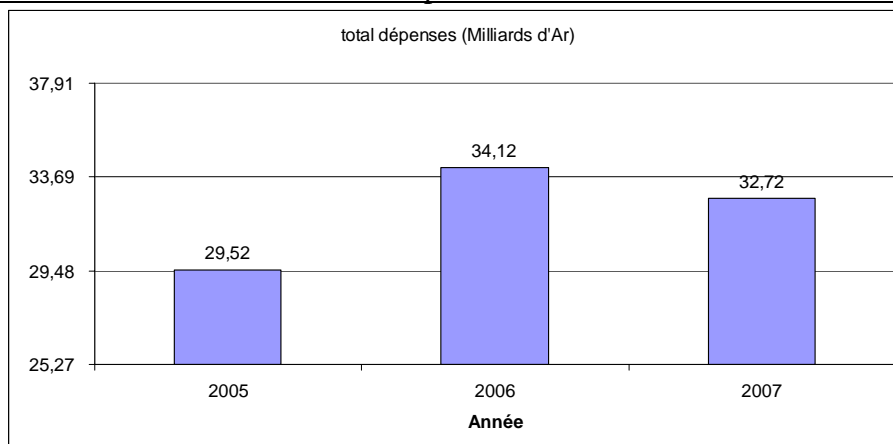
#### **d) la réponse nationale en termes financiers**

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

On constate une augmentation du montant global des dépenses liées au sida [Figure 1]. Le montant total des dépenses liées à la riposte face au VIH/sida a subi une augmentation de 4,6 milliards d'Ariary entre 2005 et 2006. On observe une légère diminution de ce montant en 2007. Ceci s'explique d'un côté, par (i) la diminution de dépenses liées à la prévention et aux soins et traitement, défalquées sur le Fonds mondial, cette année. De l'autre côté, le Ariary a trouvé une légère réévaluation par rapport au dollar des Etats-Unis en 2007. Un dollar valait seulement 1800 Ariary en 2007 alors qu'il était plus de 2000 Ariary en 2005 et 2006. Ainsi, l'équivalent Ariary des grands fonds internationaux ont subi une diminution sensible.

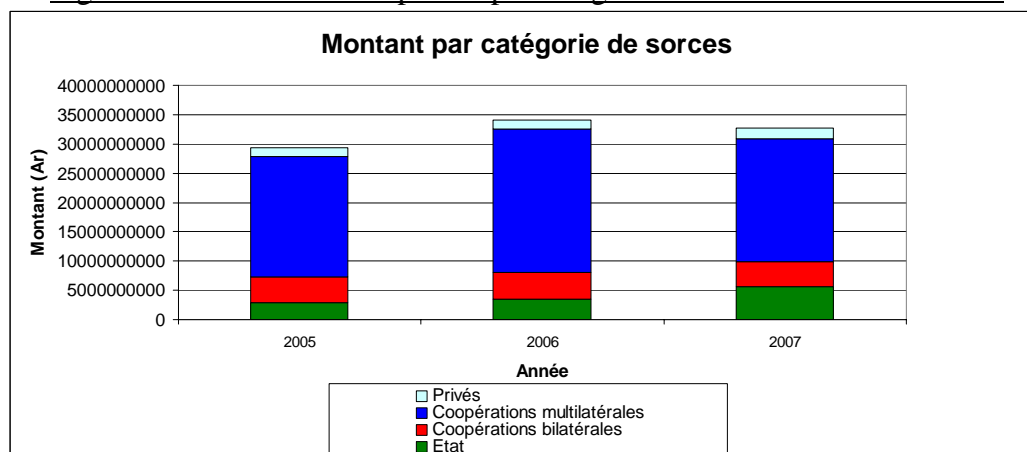
Les dépenses liées à la lutte contre le sida en 2007 correspondent à 72% du budget prévisionnel dans le PSN 2007-2012. En effet, pour cette année, les dépenses et le budget sont respectivement de 32,7 et de 45,4 milliards d'Ariary.

**Figure 1 : Evolution du montant total des dépenses liées à la lutte contre le sida à Madagascar**



Les dépenses supportées par le Gouvernement a subi une nette augmentation en 2007 [Figure2]. L'effacement des dettes de M/car par les grands partenaires financiers à l'échelon international a permis au gouvernement d'augmenter sa contribution dans la lutte contre le sida. Par ailleurs, la contribution des financements multilatéraux reste importante [Figure2].

