



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
TANINDRAZANA - FAHAFAHANA - FANDROSOANA

PRÉSIDENCE DE LA REPUBLIQUE

SECRETARIAT EXÉCUTIF
COMITÉ NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



MANUEL D'EXECUTION
du Projet Multisectoriel pour la Prévention du VIH/Sida

- Deuxième Phase -

Coopération Gouvernement de Madagascar - Banque Mondiale

PMPS II : Crédit 4104 - MAG

Février 2006

LISTE DES ACRONYMES

ABC	Abstinence - Bonne fidélité - Condom
AES	Accidents d'Exposition au sang
AGF	Agence de Gestion Financière
AGMF	Agence de Gestion des Micro-Finances
AOI	Appel d'Offre International
ARV	Antiretroviraux
BAD	Banque Africaine de Développement
BCIR	Bureau de Coordination Inter-Regionale de la lutte contre le VIH/Sida
BCP	Bureau de Coordination Provinciale de la lutte contre le VIH/Sida
BM	Banque Mondiale
BMH	Bureau Médical d'Hygiène
CACP	Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques
CAP	Enquête sur Connaissances Attitudes Pratiques
CCM	Common Country Mechanism
CDC	Données Epidémiologiques et Comportementales
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CHRR	Centre Hospitalier Régional de Référence
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLLS	Comité Local de Lutte contre le VIH/Sida
CNLS	Comité National de Lutte contre le VIH/Sida
CNT	Conseil National du Travail
CPMPS	Conseil du PMPS
CRESAN	Projet du Secteur Santé financé par la Banque Mondiale
CRESED	Projet du Secteur Education financé par la Banque Mondiale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le VIH/Sida
CSB	Centre de Santé de Base
CSE	Comité de Suivi & Evaluation
CTM	Comité Technique Multisectoriel
CTP	Conseiller Technique Principal
CTV	Centre de Test Volontaire
DALY	Disability Adjusted Life Year
DSAO	Documents Standard d'Appel d'Offre
DTS	Droits de Tirages Spéciaux
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESEC	Exploitation Sexuelle des Enfants à des fins Commerciaux
EU	Union Européenne
FAP	Fonds d'Appui à la Prévention
FID	Fonds d'Intervention pour le Développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GdM	Gouvernement de Madagascar
GSS	Groupe Stratégique Sectoriel
GSS santé	Groupe Stratégique Sectoriel du Secteur Santé
GT	Groupe Thématique des Organismes des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida
GTE	Groupe Thématique Elargi pour la Lutte contre le VIH/Sida
GTZ	Coopération Technique Allemande
HIMO	Haute Intensité de Main d'Oeuvre
HJRA	Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo)

IDA	Association Internationale pour le Développement
IEC/CCC	Information Education Communication pour le Changement de Comportement
IO	Infections Opportunistes
IPM	Institut Pasteur de Madagascar
IRR	Initiatives aux Résultats Rapide
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LQAS	Méthode d'enquête par lot pour l'assurance de qualité
M. US\$	Millions de Dollars des Etats-Unis d'Amérique
MAG	Madagascar
MAP	Projet de Lutte Multisectoriel contre le Sida financé par la Banque Mondiale
MCA	Millenium Challenge Account
MDE	Manuel d'Exécution du PMPS
MinSan PF	Ministère de la Santé et du Planning Familial
OCB ou OBC	Organisation Communautaire de Base
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OF	Organisme de Facilitation
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSida	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida
ORT	Organisme de Revue Technique
OTIV	Organisme mutualiste de micro-crédit et épargne
PAD	Project Appraisal Document (Document d'évaluation du projet)
PAE	Programme d'Action Environnementale (multi bailleurs)
PAF	Petites Actions Faisables
PCD	Plan Communal de Développement
PCDI	Projet de Conservation de Développement Intégré du PAE
PF	Planification Familiale
PIC	Pole Intégré de Croissance
PLLS	Plan Stratégique Local de Lutte contre le VIH/Sida
PMA Bio	Paquet Minimum Biologique
PMPS	Projet Multisectoriel pour la Prévention du Sida financé par la Banque Mondiale
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/Sida du Ministère de la Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POI	Plan Opérationnel Intégré
PPP	Partenariat Public - Privé
PSDR	Projet de Soutien au Développement Rural
PSN	Plan Stratégique National de la lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PU	Précautions Universelles
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH/Sida
REF	Référence
RGF	Rapport de Gestion Financière
S/E	Suivi & Evaluation
SADC	Comité pour le développement de l'Afrique Australe
SAP	Système d'Alerte Précoce
SE/CNLS	Secrétaire Exécutif du CNLS
Sida	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIG	Système d'Information de Gestion
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescents
SRJA	Santé de la Reproduction des Jeunes Adultes

SSD	Service de Santé de District
TdR	Termes de Référence
TdS	Travailleurs du Sexe
UGP	Unité de Gestion du Projet
UNGASS	Assemblée Générale Extraordinaire des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats Unis d'Amérique pour le Développement International
USD	Dollars des Etats-Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES	1
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES ANNEXES	8
AVANT PROPOS	9
Partie I. PROBLEMES SECTORIELS PRIS EN COMPTE PAR LE PMPS	10
1. Contexte	11
1.1 Epidémie du VIH concentrée dans les groupes vulnérables mais en voie de généralisation	11
1.2 La forte prévalence des IST co-facteur majeur de transmission du VIH	11
1.3 Les comportements à risque	13
1.4 La pauvreté et ses corollaires	14
2. Les enseignements tirés de l'expérience internationale	15
2.1 Impact de la prise en charge des IST sur l'incidence du VIH	15
2.2 Coût - efficacité des approches ciblées dans des contextes de faible séroprévalence	16
2.3 Faisabilité de la prise en charge thérapeutique des PVVIH dans les pays en développement	16
2.4 Revue des Programmes Plurinationaux de lutte contre le Sida en Afrique	16
Partie II. STATUT DE LA REPONSE NATIONALE ET IMPLICATIONS POUR LE PSN 2007-2012	17
1. Le cadre national d'action	18
1.1 Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida	18
1.2 Les plans stratégiques sectoriels de lutte contre le VIH/Sida	19
1.3 Les plans stratégiques locaux de lutte contre le VIH/Sida	21
1.4 Les instruments normatifs	21
2. L'instance de coordination nationale	22
2.1 Un leadership politique : l'engagement présidentiel	22
2.2 Une structure de coordination opérante : le Secrétariat Exécutif	23
2.3 Un processus d'alignement et d'harmonisation des efforts des partenaires	23
3. Un système national de Suivi/Evaluation	24
3.1 Elaboration d'un plan de suivi évaluation national	25
3.2 Inventaires et élaboration de cartographie de risque	25
3.3 Mise en ligne de base de donnée	26
3.4 Identification d'un système d'information aux fins de gestion (SIG) et d'un système de stockage et d'analyse des données	26
3.5 Réalisation des différentes enquêtes	26
3.6 Suivi et Evaluation du PMPS	27

4. La réponse locale, un axe stratégique transversal	28
4.1 Décentralisation de la programmation IST/VIH/Sida	28
4.2 Fonds d'Appui à la Prévention (FAP)	29
5. La communication, clé de voute de la lutte contre le VIH/Sida	31
5.1 La veille informationnelle	31
5.2 La communication de proximité	32
5.3 Autres activités de communication	32
6. La Protection des PVVIH et des autres groupes vulnérables	33
7. La Mobilisation des ressources	34
8. Le Développement de la collaboration internationale	35
9. Le Soutien au secteur de la santé dans la lutte contre les IST et le VIH/Sida	36
9.1 Dépistage et prise en charge des IST	36
9.1.1 Les structures concernées.	36
9.1.2 La prise en charge des cas d'IST	36
9.1.3 Promotion et distribution des préservatifs	38
9.2 Dépistage et prise en charge du VIH	38
9.2.1 Dépistage du VIH	38
9.2.2 Prévention de la Transmission groupes cibles	39
9.2.3 Système de Prise en Charge des PVVIH	39
9.2.4 Structures de prise en charge des PVVIH	40
9.2.5 Bilan de suivi biologique des patients sous ARV.	41
9.2.6 Les Accidents d'Exposition au Sang	42
9.3 Autres interventions dans le secteur de la santé : Gestion des déchets médicaux	42
10. Implications pour la programmation	43
Partie III. IMPLICATION DES ORIENTATIONS DU PSN 2007-2012 POUR LE PMPS II	47
1. Objectifs de développement du projet et grands indicateurs	48
2. Description des activités des composantes du PMPS	49
2.1 Composante 1 : Harmonisation et coordination des donateurs	49
2.2 Composante 2 : Soutien a la réponse du secteur santé	52
2.3. Composante 3 : Fonds d'appui pour la prévention des IST/VIH/Sida et prise en charge des PVVIH	56
2.4 Composante 4 : Système de suivi et évaluation	57
2.5 Composante 5 : Gestion de projet	59
3. Articulation des composantes du PMPS II	60
Partie IV. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS	62
1. Le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS)	63
1.1 Niveau central	63
1.2 Niveau provincial et bientôt régional	64
1.3 Niveau communal	64
2. Le Secrétariat Exécutif du CNLS	64
2.1 Niveau central	65
2.2 Niveau inter-régional	65

3. La structure organisationnelle du PMPS	65
3.1 Le Conseil du PMPS	65
3.2 Le Comité d'Audit	66
3.3 L'Unité de Gestion du Projet (UGP/PMPS)	67
3.4 L'Agence de Gestion Financière (AGF)	68
3.5 Les Organismes de facilitation	68
3.6 L'organisme de Revue Technique	70
4. Les dispositifs opérationnels du PMPS	70
5. Les principaux partenaires du PMPS	71
5.1 Le Groupe Thématique de l'ONUSida	71
5.2 Le Forum des partenaires	71
5.3 Le Ministère de la Santé et du Planning Familial	71
5.4 La Centrale d'Achat de médicaments SALAMA	72
5.5 Les Groupes Stratégiques Sectoriels	72
5.6 Les communes	72
5.7 Les ONG, Associations et Organisations Communautaires de Base	73
6. Grands projets liés financés par la Banque Mondial ou d'autres agences	73
6.1 Le 2 nd Projet de soutien au secteur de la santé (Banque mondiale)	73
6.2 Intensification de la lutte contre le VIH/Sida (Fonds Mondial)	73
6.3 Projet soutien à la lutte contre les maladies contagieuses (VIH/Sida /IST/ Tuberculose) -Fonds africain de développement, OPEP, ONUSida-	73
Partie V. PLAN DE MISE EN ŒUVRE ET DE FINANCEMENT POUR LE PROJET DANS SON ENSEMBLE	75
1. Etape clés dans la mise en œuvre du projet.	76
2. Financement du PMPS	78
2.1. Résumé de financement par composante selon le PAD	78
2.2. Répartition des produits du Crédit	78
2.3. Budget par catégorie/année	79
2.4. Plan de financement par composante/année	79
3. Politiques et procédures administratives, comptables et financières	80
3.1 Le flux des fonds provenant de l'IDA est le suivant :	80
3.2 Décaissement des crédits de l'IDA	80
3.3 Établissement des états financiers	81
3.4 Mécanisme de décaissement	81
3.5 Dispositifs pour la passation des marchés	81
Contrats de biens, travaux et services hors activités de consulting	82
Contrats de services de consultants	83
Fréquence de la supervision de la passation des marchés	83
3.6 Audit comptable et financier interne	83
3.7 Audit comptable et financier externe	84
3.8 Systèmes informatisé de gestion (SIG)	84

LISTE DES ANNEXES

1. Madagascar : De la prévention des IST/VIH/Sida aux traitement, soins et soutien des PVVIH - Note stratégique -
2. Madagascar : La réponse locale, une nécessité stratégique

AVANT PROPOS

L'objectif du second Projet Multisectoriel pour la Prévention des IST-VIH/Sida (PMPS II) est identique à celui de la première phase du Projet (PMPS I). Il vise à apporter une réponse multisectorielle à l'épidémie du VIH/Sida pour contenir la propagation de l'infection dans la population malgache.

Le manuel d'exécution décrit la mise en œuvre opérationnelle du PMPS II par une présentation : (i) du contexte dans lequel s'inscrit la lutte contre les IST et VIH/Sida à Madagascar ; (ii) des leçons tirées de l'expérience internationale et nationale et leurs implications pour le PMPS II ; (iii) des arrangements institutionnels ; (iv) des composantes et activités génériques du PMPS II et (v) du plan de mise en œuvre et de décaissement.

Le manuel d'exécution est destiné au personnel de l'Unité de Gestion du Projet PMPS II (UGP/PMPS) et, dans une perspective d'approche programme de la gestion du projet, aux autres intervenants dans la planification, mise en œuvre, supervision, suivi et évaluation de la réponse nationale. Il constitue un outil de travail opérationnel qui précise le cadre d'exécution du PMPS II et permet de planifier et réaliser les activités techniques, administratives et financières conformément au PAD et à l'Accord de Crédit, en les replaçant dans le cadre d'exécution de la réponse nationale dans son ensemble. Il tient compte des analyses et recommandations des Aides Mémoires de la Banque Mondiale et autres missions d'appui technique pour la planification, suivi et évaluation des composantes de la réponse nationale auxquelles le PMPS contribue à la réalisation. Il permet ainsi de préciser le contenu du PAD pour le rendre plus opérationnel.

Le manuel d'exécution tient compte des recommandations exprimées par ses utilisateurs, soit préférer les renvois aux répétitions, permettre au lecteur de situer les activités dans chaque composante, permettre au personnel administratif, comptable et financier de faire facilement le lien entre les activités techniques et la catégorie des dépenses et offrir un cadre opérationnel pour la planification annuelle des activités. Il prévoit aussi la traduction d'activités génériques en plans opérationnels budgétisés pour faciliter leur suivi technique et comptable et financier.

Le manuel d'exécution répond également aux soucis des partenaires et de l'assistance technique temporaire de constituer un outil de mémoire institutionnelle, en synthétisant l'expérience de la réponse nationale, pour clarifier la contribution de l'ensemble des partenaires aux réalisations, justifier les nouvelles orientations prises par le PMPS II et préciser les relations entre le CNLS, le SE/CNLS, l'UGP/PMPS au niveau central et périphérique.

Enfin, le manuel d'exécution est conçu comme un instrument de travail dynamique et sera mis à jour annuellement pour refléter les progrès dans la mise en œuvre et les précisions apportées par les états des lieux, les audits, les plans opérationnels budgétisés et les missions de suivi et évaluation qui seront menées dans le cadre de l'exécution du projet et de la réponse nationale.

Partie I. PROBLEMES SECTORIELS PRIS EN COMPTE PAR LE PMPS

1. CONTEXTE

1.1 Epidémie du VIH concentrée dans les groupes vulnérables mais en voie de généralisation

Le VIH/Sida a été détecté pour la première fois à Madagascar en 1987 mais le pays n'a pas disposé de suffisamment de données fiables pour suivre l'épidémie avec précision. Le taux de transmission du VIH/Sida par voie sexuelle est évalué à 97%. Caractéristique des pays à faible prévalence, l'épidémie est encore très localisée dans les groupes vulnérables (1,36% parmi les TdS et 0,69% parmi les clients IST en 2005). On ne dispose pas d'informations précises sur le profil professionnel des clients IST ou PVVIH. Les données disponibles auprès du Ministère de la Santé et du Planning Familial (MinSanPF) indique un taux de séroprévalence du VIH/Sida faible dans la population générale (moins de 1%) mais des tendances nettes à l'augmentation. Le taux d'infection parmi les femmes enceintes serait ainsi passé de 0,001% en 1996 à 0,15% en 1999, 0,3% en 2001 et 0,95% en 2003.

On sait peu de choses sur les groupes de population qui assurent le « relais » entre le VIH et la population générale. Une étude cartographique des cas a révélé la présence de certaines « zones à haut risque » dans des villes de moindre envergure, souvent dans des villes portuaires et des petites villes « carrefours », laissant supposer que les infections au VIH chez les femmes en consultation prénatale sont liées aux hommes mobiles (routiers, mineurs, marins, etc.). Ces populations sont habituellement les clients des travailleurs du sexe (TdS). La présence d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRH) est signalée dans les grandes villes comme Antananarivo et Antsiranana et le taux de prévalence semble élevé chez ce groupe, au vu de leur effectif parmi les PVVIH prises en charge jusqu'ici. Le nombre total de HRH au sein des communautés semble, par contre, faible. Par ailleurs, on ne dispose d'aucune information sur le risque de propagation du VIH dans le public à travers les HRH.

1.2 La forte prévalence des IST co-facteur majeur de transmission du VIH

Une première analyse des données épidémiologiques et comportementales (mission CDC 2005) a confirmé l'orientation prise par le PMPS I de renforcer la prise en charge des IST dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida en mettant en évidence : (i) une réduction de moitié de la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes entre 1995 et 2005 (à vérifier cependant) mais qui reste élevée (plus de 6%) à Toliara, Antsiranana, Sainte Marie, Taolagnaro, Sambava et surtout Toamasina (où la prévalence a augmenté) ; (ii) en dépit d'une baisse de la prévalence globale de la syphilis d'environ 50%, une prévalence du VIH quasiment inchangée parmi les femmes en consultation prénatale, doublée chez les malades des IST et quadruplée chez les travailleuses du sexe pendant cette période ; (iii) une correspondance entre les sites à prévalence élevée de la syphilis et du VIH (Sainte Marie, Morondava, Toamasina, Toliara, Taolagnaro) ; (iv) un taux élevé de syphilis qui reste élevé chez les TdS et les patients IST avec une augmentation du VIH, marquée chez les premières et nette dans le cas des seconds ; (v) un taux de syphilis plus élevée en milieu rural et dans certaines provinces (Toamasina, Toliara, Antsiranana qui serait à mettre en relation avec l'accès aux soins; (v) le recours au conseil santé pour seulement 66% des patients atteints d'IST ; (vi) une utilisation des préservatifs qui reste extrêmement inégale, en dépit de la promotion et distribution d'environ 32 millions de préservatifs au cours des 4 dernières années ; (vii) les IST sont une des maladies les plus courantes rencontrées dans les dispensaires publics (5ème) ou privés (4ème).

Les données laissent supposer une épidémie de VIH encore localisée au niveau de groupes vulnérables mais qui se développe très rapidement, surtout à cause de la syphilis. L'enquête de 2003 sur la prévalence du VIH et de la syphilis effectuée auprès de 9 23 femmes en consultation prénatale sur 208 sites prélevés de manière aléatoire, a montré une tendance alarmante : 104 cas de VIH au total (0,95%) ont été enregistrés dans 69 (33%) districts, dont plusieurs sont situés dans des régions reculées. La prévalence brute de la syphilis (études confondues) était remarquablement élevée (8,2%), les femmes malades de la syphilis présentant 1,85 fois plus de risque d'attraper le VIH - un résultat enregistré surtout dans deux provinces -.