**Figure 2 : Evolution des dépenses par catégorie de sources de financement**



Durant les trois années consécutives, on observe une importance relative de la part de dépenses consacrée à la prévention [Figure 3 a, b et c], notamment dans la communication, la mobilisation communautaire, le conseil et dépistage volontaire ainsi que la prévention de la transmission mère enfants. Ceci se justifie par la faible prévalence du sida à Madagascar qui reste en deçà du 1%.

Figure 3.1 : Répartition des dépenses par catégories NASA de dépenses : 2005

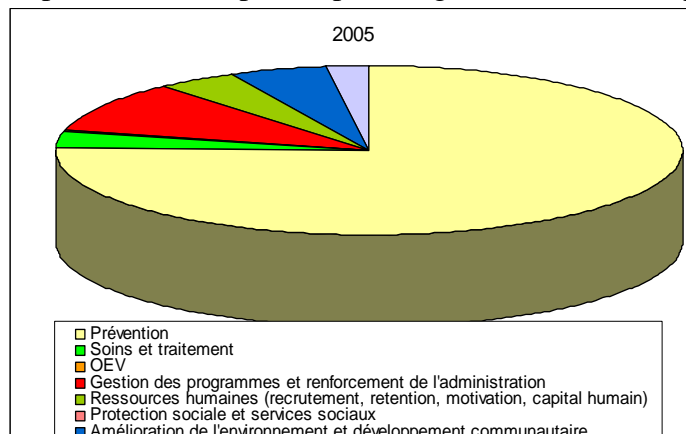


Figure 3.2 : Répartition des dépenses par catégories NASA de dépenses : 2006

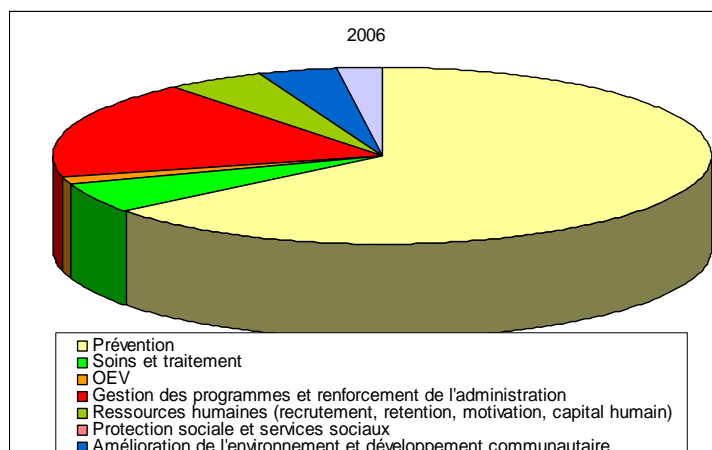
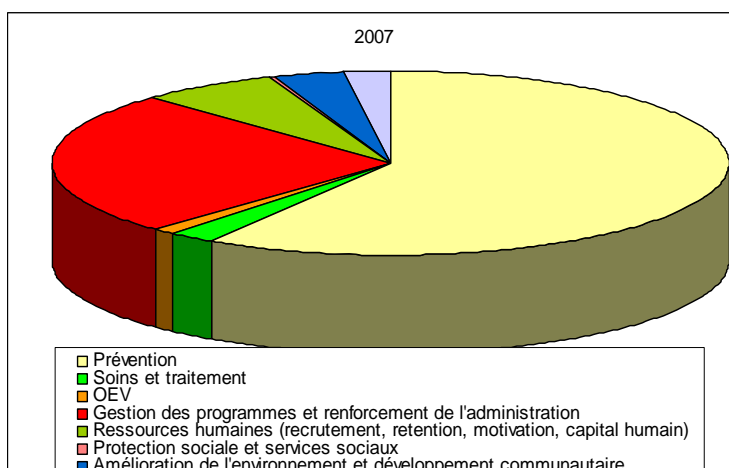


Figure 3.3 : Répartition des dépenses par catégories NASA de dépenses : 2007



On constate une augmentation des dépenses liées à la rubrique Gestion des programmes et renforcement de l'administration en 2006 et 2007 [Figure 3b et c] à cause des activités d'enquêtes et surveillances : Enquête de surveillance comportementale (ESC) en 2006 et Enquête de surveillance biologique (ESB) en 2007.