Madagascar est un des pays à plus forte prévalence de syphilis dans le monde. Selon une récente analyse d'un sous échantillon de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) de 2003-2004 qui examinait la présence des bio-marqueurs, la prévalence de la syphilis était de 6,3% parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans (6,4% parmi les femmes). La prévalence de la syphilis active chez les femmes 15-49 ans était de 4,2% et de 3,5% chez les hommes. L'EDS de 2003/04 a confirmé la plupart des résultats de l'enquête nationale sur les femmes enceintes et fourni un éclairage complémentaire sur les variations du taux de syphilis : (i) les hauts plateaux (Antananarivo et Fianarantsoa) sont moins touchés que les zones côtières ; (ii) alors que la capitale a un taux très faible de prévalence, les autres villes ont une prévalence légèrement plus faible que les zones rurales qui sont les plus affectées. La toute récente enquête de surveillance biologique seconde génération de 2005 indique une prévalence de 5,1% parmi les femmes enceintes et 16,6% parmi les travailleuses du sexe.

L'apparent paradoxe entre les taux élevés d'IST, les comportements à risque qu'ils reflètent et le faible taux de prévalence du VIH ne représente qu'un répit dans la progression de l'infection : il peut s'expliquer par le fait que les IST sont plus facilement transmises que le VIH, la circoncision qui ne protège pas contre la syphilis (et le chancre syphilitique) mais limite les chancres mous et l'herpes (ulcérations constituant autant de portes ouvertes au virus du VIH) et le peu de moyen de transport à l'intérieur du pays et communication avec l'extérieur, limitant les mouvements de population internes et le contact avec les pays où l'infection est généralisée. Ces dernières conditions sont amener à changer, notamment sous l'action des activités de développement et leurs corollaires, justifiant le besoin de centrer les actions de prévention dans les pôles de développement économiques du pays.

Les services de traitement des IST sont généralement bien intégrés dans les soins primaires tant dans le secteur public que privé. Le protocole de traitement suggère l'application de l'approche syndromique. Malgré l'intégration des services IST dans les soins primaires, très peu d'hommes y vont et préfèrent chercher de quoi se soigner dans les pharmacies, dans les épiceries, auprès des parents ou (dans le cas des ruraux) des vendeurs de médicaments ambulants. Il faut noter l'accès assez élevé aux soins prénatals à Madagascar, avec 80% des femmes enceintes ayant signalé avoir fait au moins une visite prénatale et 40% toutes les quatre visites (EDS 2003). Toutefois, la plupart des 2 800 formations sanitaires manquent du strict minimum tel que l'électricité et l'eau courante, et seul 24% des femmes ont fait un prélèvement sanguin lors d'une de leurs visites prénatals (EDS 2003).

1.3 Les comportements à risque

Ces taux élevés d'IST reflètent la magnitude des comportements à risque. D'après sous échantillon 2003/04, 17% des femmes et 38,1% des hommes ont eu un comportement sexuel à haut risque au cours des 12 mois précédents. L'EDS note une grande variation des comportements selon les caractéristiques sociales, démographiques et géographiques. Ainsi, les hommes en général et les femmes seules reconnaissent avoir un comportement sexuel plus risqué et dans certaines provinces (Antsiranana et Toliara), les partenaires sexuels multiples sont plus courants. Les comportements à haut risque sont également fréquents chez les jeunes (43 % des filles âgées de 15 à 19 ans et 89,2% des garçons de 15 à 19 ans). De façon générale, les données disponibles masquent les disparités au sein des provinces, et de ce fait, les poches vulnérables au niveau des régions administratives et des districts sanitaires. Elles ne permettent pas non plus de faire un recoupement entre la fréquence des comportements à risque et le profil professionnel des hommes, qui permettrait de préciser la composition des groupes intermédiaires, et sur la base de leur importance démographique et localisation, définir les zones à risque accru de diffusion de l'infection.

Les données témoignent cependant d'une forte augmentation des connaissances sur le VIH/Sida. L'EDS 2003/04 indique que 79% des femmes (contre 88 % des hommes) ont entendu parler du Sida par rapport à 69% en 1997. Le niveau de connaissance du VIH/Sida demeure cependant particulièrement faible parmi les femmes n'ayant aucune instruction (50% contre 80% parmi celles ayant un niveau primaire et contre 99% parmi celles ayant un niveau secondaire ou plus) et en milieu rural (74% contre 93% dans l'ensemble urbain). Les femmes plus jeunes ont également une plus faible connaissance de l'infection (70% contre 81%), reflétant probablement les normes sociales. On note également des variations entre les provinces, qui comme les données comportementales, mériteraient d'être désagrégées pour une comparaison avec les zones identifiées comme étant à risque accru de diffusion de l'infection (cartographie du risque). Les résultats concernant les hommes font apparaître les mêmes différentiels mais pour ceux-ci, il s'agit également de mettre les taux et modifications éventuelles dans les connaissances, attitudes et comportements à risque en rapport avec leur profil professionnel, pour mieux cibler et cerner l'impact de la communication sur les groupes que leur occupation rend plus vulnérables à l'infection au VIH.

Ces connaissances restent cependant très parcellaires et entachées de conceptions erronées, notamment sur les modes de transmission, générant prise de risque et stigmatisation et discrimination. Les idées fausses concernant le VIH/Sida sont en effet régulièrement rapportées, par exemple, que le VIH/Sida peut être transmis par des piqûres d'insectes ou en utilisant la même vaisselle qu'un malade du Sida et qu'une personne qui a l'air en bonne santé ne peut pas être séropositive.

Les IST sont mal comprises de la population en général et des ruraux en particulier. Dans sous échantillon 2003, seule une infime proportion de la population pouvait nommer une IST ou un signe d'IST, même parmi ceux atteints d'une infection à la syphilis. Les liens entre les IST et les conséquences préjudiciables importantes comme les pertes de grossesse et la mort à la naissance, la stérilité, le cancer et la prédisposition accrue au VIH et sa transmission ne sont pas bien compris du public et même de plusieurs prestataires de soins et responsables de la santé publique. Les IST sont perçues comme une priorité de santé publique de moindre importance par rapport aux autres maladies, dont le VIH (bien qu'il soit plus rare que les autres IST). On n'accorde que peu

d'attention au risque créé par la transmission d'autres IST ou à l'importance de traiter les partenaires sexuels.

La sexualité reste un sujet de conversation tabou. L'influence des parents reste très importante (53% des personnes interrogées ont dit que leur comportement était surtout influencé par leurs parents) mais la plupart des parents sont réticents à parler de la sexualité avec leurs enfants. D'un autre côté, la virginité a perdu beaucoup de son importance dans l'ensemble du pays et il y a un fort lien entre les moyens matériels ou financiers et le sexe. Malgré l'importance de la religion, avec une forte fréquentation des églises, le clergé semble avoir peu d'influence sur le comportement sexuel¹.

La conscience de l'importance du préservatif pour la protection des personnes contre le VIH a considérablement augmenté. L'EDS 2003/04 montre que 60% des femmes et 73 % des hommes savaient que limiter le nombre de partenaires sexuels à un seul partenaire sain pourrait les protéger contre le VIH (contre 38% des femmes en 1997). L'EDS 2003/04 montre également une augmentation nette du pourcentage des femmes qui savent que l'utilisation du préservatif peut protéger du virus depuis 1997 (de 27 % à 51% contre 61 % des hommes). Cette proportion reste inférieure parmi les plus jeunes : seulement 44 % des jeunes filles qui sont au courant du VIH/Sida et sont sexuellement actives savent que les préservatifs protègent contre le VIH.

Cette prise de conscience de l'importance des préservatifs ne s'est pas encore accompagnée d'un changement d'attitude. Une forte proportion des personnes interrogées qui savaient ce qu'était un préservatif a dit qu'elles n'en proposeraient pas l'utilisation pour un rapport sexuel occasionnel. Les gens considèrent souvent que les préservatifs ont moins d'importance que la fidélité mais n'en sont pas nécessairement plus fidèle pour autant. De nombreuses idées fausses sur les préservatifs (par exemple : « être la cause de cancers utérins », « causer l'infécondité », « contenant un lubrifiant contaminé avec le Sida par une puissance étrangère pour limiter le nombre des Malgaches », « perméable au VIH »), rendent en partie compte de son faible taux d'utilisation. En outre, comme l'impact du VIH/Sida n'est pas encore visible, le niveau de préoccupation reste également faible. Selon sous échantillon, 13% des hommes et 5% des femmes ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, dans les 12 derniers mois. Bien qu'elle soit généralement plus forte dans les populations ayant des partenaires sexuels occasionnels, l'utilisation du préservatif dans ces populations varie elle aussi selon les provinces : l'utilisation par les femmes ayant des partenaires occasionnels varie entre 71% à Mahajanga et 24% à sous échantillon, région minière de type « Ouest sauvage ». L'utilisation des préservatifs devra être en permanence plus fréquente dans les groupes vulnérables si l'on veut réellement éviter la diffusion du VIH. Le programme de marketing social du préservatif a connu un réel succès (17 000 000 vendus) mais l'achat des préservatifs ne signifie pas qu'ils sont utilisés lors des rapports sexuels à risque, notamment par ceux qui croient qu'ils contiennent un lubrifiant qui fait pousser les cheveux.

1.4 La pauvreté et ses corollaires

La pauvreté constitue un facteur de vulnérabilité majeur, en favorisant les comportements à risque, tels le commerce du sexe et limitant l'accès aux moyens de prévention et prise en charge. Depuis la crise politique et économique de 2002, le gouvernement a engagé de nombreuses réformes qui ont permis à la croissance de repartir et d'atteindre 9,8 % en 2003. Mais, en 2004, le contexte économique a été

¹ Source : Rapport de synthèse : Société, culture et VIH/Sida à Madagascar. Mei Zegers. Avril 2003.

difficile, marqué par des chocs exogènes, notamment deux cyclones, une forte dépréciation du taux de change et une forte inflation (27%). Si la croissance devrait continuer à être forte, Madagascar n'en reste pas moins un pays pauvre, dont le revenu par habitant était en 2004 de 300 USD et les indicateurs sociaux, très bas. La pauvreté est générale dans les zones rurales où 77 % de la population était pauvre en 2001 (contre 44 % dans les zones urbaines).

L'EDS de 2003/04 a montré une claire relation inverse entre le taux de syphilis et, d'une part, le niveau de vie (les plus pauvres ont 5,9 fois plus de risque d'être infectés que les plus riches) et, d'autre part, le niveau d'éducation (ceux qui n'ont pas été scolarisés ont entre 3,5 et 5,7 fois plus de risques d'être infectés que ceux qui ont suivi une partie du cycle, respectivement, primaire ou secondaire). L'EDS 2003 fait état d'une prévalence globale de la syphilis (tous âges confondus) de 3,8%, avec des taux plus élevés en milieu rural et dans certaines provinces (Toamasina, Toliara, Antsiranana). Les provinces où la prévalence de la syphilis était la plus élevée étaient généralement celles où la couverture d'autres services de santé tels que la vaccination des enfants, l'accès à l'eau potable et l'électricité étaient la plus faible, ce qui laisse supposer que la prévalence de la syphilis est plus fonction d'une faible infrastructure de santé publique

Paradoxalement, si le développement attaque les causes structurelles de l'infection au VIH, il représente également un risque pour la diffusion du VIH/Sida, notamment à travers la migration vers les centres urbains, les mouvements de population occasionnés par la construction de nouvelles infrastructures et les activités économiques (par exemples : ports, routes, entreprises, mines), qui font notamment appel à une main d'œuvre étrangère, parfois originaire de pays où l'épidémie du VIH est généralisée.

2. LES ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'EXPERIENCE INTERNATIONALE

2.1 Impact de la prise en charge des IST sur l'incidence du VIH

Une étude menée dans le district de Mwanza en Tanzanie, dans un contexte épidémiologique relativement semblable à celui de Madagascar, a montré que la fourniture de médicaments et la formation du personnel de santé en traitement des IST symptomatiques a résulté en une baisse de l'incidence du VIH de 38%. Cette baisse de l'incidence du VIH n'était pas accompagnée de changement de comportements sexuels ni utilisation du préservatif, montrant l'association directe entre l'amélioration du traitement des IST et la baisse de l'incidence du VIH. De plus, le coût-efficacité du programme (2217 USD par infection VIH évitée et 100 USD per DALY) souffre d'une comparaison favorable par rapport à d'autres interventions de santé publique hautement effective (par exemple : vaccination des enfants qui coûte 12 USD à 17 USD per DALY). En conséquence, le PMPS II soutiendra le renforcement de la prise en charge des IST dans une double perspective de contrôle du VIH/Sida et éradication de la syphilis dans la population générale.

Le dépistage de la syphilis congénitale coûte relativement moins chère par rapport à d'autres mesures de prévention, et un traitement efficace (pénicilline benzathine) est disponible à un prix abordable. Des études coûts-avantages du dépistage de la syphilis prénatale effectuées dans d'autres pays à faible prévalence (ex : Haïti, Tanzanie) révèlent que le dépistage de la syphilis peut être très rentable avec un coût par DALY (année de vie corrigée du facteur invalidité) situé aux alentours de la vaccination infantile.

2.2 Coût - efficacité des approches ciblées dans des contextes de faible séroprévalence

Les données épidémiologiques VIH/Sida disponibles sont le plus souvent des données nationales (agrégées) qui soutiennent une logique de découpage des zones d'intervention et distribution « équitable » du financement par régions administratives. Il est maintenant reconnu que cette logique doit être réconciliée avec l'objectif premier des programmes de lutte contre le VIH/Sida, qui est de réduire le nombre de nouvelles infections. Dans les pays à faibles prévalence, une réponse ciblée sur les groupes vulnérables et donc, localisée dans leurs zones de concentration, présente un rapport coût-efficacité inégalé pour freiner la généralisation de l'infection. La décentralisation de la réponse dans les régions à risque accru de propagation du VIH/Sida est en outre mieux reçue par les bénéficiaires, qui la perçoivent davantage comme répondant à un besoin et sont dès lors plus enclins à y participer. Enfin, elle permet de renforcer la coordination et synergie des interventions à leur niveau effectif de planification et opérationnalisation - le district/la commune -. En conséquence, le PMPS II soutiendra l'identification des districts à risque et sous-groupes de population vulnérables et appuiera les interventions de prévention et prise en charge des IST et VIH/Sida en priorité dans les communes à risque accru de diffusion de l'infection, pour une couverture maximale des groupes vulnérables et de la population générale environnante.

2.3 Faisabilité de la prise en charge thérapeutique des PVVIH dans les pays en développement

La prise en charge thérapeutique des PVVIH contribue à réduire la stigmatisation de la maladie, qui n'est plus perçue comme une fatalité. Elle peut encourager le dépistage puisque accompagné d'une solution. Enfin, un traitement de qualité des PVVIH a également un effet sur la transmission de l'infection par les PVVIH à travers la réduction de la charge virale. Le coût de la thérapie ARV ayant considérablement baissé et les traitements étant devenus plus simples à suivre, il est maintenant possible pour Madagascar de soutenir le traitement des personnes infectées. Le PMPS II soutiendra la capacité du MinSanPF pour la fourniture de soins médicaux et de services de soins non médicaux aux séropositifs, tout en étendant modérément les services pour les autres groupes affectés (tels que les orphelins et les autres enfants vulnérables).

2.4 Revue des Programmes Plurinationaux de lutte contre le Sida en Afrique

La revue à mi-parcours du PMPS I a permis de prendre connaissance des résultats d'une revue des Programmes Plurinationaux de lutte contre le Sida (PPS 1/MAP 1) en Afrique. Il ressort de cette évaluation que les problèmes rencontrés par le PMPS sont semblables à ceux d'autres pays, notamment en ce qui concerne : (i) la lenteur dans l'élaboration et la mise en oeuvre des stratégies sectorielles et surtout celles du Ministère de la Santé; (ii) la complexité de l'organisation de la réponse locale qui est difficile à maîtriser sur le plan politique par les autorités locales et sur le plan administratif et financier par les projets; (iii) le manque d'un système national de suivi et évaluation au profit des mécanismes séparés demandés par les partenaires; et (iv) l'inadéquation des fonds de contrepartie par rapport à l'engagement politique annoncé par les gouvernements.

Les mesures envisagées pour surmonter ces obstacles sont définies dans les leçons tirées de l'expérience nationale.

**Partie II. STATUT DE LA REPONSE
NATIONALE ET
IMPLICATIONS POUR LE
PSN 2007-2012**

La stratégie du Gouvernement en matière de lutte contre le VIH/Sida a évolué sur plusieurs points du fait d'une meilleure : (i) compréhension de l'épidémie et (ii) gestion des interventions sur le terrain, notamment à travers la mise en œuvre du PMPS I qui a constitué l'ossature de la réponse nationale.

Il importe de noter que trois phases complémentaires marquent l'évolution de la réponse nationale face à l'épidémie du VIH/Sida :

- La première phase (2002-2003) a été essentiellement consacrée à la mise en place des mécanismes institutionnels et définition des axes majeurs d'intervention par les parties prenantes, dans la lutte contre les IST et VIH/Sida. Cette première phase a montré que le progrès repose sur un partenariat à tous les niveaux : international, national et local. Elle a également montré que l'engagement des leaders pour une participation citoyenne effective dans la lutte contre le VIH/SIDA est une condition de base pour une mobilisation effective des parties prenantes au niveau des communautés.
- La deuxième phase (2003-2005) a été marquée par la consolidation des acquis sur le plan institutionnel et l'accélération et renforcement des activités. Il a définitivement été démontré qu'une réponse efficace au VIH/SIDA ne se définit pas uniquement en fonction des services offerts ou du type d'assistance préconisé mais doit également être impulsée par la communauté : la communauté et les individus qui la composent sont à la fois les acteurs et bénéficiaires des interventions et non l'objet de ces interventions.
- La troisième phase (2006 et au-delà) doit renforcer les actions entreprises, notamment à travers des mesures propres à en maximiser le coût-efficacité et l'impact, notamment par un ciblage systématique des groupes vulnérables et zones géographiques à risque accru de diffusion de l'infection, les porter à échelle, et compléter ces actions, par un soutien accompagné adéquat de stratégies d'intervention. A ce stade, un accent particulier sur le renforcement de la couverture des services cliniques IST et VIH/Sida s'impose.

Dans sa démarche de gestion du VIH/Sida, Madagascar fait de bons progrès vers le respect des « Trois Principes », à savoir : Un cadre d'action, Une instance de coordination nationale, Un système national de suivi/évaluation. Le Gouvernement a également opté pour un renforcement de la programmation au niveau décentralisé et s'oriente vers un renforcement de la collaboration internationale et de la mobilisation des fonds à travers un processus de planification, suivi et évaluation renforcé.