## IV) Meilleures pratiques

Quatre aspects de la riposte nationale méritent d'être cités au titre de meilleures pratiques.

D'une part, la continuation bénéfique de l'implication du Chef de l'Etat dans le leadership de la lutte même si la prévalence au VIH au niveau national se situe à un niveau relativement bas. Dans ce sens, il a déclaré : « Nous avons pris la route en 2002 avec le PSN qui s'est achevé en 2006. Il n'y a pas de raison de ne pas continuer. Je vous exhorte à la poursuivre avec moi, avec nous ! Merci pour votre engagement » fin de citation.

Le second aspect est l'intégration de la riposte nationale dans le Madagascar Action Plan (politique économique et sociale de Madagascar pour la période 2007-2012) au titre du défi N°5 y incluant ses stratégies et objectifs prioritaires spécifiques. Cela constitue un pas par rapport à la période précédente où la prise en considération dans le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) n'a pas été exhaustive. Cela constitue enfin un plus car cette intégration permettra de générer et/ou affecter des budgets à la riposte au VIH et sida au sein des différents secteurs publics et privés de la vie nationale.

La troisième meilleure pratique à mettre en exergue est la création le 12 octobre 2006, d'une équipe conjointe du Système des Nations Unies à Madagascar, en conformité avec le processus de réforme des Nations Unies pour lutter contre la pandémie. En mars 2007, la division des tâches préconisée par le GTT a été approuvée. Corollairement, l'UNDAF a été réaligné au MAP au cours d'un atelier national en février 2007. Dorénavant donc, le Système des Nations Unies à Madagascar procèdera à une programmation commune de son assistance technique et financière conjointement avec le SE/CNLS pour une plus grande efficacité et efficience de cette assistance.

La quatrième meilleure pratique a été l'élaboration de la cartographie du risque : c'est un outil d'identification et visualisation des zones géographiques à risque de diffusion accrue de l'infection. Elles sont en effet considérées comme prioritaires pour le renforcement de la disponibilité des services cliniques, de la communication de proximité et de la réponse locale. Elle doit permettre de réaliser une analyse situationnelle du pays, en identifiant les principaux facteurs pouvant favoriser la propagation de l'épidémie, pour localiser les communes considérées comme étant à risque accru de diffusion de l'infection.

## V) Principaux obstacles et mesures correctives

### a) **Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le Rapport de situation national 2005 à l'UNGASS**

Par rapport aux obstacles cités en 2005, le renforcement institutionnel et fonctionnel du Laboratoire National de Référence mérite une action rapide et en profondeur. En effet, depuis 2005, aucune notification claire de son mode opératoire et de ses relations fonctionnelles avec le système de santé dans lequel il appartient, n'est précisée. Par ailleurs, le rapportage des notifications de toutes les instances privées et publiques s'occupant de test à VIH à travers tout le pays doit obligatoirement être effectuée de façon systématique.

Apparemment au regard des résultats de l'ICPN 2007, le rôle de coordination du SE/CNLS s'affirme de plus en plus : des exemples de l'amélioration de cette coordination peuvent être trouvés dans son rôle vis-à-vis du Forum des partenaires, dans l'opérationnalité croissante de l'Unité de suivi et évaluation (USE) en matière de collecte et analyse des données, ou encore dans sa volonté d'élaborer un Plan Opérationnel Intégré annuel de concert avec les partenaires techniques et financiers et d'instaurer une revue annuelle correspondante à compter de l'année 2007.

Le système d'information d'aide à la gestion s'est largement amélioré avec la restructuration de l'USE et le développement d'outils de gestion correspondantes. A titre d'exemple, la grande majorité des informations sur les indicateurs de l'UNGASS ont pu être recueillies auprès de cette unité alors qu'en 2005, il a fallu procéder à plusieurs contacts individuels pratiquement pour chaque indicateur.

Avec les séries de formations à chaque niveau des prestataires, l'on peut espérer une amélioration de la qualité des prestations d'autant plus qu'avec la définition des priorités, et notamment des zones prioritaires, la masse critique des prestataires formés n'en sera qu'améliorée.