1. LE CADRE NATIONAL D'ACTION

1.1 Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida

La vision de Madagascar en matière de lutte contre le VIH/SIDA se résume comme suit : « D'ici 2015, Madagascar sera un pays où tous les Malagasy et en particulier les jeunes sont conscients des risques personnels, s'impliquent activement avec l'engagement des leaders dans la lutte contre le VIH/ SIDA. Chaque individu accèdera facilement aux méthodes de prévention appropriées et les utilisera de façon responsable. Individu, famille et communauté apporteront soins et soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH.» Cette vision a été traduite en un Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida (PSN) développé en 2001 a été finalisé en 2002.

Le Plan Stratégique National de lutte contre le Sida (PSN) définit le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar pour la période 2001-2006. Il est sous-tendu par une démarche multisectorielle, en rapport avec la situation économique, sanitaire et sociale du pays, et privilégie l'intervention de proximité, axée sur la Commune (entité administrative de base). Il a comme objectifs généraux de : (i) maintenir le taux de prévalence en dessous de 1% et (ii) assurer le bien-être des personnes vivant avec le VIH grâce à leur prise en charge psychosociale et médicale.

Le PSN doit assurer que chaque Malagasy ait les connaissances requises pour pouvoir adopter des comportements préventifs et ait accès aux services et produits de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Ce faisant, il s'inscrit dans la continuité des engagements pris par Madagascar par rapport à la Déclaration d'engagement de l'Assemblée Générale des Nations Unies, UNGASS, en juin 2001 et les Objectifs de Développement du Millénaire. Il est articulé avec le Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui depuis 2003, inclut la lutte contre le VIH/Sida comme axe stratégique N° 3, ce qui a permis d'inclure des modalités spécifiques de lutte contre le VIH/Sida dans le guide d'élaboration des plans communaux de développement. Il constitue un secteur du « Madagascar Action Plan » 2007-2012 (MAP), qui traduit la vision « Madagascar, Naturellement » de SEM Marc Ravalomanana, Président de la République, pour la conduite du pays vers un développement rapide et durable.

Le PSN s'articule autour de 5 axes stratégiques : (i) la création d'un environnement propice à une lutte multi-sectorielle efficace ; (ii) l'amélioration de l'accès aux informations et aux moyens de prévention primaire ; (iii) une assurance de la qualité de services (individus, famille, communauté, institution) ; (iv) un renforcement du suivi et évaluation de la lutte contre le Sida ; (v) le développement de la collaboration internationale contre le VIH/Sida. Ces 5 axes stratégiques ont été traduits en 13 objectifs stratégiques, pour lesquels les actions et résultats attendus ont été définis. Le PSN a été budgétisé (à titre indicatif) par année pour une estimation du montant global requis et pour faciliter la mobilisation des ressources.

Un Plan Opérationnel Intégré (2004-2007) - POI - traduit les orientations stratégiques du PSN en activités chiffrées, résultats attendus, entités responsables et calendrier de travail. Il permet de suivre la mise oeuvre des activités de la lutte contre le Sida. Le POI est remis à jour tous les ans. Cet exercice a permis de : (i) asseoir et conforter le leadership du SE/CNLS, notamment dans son rôle de coordination et d'harmonisation des actions, pour une complémentarité et synergie des interventions ; (ii) déceler les aspects du PSN nécessitant des précisions pour une meilleure opérationnalisation.

1.2 Les plans stratégiques sectoriels de lutte contre le VIH/Sida

La Stratégie de Lutte contre le VIH/Sida présentée dans le Plan National Stratégique se décline en plans sectoriels qui clarifient le rôle catalyseur de huit secteurs-clés : Secteur Travail, Secteur Sécurité, Secteur Infrastructures (tourisme, transport, travaux publics), Secteur Information et Communication, Secteur Développement rural, Secteur Santé, Secteur Education et Secteur Jeunesse et Population. L'élaboration des plans sectoriels par des Groupes Stratégiques Sectoriels (GSS), comprenaient les chefs de file des ministères, des représentants de la société civile, y compris le secteur privé, des ONGs et des PVVIH, a donné lieu à un processus de consultation participatif des régions. Les exercices correspondants ont bénéficié de l'appui du PMPS 1.

La traduction de ces stratégies sectorielles en projets pilotes par le secteur public a été limitée en nombre (travail et ITT). Le secteur Transport est cependant maintenant dans sa phase de démarrage avec l'élaboration d'un plan d'action et la formation de leur personnel (coordonnateurs de projets, formateurs et pairs éducateurs et le récent développement d'un projet de lutte contre les IST et VIH/Sida dans les Forces Armées permettra d'intégrer la programmation IST et VIH/Sida dans ce sous-secteur sécurité avec une couverture nationale. Un diagnostic des goulots d'étranglement devrait permettre d'identifier les mesures à prendre pour renforcer l'intégration de la programmation VIH/Sida dans les secteurs prioritaires.

La lutte contre le VIH/Sida en milieu du travail constitue un volet important de la mise en œuvre de la stratégie multisectorielle contre le VIH/Sida à Madagascar connaît un bon développement. Ce volet a pour objectif d'intégrer la lutte contre le Sida en milieu d'entreprises, notamment à couverture nationales et appartenant aux pôles de croissance identifiés par le gouvernement malgache (Antsirabe, Nosy Be, Taolagnaro, Antananarivo). Ce volet met en exergue l'approche Partenariat Public Privé (PPP) où chaque partie prenante apportera sa contribution technique et/ou financière. Les interventions en milieu du travail sont soutenues par la GTZ, le PNUD et le BIT. Compte tenu de leur développement récent mais rapide, ces interventions, conçues comme des expériences pilotes complémentaires doivent maintenant être réconciliées en un programme commun, auquel contribue le Fonds d'Appui à la Prévention (FAP), dans le cadre d'un Partenariat Public et Privé au niveau des communes. Pour améliorer la communication entre les différents intervenants dans ce domaine, le CNLS en collaboration avec la GTZ a mis en place un groupe thématique ayant pour objectif l'échange d'expériences des différents partenaires actifs dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida au sein du milieu de travail. La parution en avril 2005 du premier numéro du bulletin de partage d'information sur le VIH/Sida en milieu de Travail à Madagascar renforce l'information sur ce thème.

Le PNUD et le BIT ont ainsi soutenu : (i) la signature d'une Déclaration Tripartite par les Co-présidents du Conseil National du Travail (CNT) et l'élaboration d'un plan standard ; (ii) la formation des membres du CNT ; (iii) l'auto-évaluation des performances institutionnelles de 6 entreprises pilotes ² pour identifier les carences de l'entreprise en matière de lutte contre le VIH/Sida, constituer une cellule de coordination au sein de chaque entreprise et identifier les pairs éducateurs ; (iii) la formation des membres de la cellule de coordination, des formateurs et des pairs éducateurs ; (iv) la mise en place de structures pérennes à travers les projets à fortes intensités de main d'œuvre (HIMO) à Antananarivo, Taolagnaro et dans 40 entreprises pour la région de Vatovandri, qui a abouti à la formation et sensibilisation de près de 4 000 travailleurs. L'initiative est en voie d'être étendue à la zone franche.

Le processus d'appui du programme soutenu par la GTZ consiste à l'identification/le plaidoyer des entreprises, la signature d'un accord de partenariat (PPP), l'élaboration de la politique interne à l'entreprise et des plans d'action avec un accompagnement de l'entreprise pendant la mise en œuvre des activités (formation, sensibilisation, dépistage). Au cours d'une année, les réalisations suivantes ont été enregistrées : (i) signature de quatre PPP³ ; (ii) appui technique dans l'élaboration de la politique et des plans d'action auprès de 14 entreprises⁴ avec enquêtes CAP constituant une base de

² Jovenna, Jirama, BFV/Société Générale, Madahazotsara, Colas, Madarail

³ ANGAP, GIHTNB (groupement interprofessionnel de l'hôtellerie et de tourisme de Nosy be), UNIMA et Air Madagascar ; Qit Minérale Madagascar, Epsilon, la BNI-CL, la SMIM, OSTIE sont en cours de finalisation de leur projet et vont signer la convention PPP prochainement

⁴ ORANGE, STAR, BNI-CL, Air Mad, TOTAL, Epsilon, Impérial Tobacco, Galana, OSTIE, SMIM QMM, SMIM, VITOGAZ

référence pour le suivi et évaluation des activités⁵; (iii) formation des Pairs Educateurs (PE)⁶ ; (vi) campagnes de sensibilisations organisées par les PE ; (puisque accompagné) promotions et distributions des préservatifs. Malgré toutes ces réalisations beaucoup restent à faire car le PPP en matière de prévention du Sida n'est pas encore bien perçu par les entreprises pour diverses raisons : la non visibilité du VIH à Madagascar, le manque de perception du risque du VIH/Sida par les entreprises, le déni même du Sida chez certains groupes de population malagasy, la conjoncture socio-économique du pays qui limite un peu la motivation financière des entreprises.

1.3 Les plans stratégiques locaux de lutte contre le VIH/Sida

Le PNUD a soutenu le SE/CNLS dans la décentralisation de la Planification Stratégique de la Lutte contre le Sida au niveau des communes, à travers l'élaboration de Plans Locaux de Lutte contre le VIH/Sida (PLLS) ou Plans Stratégiques Locaux de Lutte contre le VIH/Sida (PSL) par des Comités Locaux de Lutte contre le VIH/Sida (CLLS). Un total de 621 CLLS ont été mis en place jusqu'en septembre 2005) et ont bénéficiés d'un renforcement des capacités techniques (analyse participative, appui à l'élaboration du PLLS).