### **b) Les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de la période de collecte des données (2006-2007) en général, ainsi que les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de l'UNGASS en particulier**

Si pratiquement la majorité des obstacles identifiés en 2005 a pu être levée, il n'en demeure pas moins qu'un défi important est à relever au cours de la période 2006-2007 mais aussi pour les années futures à savoir la mise à l'échelle des actions, faisant suite à la définition des priorités, notamment concernant les cibles et les communes prioritaires. En particulier une réadaptation de toutes les modalités d'approche des différentes actions et des outils correspondants, devra être effectuée pour répondre à cette mise à l'échelle, et transmise à tous les partenaires. Cet obstacle se présente avec d'autant plus d'acuité que le pays est grand géographiquement et que les voies d'accès à toutes les régions sont assez réduites.

### **c) Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS**

La principale mesure corrective serait, compte tenu de la superficie du territoire et des difficultés d'accès dans certaines zones ainsi que de la limitation relative des moyens à mettre en œuvre pour effectuer des études statistiquement représentatives de l'ensemble de la population, d'adapter les indicateurs de mesure des objectifs de l'UNGASS à la mise à l'échelle du pays. Cela a été un peu le cas avec les enquêtes ESC 2006 et ESB 2007 à Madagascar. Néanmoins, cette adaptation n'exclut en rien l'amélioration des différents reportages au niveau national pour s'assurer d'une couverture de plus en plus complète des informations concernant le VIH dans le pays.

## **VI) Soutien des partenaires du développement**

### **a) Le soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS**

Trois principaux aspects de soutien des partenaires sont à mettre en exergue au cours de la période considérée.

Tout d'abord « l'aperçu des activités des partenaires du CNLS à Madagascar » élaboré avec l'appui technique et financier de la GTZ. Cet outil avait pour objectifs principaux de mettre en place une base de données nationale avec les activités des partenaires actifs à Madagascar, d'élaborer une cartographie des interventions des partenaires et de leur alignement respectif. C'est en quelque sorte l'équivalent d'un annuaire des partenaires s'impliquant dans la lutte contre le VIH et le sida. Il mérite d'être réactualisé de façon systématique sur une base annuelle afin de constituer un réel outil de travail notamment pour l'élaboration du POI annuel et de sa mise en œuvre.

Le second aspect du soutien des partenaires a été la création de l'équipe commune du Système des Nations Unies dont il est fait mention dans le paragraphe relatif aux meilleures pratiques.

Enfin, la contribution technique et financière de la Banque Mondiale par le biais du Projet Multisectoriel pour la prévention du sida (PMPS) dont le SE/CNLS est le gestionnaire, est à

mentionner. En effet, les domaines d'activités suivants ont été mis en œuvre avec l'assistance financière et technique de la Banque Mondiale avec ce projet :

- ☞ Les politiques globales, le suivi et la coordination de la prévention
- ☞ Le renforcement de la riposte au SIDA dans les milieux des forces de sécurité, dans les services en uniforme et en cas de crise humanitaire
- ☞ L'appui aux plans stratégiques nationaux dont les priorités ont été définies et les coûts évalués, gestion financière, ressources humaines, renforcement des capacités et amélioration des infrastructures, atténuation de l'impact et travail sectoriel
- ☞ La gestion des achats et de l'approvisionnement, formations y compris
- ☞ Les informations stratégiques : partage des connaissances et responsabilisation, coordination des efforts nationaux, constitution et développement de partenariats, plaidoyer, actes de sensibilisation, suivi et évaluation, y compris estimation de la prévalence nationale et projection de l'impact démographique

### **b) Les actions que doivent entreprendre ces partenaires à cette fin**

La première action à entreprendre de la part des partenaires sera de dépasser le plan conjoint établi de façon intérimaire en 2007 pour une véritable programmation conjointe (technique et financière) des actions à mener au cours d'un exercice donné. Dans ce sens, l'appui du Groupe restreint de suivi et évaluation, élargi à tous les partenaires selon le besoin, sera toujours utile.

La seconde action à entreprendre au niveau institutionnel serait de préciser le mandat opérationnel du Forum des partenaires dans le processus de riposte au VIH. En effet, une délégation tacite des pouvoirs semble avoir été donné par le CNLS à cette instance pour agir en ses lieu et place. Il est rappelé que les membres du CNLS sont tous membres du Forum des partenaires.

## **VII) Suivi et évaluation**

### **Du système actuel de suivi et évaluation**

Sur le constat de relative faiblesse du système de suivi et évaluation en 2005, des mesures correctives ont été prises. C'est ainsi qu'une restructuration de l'USE a été effectuée, avec le concours technique de l'ONUSIDA, de la Banque Mondiale et de la GTZ et le concours financier des autres agences des Nations Unies. Cette restructuration a porté sur la fonctionnalité de l'unité (redéfinition des termes de référence des membres), le renforcement des capacités de ces membres, la redéfinition des outils de collecte, notamment pour tenir compte de la mise à l'échelle des actions à l'issue de la précision des priorités.

Par ailleurs, une révision des estimations de la prévalence au VIH et du profil épidémiologique du VIH et du sida, ont été effectuées et en cours de finalisation et de validation.

### **a) Des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système complet de S&E**

La principale difficulté rencontrée est le niveau relativement bas de la « culture de l'information » à chaque niveau. Cet état de fait risque entre autres, de diminuer un tant soit peu la fiabilité et la précision des informations collectées. Cela se reflète d'ailleurs dans la faiblesse du taux de rapportage (des médecins référents par exemple). Bon nombre de ces rapports comporte des lacunes sinon inexistantes. Par ailleurs, quand les rapports existent, le taux de promptitude dans le respect des délais assignés pour le rapportage est également bas, entraînant évidemment des couvertures défailtantes au niveau géographique et/ou temporel des informations pour tout le pays.

**b) Des mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés et mettre en lumière s'il y a lieu :**

La mesure corrective par excellence serait de multiplier les missions de supervision (y incluant évidemment les aspects formatifs) par l'équipe de l'USE afin d'inculquer l'esprit de suivi évaluation et de s'enquérir de la correction des informations demandées en rapport avec les modalités définies pour ce faire. Les canevas des rapports sont révisés et allégés pour une compréhension et un remplissage plus facile.

**c) Le besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation.**

Comme mentionné dans les paragraphes précédents, Madagascar bénéficie de l'assistance technique de l'ONUSIDA et de la Banque Mondiale en matière de suivi et évaluation. L'un de principaux objectifs sera le transfert de connaissances et de compétences auprès des instances nationales pour un système unique de suivi et évaluation défini et managé par l'Unité de Suivi et Evaluation du SE/CNLS.

De plus, l'absence de compétence en épidémiologie ne permet pas à l'Unité de Suivi Evaluation d'interpréter en temps voulu les données collectées. A noter que la mise en place d'un Observatoire Régional Sida dans l'Océan Indien en 2008 permettra d'appuyer les pays membres par la mise à disposition des services d'un épidémiologiste.

## ANNEXES

### ATELIER D'ELABORATION DE L'INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES 2007 **TERMES DE REFERENCE**

#### 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Conformément à la déclaration d'engagement de l'UNGASS à laquelle Madagascar a souscrit, un suivi de ladite déclaration d'engagement est à effectuer sur une base biennale. Le dernier exercice ayant porté sur 2005, cette année 2007 constitue donc le support prochain de cet exercice de suivi.

Au titre de 2007, les directives reçues portent sur un ensemble de 25 indicateurs dont la grande majorité sont des reconductions des indicateurs de 2005, auxquels ont été apportées des modifications d'amélioration et d'un rajout de 2 indicateurs.

Parmi les 25 indicateurs figure en deuxième position, comme pour 2005, l'Indice Composite des Politiques Nationales. Cet indice composite est divisé en 2 parties :

A – Pour les responsables nationaux.

Cette partie A couvre 5 domaines :

- Le plan stratégique, constitué de 5 principales questions et 19 sous questions
- L'appui politique, constitué de 6 questions et 6 sous questions
- La prévention, constituée de 4 questions et 6 sous questions
- Le traitement, les soins et soutien constitué de 5 questions et 5 sous questions
- Le suivi et évaluation, constitué de 8 questions et 13 sous questions

B – Pour les représentants d'ONG, des organismes bilatéraux et du Système des Nations Unies

Cette partie couvre 4 domaines :

- Les droits de la personne, constitué de 15 questions et 11 sous questions
- La participation de la Société Civile, constitué de 6 questions
- La prévention, constitué d'une question et de 4 sous questions
- Le traitement, les soins et soutien, constitué de 3 questions et 3 sous questions.