Seulement 25 % de ces CLLS ont établi des PLLS, faute de ressources humaines pour appuyer ce processus - le développement participatif d'un PLLS prend environ 6 mois. De façon générale, le processus de décentralisation et mise en œuvre du PSN requiert un renforcement de la disponibilité et coordination entre les ressources décentralisées pour assurer la planification, l'appui technique et le suivi technique et financier des initiatives locales de mise en œuvre du PLLS financé par le PMPS I dans le cadre du FAP.

1.4 Les instruments normatifs

Le PMPS I a soutenu le développement de politiques, directives et stratégies développées en collaboration avec les partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé, pour assurer la conformité des activités avec les normes : politique nationale pour la prise en charge des PVVIH, document de politique pour la PTME, document de politique pour le CTV, politique nationale pour la gestion des déchets médicaux, plan national d'action en nutrition incluant le contexte VIH/Sida, amélioration du document de politique nationale de nutrition, document de programmation des préservatifs, document de stratégie de promotion et d'utilisation rationnelle des préservatifs, document sur la logistique des préservatifs, schéma thérapeutique pour la prise en charge sous ARV, outils de gestion pour la prise en charge des PVVIH. Ces instruments devraient être finalisés pour certains et disséminés à large échelle et le Gouvernement doit encore établir des instruments normatifs pour la santé communautaire, la prise en charge des IST et la transfusion sanguine.

Avec l'appui du PNUD, une loi sur la lutte contre le VIH/Sida et la protection des PVVIH a été approuvée par le Gouvernement et votée par l'Assemblée Nationale et le Sénat. Un Document cadre avec la composante Exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales (ESEC) inter-relié à la lutte contre le VIH/Sida pour les enfants a également été développé. Un Comité de pilotage pour les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) existe déjà. Un projet de loi pour la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables a été élaboré. Une politique et un programme pour les orphelins et les enfants vulnérables doit être développée, basée sur une évaluation de leurs besoins. Enfin, les normes et directives actuelles régissant les établissements publics et privés pour les

⁵ ORANGE, STAR, BNI-CL, Air Mad, TOTAL

⁶ ORANGE, STAR, BNI-CL, Air Mad, TOTAL

orphelins et enfants abandonnés devraient révisées, tenant compte de normes minimales de service pour les Soins et le Développement de la petite enfance.

Par leur dynamisme, les activités du programme national ont permis d'impulser une réponse sans précédent. Les leçons tirées incluent la nécessité de procéder à l'état des lieux de la mise en œuvre de ses composantes, en réconciliant les interventions de l'ensemble des partenaires, afin de les replacer dans des plans opérationnels budgétisés spécifiant les activités futures et pouvant servir de cadre de référence à la planification annuelle des activités. Pour faciliter cet exercice, le SE/CNLS a procédé en 2005 à un inventaire des champs d'intervention et activités des partenaires, pour les réconcilier avec les axes stratégiques du PSN. Il a également procédé à une première revue conjointe des réalisations des partenaires pour 2005 et définition d'un Plan d'action intégré pour 2006.

Un large consensus se dégage parmi les partenaires, quant à la nécessité d'un processus conjoint, participatif de la revue du PSN pour servir d'outil de gestion pour la période 2007-2012 en intégrant les enseignements tirés de l'expérience, les résultats des études récentes et les nouvelles initiatives.

La mise en œuvre du PSN sera cadrée dans la nouvelle vision de la conduite du pays vers le développement impulsée par la Présidence de la République, qui se résume par une formule simple 'Madagascar, Naturellement', se décline en une série de constats et de valeurs partagées par l'ensemble des Malgaches, rend à chaque région sa spécificité et se traduit annuellement à travers les Politiques générales de l'Etat depuis 2005.

Ce nouveau PSN mettra l'accent sur l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien sous-tendu par les principes directeurs suivants : (i) leadership et appropriation nationale ; (ii) alignement et harmonisation des efforts ; (iii) meilleure structuration de la réponse locale et (iv) obligation de rendre des comptes et exercice d'un contrôle Le SE/CNLS vient de lancer le processus de révision du PSN qui se terminera en septembre 2006. Ce PSN 2007-2012 sera traduit en un plan opérationnel budgétisé décrivant l'ensemble des activités à entreprendre en vue d'atteindre ses objectifs et servira de base pour l'élaboration de Plans d'Action Annuels du SE/CNLS, dans lequel s'inscriront les activités financées et mises en œuvres par les partenaires.

2. L'INSTANCE DE COORDINATION NATIONALE

2.1 Un leadership politique : l'engagement présidentiel

En 2002, Le Président de la République, Marc Ravalomanana a donné une nouvelle impulsion à la lutte contre le VIH /Sida en faisant de la riposte contre le virus une priorité nationale. Pour concrétiser l'engagement pris par Madagascar dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida* en juin 2001, le Président de la République a pris dès son élection des mesures visant à créer un environnement exécutif et législatif favorable pour la lutte contre le VIH/Sida. Il a ainsi décidé la création d'un Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS), doté d'un Secrétariat Exécutif, qui lui est directement rattaché. L'engagement politique présidentiel a entraîné une prise de conscience de tous les secteurs de la société de la menace constituée par le VIH/Sida et de la nécessité d'inscrire les programmes de prévention dans les priorités. Sur le plan législatif, le Président a également favorisé la mise en place d'un environnement protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH/Sida, les enfants victimes d'exploitation sexuelle et autres groupes victimes d'abus et de stigmatisation.

2.2 Une structure de coordination opérante : le Secrétariat Exécutif

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), créé par décret présidentiel en octobre 2002 a une composition large et multisectorielle. Il se réunit au moins une fois par an. Sa mission est de coordonner l'ensemble des activités de la riposte nationale : (i) Il donne l'orientation politique et stratégique générale ; (ii) Il mène les actions de plaidoyer et développe les partenariats ; (iii) Il assure la protection des droits des PVVIH ; (iv) Il assure la promotion de la recherche et la diffusion d'informations scientifiques.

Le CNLS est doté d'un bras opérationnel matérialisé par le Secrétariat Exécutif du CNLS (SE/CNLS) qui travaille en étroite collaboration avec les Institutions gouvernementales. Il veille notamment à instaurer un climat de collaboration entre les principaux partenaires, par exemple, le Ministère de la Santé. Le SE/CNLS joue le rôle de structure nationale de référence pour la coordination de la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar. Il est représenté au niveau régional par 6 Bureaux de Coordination Inter-Régionaux et 22 Unités de Coordination Régionale.

Il y lieu de signaler que le SE/CNLS a été nommé pour gérer le PMPS I en septembre 2003 et est devenu Bénéficiaire Principal (Agence d'Exécution) du financement que le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la tuberculose a octroyé à Madagascar notamment en ce qui concerne le projet VIH/Sida (3ème round - 2004) et le projet Tuberculose (4ème round - 2005). En 2004, il a également été chargé de l'exécution des projets PNUD, UNFPA et GTZ. Cette gestion nationale des projets représente un outil pour renforcer la coordination des interventions, dans un contexte de mise en œuvre dynamique mais encore marqué par une dispersion des activités et faiblesse des mécanismes de circulation de l'information entre partenaires.

Avec l'appui du PNUD, le SE/CNLS a développé un premier plan de révision de sa structure institutionnelle pour favoriser la coordination des interventions au niveau central par une approche programme de la gestion de la réponse nationale tout en assurant une transparence dans la gestion des projets placés sous exécution nationale. Ce plan sera finalisé à partir d'un audit institutionnel interne.

2.3 Un processus d'alignement et d'harmonisation des efforts des partenaires

Le dispositif de coordination susmentionné est complété par : (i) le Comité Technique Multisectoriel (CTM) ; (ii) le Forum des partenaires.

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

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

L'instance Nationale de Coordination Pays pour la gestion des subventions octroyées par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose, le Country Coordinating contrepartie (CCM) a récemment été ajoutée aux dispositifs nationaux de coordination. Le CCM est coordonné par le CNLS pour le groupe de travail VIH/Sida et est composé de représentants du Gouvernement, des grandes organisations donatrices, d'ONGs, d'universités, du secteur privé et de PVVIH. Il a pour mission de soumettre, suivre et évaluer les actions financées par le Fonds mondial.

Au vu du développement du programme, il s'avère maintenant nécessaire de revoir les chevauchements et délimiter les responsabilités des groupes de type décisionnel par rapport aux groupes techniques, en particulier, pour assurer la circulation des données et harmoniser les procédures et les outils de programmation et favoriser une approche programme intersectorielle (versus approche projet et verticalité des actions au niveau de chaque secteurs). Les visites conjointes de suivi sur le terrain initiées en 2006 par le SE/CNLS, pour le niveau technique et décisionnel, offrent en outre une opportunité majeure de renforcer la coordination par une vision commune de la mise en œuvre de la réponse nationale à son niveau effectif d'intégration sectorielle.

3. Un système national de Suivi/Evaluation

A l'instar d'autres pays, Madagascar fait face au défi de la mise en place de dispositifs et d'un système efficaces pour le suivi et évaluation du programme national. Ce système devrait permettre de mesurer les progrès accomplis dans la réponse face à l'épidémie du VIH/Sida et plus spécifiquement : (i) améliorer la planification des activités du programme de lutte contre les IST/VIH/Sida/Sida et utiliser plus efficacement les ressources disponibles; (ii) guider les prises de décisions futures relatives aux questions prioritaires d'évaluation et de réorientation du programme en optimisant l'utilisation des données; (iii) déterminer si les objectifs fixés par le programme national de lutte contre

les IST/VIH/Sida/Sida ont été atteints et (iv) suivre, contrôler et évaluer les résultats des projets/sous-programmes constitutifs du programme national

Pour y parvenir, Madagascar a mis en place des dispositifs pour (1) fournir un cadre approprié pour le suivi évaluation, (2) attribuer les ressources nécessaires pour la réalisation des activités prévues dans le cadre de suivi évaluation et (3) contribuer à la collecte des informations de qualité et fiables, au moment opportun.