#### 2. Objet de l'atelier

L'atelier permettra de :

- Collecter les données requises pour les différents éléments de l'indice composite
- Remplir ensemble de façon consensuelle le questionnaire
- Analyser conjointement les tendances d'évolution par rapport à la situation de 2005.

Cette stratégie a le double avantage de :

- ♣ Gagner du temps contrairement à des contacts individuels nécessitant par la suite une validation conjointe, d'autant plus que le temps imparti à l'ensemble de l'exercice est court, le rapport devant être acheminé le 15 janvier 2008 au plus tard.
- ♣ Obtenir immédiatement des réponses consensuelles sur les différents aspects de l'indice.

Il convient de rappeler qu'il est **impératif** que les responsables participant à l'atelier se munissent de tous les documents pertinents relatifs au(x) domaine(s) dans le(s)quel(s) ils interviennent habituellement : ces documents constitueront des références catégoriques en cas de flou éventuel.

#### 3. Durée de l'atelier

L'atelier prendra une journée entière de 9h à 17 heures et se déroulera le 7 décembre 2007 au plus tard.

4. **Les participants** seront au nombre de 30 personnes au maximum et comprendront les représentants des instances ci-après :

- ☞ Le SE/CNLS, qui présidera la séance
- ☞ Les responsables points focaux de la lutte contre le VIH au niveau des ministères
- ☞ L'instance en charge du suivi de la mise en œuvre du MAP
- ☞ La Présidence de la République
- ☞ Les réseaux de PVVIH
- ☞ Les organisations féminines
- ☞ Les organisations de jeunes
- ☞ Les organisations confessionnelles
- ☞ Les organisations communautaires
- ☞ Les responsables d'OEV
- ☞ Les organisations des travailleurs
- ☞ Les organisations responsables des Droits Humains
- ☞ Les ONG
- ☞ Les partenaires bilatéraux
- ☞ Le Système des Nations Unies .

5. **Le résultat attendu** de l'atelier est le remplissage exhaustif, consensuel et rationnel du questionnaire relatif à l'indice composite des politiques nationales au titre de 2007.

La convocation au dit atelier sera accompagné d'un exemplaire vierge du questionnaire sur l'indice composite des politiques nationales 2005 et d'une copie de l'indice composite 2005.

La fiche de présence de l'atelier alimentera le tableau relatif aux répondants, au début du questionnaire.

**Annexe 1** : Questionnaire de l'Indice Composite des Politiques Nationales

(en version PDF)

## Annexe 2 : Catégories de dépenses liées au sida par catégorie de sources de financement – Années 2005, 2006 et 2007

Tableau croisé Catégories de Dépenses liées au sida par Catégories de Sources de financement, année 2005

ASC catégories	Central National	Prêts remboursables des banques de développement	Sources Privées	Fonds bilatéraux	Subventions non remboursables des banques de développement	Fonds mondial	Système des NU	Grand total
Prévention	163,293,038.11	792,385,378.03	619,116,761.51	2,805,512,503.00	4,699,115,122.54	12,259,395,003.00	925,327,197.83	22,264,145,004.02
Soins et traitement	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	859,896,639.36	97,037,742.60	956,934,381.96
OEV	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	58,396,804.72	0.00	58,396,804.72
Gestion des programmes et renforcement de l'administration	75,857,361.44	707,810,493.33	639,958,278.41	310,169,117.00	0.00	537,843,811.28	564,476,697.37	2,836,115,758.83
Ressources humaines (recrutement, retention, motivation, capital humain)	132,883,775.01	507,189,759.39	207,150,246.77	228,204,288.00	0.00	91,312,359.92	92,169,614.06	1,258,910,043.15
Protection sociale et services sociaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	9,757,427.56	9,757,427.56
Amélioration de l'environnement et développement communautaire	66,384,180.79	422,407,839.09	23,564,666.51	718,678,879.00	0.00	0.00	275,745,872.78	1,506,781,438.16
Recherche sur le sida	0.00	0.00	190,273,392.33	416,520,000.00	0.00	0.00	20,376,774.67	627,170,167.00
<b>Grand Total</b>	<b>438,418,355.36</b>	<b>2,429,793,469.84</b>	<b>1,680,063,345.53</b>	<b>4,479,084,787.00</b>	<b>4,699,115,122.54</b>	<b>13,806,844,618.28</b>	<b>1,984,891,326.86</b>	<b>29,518,211,025.41</b>

Montants exprimés en Ariary. 1\$US= Ar 2021

Tableau croisé Catégories de Dépenses liées au sida par Catégories de Sources de financement, année 2006

ASC catégories	Central National	Prêts remboursables des banques de développement	Sources Privées	Fonds bilatéraux	Subventions non remboursables des banques de développement	Fonds mondial	Système des NU	Grand total
Prévention	70,537,196.49	739,776,945.63	433,121,398.05	2,804,679,155.00	6,235,184,166.76	10,345,061,960.29	1,288,651,054.40	21,917,011,876.61
Soins et traitement	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,612,382,858.43	229,837,924.98	1,842,220,783.41
OEV	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	425,456,239.23	37,914,294.17	463,370,533.40
Gestion des programmes et renforcement de l'administration	57,148,874.39	1,708,831,526.05	701,094,563.26	483,377,183.00	1,272,237,013.30	726,526,608.41	1,206,802,265.43	6,156,018,033.84
Ressources humaines (recrutement, retention, motivation, capital humain)	59,445,729.85	749,742,915.00	154,411,187.81	204,411,500.00	86,259,189.88	328,437,644.50	92,975,666.40	1,675,683,833.45
Protection sociale et services sociaux	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21,257,419.00	21,257,419.00
Amélioration de l'environnement et développement communautaire	4,818,542.40	155,897,082.40	108,142.78	651,779,172.00	146,692,171.58	0.00	347,766,537.82	1,307,061,648.98
Recherche sur le sida	0.00	0.00	220,336,648.95	405,360,000.00	0.00	0.00	109,668,056.00	735,364,704.95
Grand Total	191,950,343.13	3,354,248,469.08	1,509,071,940.86	4,549,607,010.00	7,740,372,541.51	13,437,865,310.86	3,334,873,218.20	34,117,988,833.64

Montants exprimés en Ariary. 1\$US= Ar 2132

Tableau croisé Catégories de Dépenses liées au sida par Catégories de Sources de financement, année 2007

ASC catégories	Central National	Prêts remboursables des banques de développement	Sources Privées	Fonds bilatéraux	Subventions non remboursables des banques de développement	Fonds mondial	Système des NU	Grand total
Prévention	0.00	1,212,669,446.18	158,122,987.30	2,588,534,251.00	6,619,012,393.98	7,458,310,166.00	1,248,783,855.80	19,285,433,100.25
Soins et traitement	0.00	237,000.00	142,422,400.00	0.00	0.00	533,253,689.18	60,954,127.03	736,867,216.21
OEV	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	349,372,979.90	15,785,942.67	365,158,922.57
Gestion des programmes et renforcement de l'administration	40,587,327.00	3,818,545,886.52	831,589,699.81	469,069,602.00	529,575,008.57	1,228,022,990.00	1,308,145,064.30	8,225,535,578.21
Ressources humaines (recrutement, retention, motivation, capital humain)	1,419,300.00	530,734,468.79	412,307,325.34	283,061,356.00	87,276,041.95	591,211,929.70	314,169,923.74	2,220,180,345.52
Protection sociale et services sociaux	0.00	11,196,718.00	0.00	0.00	0.00	0.00	21,986,336.87	33,183,054.87
Amélioration de l'environnement et développement communautaire	0.00	8,604,456.00	5,786,000.00	629,439,281.00	164,006,247.22	0.00	323,819,058.56	1,131,655,042.78
Recherche sur le sida	0.00	0.00	248,811,988.11	365,400,000.00	0.00	0.00	107,927,401.00	722,139,389.11
Grand Total	42,006,627.00	5,581,987,975.49	1,799,040,400.57	4,335,504,490.00	7,399,869,691.72	10,160,171,754.78	3,401,571,709.96	32,720,152,649.52

Montants exprimés en Ariary. 1\$US= Ar 1838