3.1 Elaboration d'un plan de suivi évaluation national

Un plan national de Suivi-Evaluation a été élaboré en 2003 avec le soutien de l'ONUSida. Il a été revu en 2004 avec ses indicateurs de performance et a été validé par les partenaires en 2005. Ce plan de suivi évaluation décrit les stratégies à adopter pour assurer la collecte et l'analyse des données nécessaires et doit être remis à jour pour tenir compte des nouvelles directives de l'ONUSida pour la définition des indicateurs de l'UNGASS (août 2005) et des problèmes rencontrés au niveau de l'harmonisation des indicateurs utilisés par l'ensemble des partenaires et au niveau de la collecte et analyse des données. Il devra également être révisé pour refléter les modifications apportées au PSN.

En vue d'assurer son opérationnalisation, le SE/CNLS, avec l'appui du PNUD, a programmé l'élaboration d'une feuille de route qui explicite les détails des éléments nécessaires pour la mise en œuvre du plan de suivi évaluation et la mobilisation des ressources nécessaires pour la réalisation des opérations prévues. La disponibilité de cette feuille de route permettra d'éviter les difficultés inhérentes à la collecte des données nécessaires pour les mesures des indicateurs (manque d'informations, diversification des définitions des indicateurs, problème de représentativité des données) telles que ressenties lors de l'élaboration du rapport UNGASS de Madagascar en 2005.

3.2 Inventaires et élaboration de cartographie de risque

Une meilleure connaissance de l'épidémie au niveau des régions, districts et communes, a permis la mise en œuvre d'interventions différentielles suivant le niveau de risque encouru par la population d'une zone géographique donnée et celui d'un groupe de population déterminé. Ce principe de focalisation des interventions dans les zones à risque accru de diffusion de l'infection promu depuis 2004 (avec l'identification de 20 districts à risque) est maintenant acquis par l'ensemble des partenaires. Il demande cependant à être formalisé, en affinant le profil épidémiologique pour développer un outil de cartographie du risque qui puisse être utilisé au niveau central et périphérique, de façon notamment à mieux équilibrer les interventions ciblées avec les interventions générales, qui seront plus efficaces puisque mise en œuvre dans des zones où la population générale est à risque accru d'infection.

C'est ainsi que le SE/CNLS, avec l'appui du PNUD et de la GTZ, a initié l'élaboration de cartographies de risque et des interventions en vue d'identifier les communes à risque pour y concentrer les interventions de prévention et assurer une couverture effective des groupes cibles prioritaires aidant à évaluer l'adéquation de la réponse avec les besoins (tels que définis par la réalité épidémiologique) et offrir une base de planification opérationnelle (budgétisée) des composantes programmatiques de la réponse.

L'exercice mené actuellement se situe à deux niveaux : au niveau national et au niveau régional. Au niveau national, les activités de collecte d'informations relatives aux connaissances, attitudes, comportements de la population vis-à-vis des IST/VIH/Sida/Sida, au profil épidémiologique du pays dans le domaine des IST/VIH/Sida/Sida, aux facteurs contextuels de vulnérabilité, aux services sanitaires existantes et enfin, à la communication, ont été déjà entamées.

En parallèle, une première série de collecte de données au niveau régional et communal est entrain de se faire afin d'identifier les différents facteurs (facteurs liés à la santé, facteurs économiques, facteurs socio-culturels, facteurs géographiques, etc.) qui déterminent le niveau de risque de chaque commune.

3.3 Mise en ligne de base de donnée

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

3.4 Identification d'un système d'information aux fins de gestion (SIG) et d'un système de stockage et d'analyse des données

Pour assurer une meilleure gestion des données et afin de faciliter leur utilisation dans la prise de décision, le SE/CNLS initie également la mise en place d'un système simple et permanent qui permet de mettre en relation les intrants et les produits aux résultats et impacts d'une part, et le suivi financier au suivi programmatique d'autre part. L'utilisation de ce système sera élargie au niveau de tous les projets sous exécution nationale pour harmoniser le système utilisé dans la gestion des données et de ce fait, faciliter le suivi évaluation de ces projets, afin d'évaluer les interventions qui ont contribué au changement de la prévalence ou des comportements.

En dehors de ce SIG, le CRIS et le DEV_INFO constituent également des systèmes utilisés pour le stockage et l'analyse des données.

3.5 Réalisation des différentes enquêtes

Les données routinières constituent les sources d'informations pour mesurer les indicateurs de processus et de produits. Par contre, les indicateurs d'impact ne peuvent être obtenus qu'à partir d'enquête. Il s'agit des impacts liés aux connaissances, à l'utilisation des services, au changement de comportements des individus et à l'évolution des infections aux IST/VIH/Sida/Sida.

Les enquêtes EDS, les enquêtes de surveillance comportementale et biologique sont des méthodes privilégiées pour obtenir ces données. Les premières ont l'avantage d'avoir une envergure nationale. Les deuxièmes, quant à elles, permettent de suivre les tendances de l'épidémie en parallèle avec les tendances des comportements pour essayer de comprendre l'évolution de l'épidémie.

Pour Madagascar, la dernière enquête EDS a été réalisée en 2003-2004 et la prochaine est prévue en 2008. La réalisation de la deuxième série d'enquêtes de surveillance comportementale et biologique, quant à elle, a été effectuée en 2004 pour la surveillance comportementale et en 2005 pour la surveillance biologique. La fréquence retenue étant de réaliser tous les ans la surveillance biologique et tous les deux ans la surveillance comportementale.

La disponibilité de cette panoplie de données constitue un atout pour Madagascar et l'utilisation efficiente de ces données dans les orientations stratégiques constitue un défi majeur.

3.6 Suivi et Evaluation du PMPS

Dans le cadre du PMPS I, le suivi et évaluation était structurée autour de trois axes : (i) le suivi de progrès des activités financées par le projet ; (ii) l'évaluation d'impact des activités du projet réalisée à deux niveaux - sur la population générale et sur des groupes cibles spécifiques - ; (iii) un appui à la réalisation des stratégies sectorielles à travers l'analyse de la mise en œuvre des projets pilotes.

Cette orientation a permis au projet : (i) de mettre en place un système de gestion informatisé des données (SIG) ; (ii) de mener des audits techniques et comptable et financier ; (iii) de co-financer la réalisation d'études d'impact sur la population dans son ensemble et sur certains groupes cibles, notamment les enquêtes de séroprévalence (2003), démographique et de Santé (2003-2004) ainsi que de Surveillance de Seconde Génération comportementale (2004) et biologique (2005) ; (iv) de développer un plan national de suivi et évaluation qui a été validé par les partenaires ainsi que des outils de collecte des données, pour harmoniser les informations à recueillir auprès des intervenants pour mesurer les indicateurs du Plan. Ce Plan est en voie d'actualisation (révision des indicateurs sur la base des nouvelles directives de l'ONUSida et du PSN révisé) et de traduction en une feuille de route décrivant les activités à mettre en œuvre et leur coût.

Les problèmes rencontrés sur le plan du suivi et évaluation ont été les suivants : (i) fonctionnement insuffisamment cohérent du système de gestion des informations (SIG) ; (ii) insuffisante utilisation des données du suivi dans la programmation nationale ou la prise des décisions concernant le projet ; (iii) absence d'évaluation(s) d'impact des activités du projet versus réponse nationale.

Le SIG est en place à l'UGP/PMPS mais, alors que certains modules du système fonctionnent indépendamment du reste, aucun n'est totalement automatisé et les parties ne fonctionnent pas comme un tout intégré. Actuellement effectif seulement au niveau de la gestion comptable, le SIG devrait être revu pour rapprocher les documents de passation de marchés et la gestion comptable et pour intégrer le volet technique du suivi et évaluation. Enfin, pour appuyer l'approche programme de la gestion de la réponse nationale, il devrait permettre une gestion informatisée des données de suivi et évaluation de l'ensemble des projets placés sous exécution nationale. Le SE/CNLS a de ce fait, initié

le développement d'un nouveau SIG, qui sera validé par une évaluation externe, soutenue par la GTZ, avant d'être utilisé pour le PMPS II.

Le projet a financé totalement ou partiellement des enquêtes épidémiologiques nationales ou comportementales mais ces données n'ont pas été utilisées pour réorienter les stratégies et actions, faute notamment d'avoir été réconciliées avec les données existantes, éparpillées et parfois sujettes à caution. Le système de surveillance n'est que partiellement opérationnel depuis 1996 et, à l'exception de quelques enquêtes réalisées principalement en zone urbaine, les données sur la prévalence du VIH/Sida sont parcellaires. Les informations sur les facteurs de risque et de vulnérabilité sont également limitées et éparpillées. Les enquêtes de surveillance comportementale ont parfois été confondues avec des études CAP devant fournir des données de base pour mesurer les résultats et l'impact des actions de communication. Pour remédier à cette situation, le PNUD appuie le SE/CNLS dans la compilation des données épidémiologiques, comportementales et contextuelles existantes, afin de fournir un profil épidémiologique offrant une base consistante à la planification et suivi/évaluation des interventions, revoir la méthodologie pour le suivi de l'infection et des interventions et fournir un programme de recherche pour combler les lacunes éventuelles en information.

La dotation de deux spécialistes en Suivi et Evaluation (un responsable et un assistant) à l'UGP/PMPS s'est révélée insuffisante pour assumer l'ensemble des responsabilités imparties. Dans une perspective d'efficacité, le suivi et évaluation des sous projets FAP sera renforcé sur le terrain, par une plus grande responsabilité des Bureaux de Coordination Inter-Régionale dans le suivi et la supervision, et donc, leur dotation par un spécialiste en suivi et évaluation, et la sous-traitance de contrats d'évaluation à des prestataires indépendants.

4. LA REPONSE LOCALE, UN AXE STRATEGIQUE TRANSVERSAL

4.1 Décentralisation de la programmation IST/VIH/Sida

Pour une lutte efficace contre le VIH/SIDA, il faut que la compétence de la société pour faire face à l'infection se propage plus rapidement que le virus. Cette propagation doit s'opérer à la façon d'un véritable phénomène biologique, où les « cellules » du corps social développent progressivement leur immunité et se connectent entre elles pour partager et renforcer leur compétences. Une société compétente face au VIH/Sida se définit comme une société qui, dotée d'une information correcte sur l'infection VIH, s'approprie les facteurs individuels et collectifs de risque et de vulnérabilité et formule par elle-même les solutions à un problème qu'elle perçoit comme une priorité. Les actions à mener en matière de lutte contre le VIH/Sida impulsées par ses leaders, sont ainsi mises en œuvre par ses bénéficiaires et menées en conformité avec les priorités définies localement.

Cet objectif est réalisé à travers la mise en œuvre de la « réponse locale » (la réponse par les gens là où ils vivent et travaillent), axée sur la création d'un partenariat entre les autorités administratives, la communauté et les services (publics et privés) pour leur implication directe dans la lutte contre les IST et VIH/Sida au plus bas niveau périphérique : la commune. Ce partenariat requiert la décentralisation de la programmation au niveau régional et périphérique, pour renforcer le leadership, qui a tendance à se diluer au fur et à mesure que l'on s'éloigne du sommet de l'organigramme de lutte contre les IST et VIH/SIDA. Le « premier pilier » de la réponse locale, soutenu par le PNUD, comprend ainsi la mobilisation des autorités administratives au niveau des régions et la mise en place du Comité Local de Lutte contre le Sida (CLLS) comme équipe

multisectorielle de planification, coordination et suivi de la mise en œuvre du PSN au niveau des communes, à travers le développement d'un Plan Local de Lutte contre le Sida (PLLS). Ces plans Locaux de Lutte contre le Sida traduisent le PSN au niveau communal et sont mis en œuvre au moyen du « second pilier » de la réponse locale, le Fonds d'Appui à la Prévention, qui canalise l'aide au développement vers les bénéficiaires devenus acteurs de développement.

Dans le cadre de cet exercice, le SE/CNLS a organisé des fora annuels de plaidoyer et de coordination au niveau de chaque région et soutenu les CLLS dans une analyse du risque pour une définition locale de la vulnérabilité « contextuelle » - fortement liée au contexte économique (mobilité des hommes) et culturel. Cette analyse locale (monographie) a permis aux CLLS de programmer une réponse adaptée au contexte local. La définition des groupes cibles inclut les jeunes, les Travailleurs de Sexe (TdS), les groupes passerelles (clients) pour couper la chaîne de transmission (notamment les secteurs de l'économie entraînant migrations internes et externes) et les femmes vulnérables (autres que les TdS).

4.2 Fonds d'Appui à la Prévention (FAP)

Le PMPS I a soutenu la création et mise en œuvre d'un mécanisme de financement (FAP) dont l'objectif est de contribuer à la mise en œuvre des stratégies sectorielles par la société civile, y compris le secteur privé, pour atteindre l'ensemble des populations cibles, notamment les groupes vulnérables. Le FAP vise en particulier à : (i) renforcer les capacités d'intervention des organisations et institutions d'ores et déjà impliquées dans la prévention des IST/VIH/Sida ; (ii) encourager une plus grande implication des ONG, OCB et du secteur privé dans la lutte contre les IST/VIH/Sida et donc, (iii) développer leurs capacités opérationnelles et pérenniser leur participation.

Le FAP constitue en quelque sorte le « second pilier » de la réponse locale. Cette composante du programme national est axée sur la création d'un partenariat entre les autorités administratives, la communauté et les services (publics et privés) pour leur implication directe dans la lutte contre les IST et VIH/Sida au plus bas niveau périphérique (la commune). Le « premier pilier » de la réponse locale comprend la mobilisation des autorités administratives au niveau des régions et la mise en place du Comité Local de Lutte contre le Sida (CLLS) comme équipe multisectorielle de planification, coordination et suivi de la mise en œuvre du PSN au niveau des communes, à travers le développement d'un Plan Local de Lutte contre le Sida (PLLS). Dans le cadre de cet exercice soutenu par le PNUD et la GTZ, une analyse de la vulnérabilité contextuelle permet au CLLS de programmer une réponse adaptée au contexte local. La définition des groupes cibles inclut les jeunes, les TdS, les groupes passerelles (clients) pour couper la chaîne de transmission (notamment les secteurs de l'économie entraînant migrations internes et externes) et les femmes vulnérables (autres que les TdS). Ce mécanisme doit aboutir à l'intégration de la lutte contre le Sida dans le Plan régional/communal de développement et la canalisation de l'aide au développement vers les bénéficiaires devenus acteurs de développement.

Le PLLS comprend en effet des petites actions faisables (PAF) qui sont initiées directement par la commune/communauté (par exemple, plaidoyer, mobilisation des OCB/Associations par le maire, autorités locales donnent l'exemple pour le dépistage) ou qui demandent un appui. Cet appui est fourni par le FAP à travers le financement des activités de prévention et prise en charge des IST/VIH/Sida par les partenaires de la société civile. A ce jour, quelque 2284 « sous projets de base » réalisant des actions de

prévention dans un éventail de populations cibles ont ainsi été menés dans le cadre du PMPS 1 par des ONG et des Organisations Communautaires de Base (OCB).

Le FAP a soutenu le développement et mise en œuvre de sous projets de base sur l'ensemble du pays, puis, à partir de 2004, orienté la réponse locale vers 20 districts à risque identifiées sur la base de leur potentiel de développement et qui sont, avec l'avènement des régions administratives, devenues les chefs-lieux de ces dernières.

Cette approche de puisque accompagné des zones d'intervention initiée en 2004 est en cours de renforcement, à travers la cartographie des facteurs de vulnérabilité initiée pour une identification systématique des zones à risque accru de diffusion de l'infection dans chaque région administrative et ce, dans le but d'assurer une couverture maximale des groupes vulnérables. La répartition des interventions des ONG/Associations et des OCB par population cible et par montant global des sous projets montre en effet que le FAP a privilégié en majorité les interventions en matière de communication (de masse et de proximité) auprès des femmes et des jeunes. La couverture des groupes les plus vulnérables doit être renforcée.

Ces interventions ont néanmoins permis une prise de conscience de la réalité - encore fantomatique - du VIH/Sida par les autorités administratives et la population générale, dans un contexte de multiples priorités de santé publique et développement. Cet axe d'intervention doit maintenant être renforcé par une plus grande implication des PVIH dans la sensibilisation. Les activités de communication menées par les promoteurs, à l'origine concentrées sur l'Abstinence, Fidélité et Utilisation du Préservatif (ABC) ont maintenant amorcé un passage vers la demande pour les services, particulièrement les services de dépistage VIH. Cette orientation de la communication vers la demande pour les services (non seulement CTV mais IST, PTME et etc.) devrait permettre de renforcer l'interface entre les besoins (définis par le CLLS), la demande (promue par les promoteurs) et l'offre pour les services cliniques (et les préservatifs), en impliquant davantage les services de santé dans le processus et en constituant le CLLS en une association des consommateurs chargée d'assurer non seulement le suivi des actions des OCB/Associations mais celui de la progression des services rendus par les prestataires de service en vue d'assurer une meilleure couverture.

La gestion du FAP est contractualisée à une Agence de Gestion Financière. Depuis qu'elle a assumé la responsabilité de la gestion des subventions en mars 2003, l'AGF a traité plus de 2000 sous projets de base d'une valeur de plus de 9 millions d'USD. Plus de 75% des projets de base approuvés demandaient des subventions d'au maximum 10 000 USD.

Le soutien technique aux sous projets de base a été fourni par des acteurs qui diffèrent selon la taille du projet. Un consortium de trois ONG internationales, engagé comme Organisme de Facilitation (OF) devait fournir un soutien technique aux ONG ou OCB pour l'élaboration de projets de base et a pu approuver les projets d'un montant inférieur à 10 000 USD. L'encadrement par l'organisme de facilitation (OF) mis en place pour appuyer ces ONG/OCB dans l'élaboration des sous projets a permis de réduire fortement la proportion de projets à revoir qui est passée de 60/70 % à 30 % du total, mais les interventions sont restées fortement concentrées à Antananarivo, d'où l'option envisagée de décentraliser l'OF au niveau de chaque région. Les propositions de projets de base soumises au FAP pour un montant supérieur à 10000 USD ont été revues par un Organisme de Revue Technique (ORT) financé par le PMPS et localisé à l'ONUSida. Les projets revus par etc. mais dépassant les 100 000 USD devaient être approuvés par le Conseil du PMPS.

Afin de mieux suivre les interventions financées par le FAP, le projet a introduit les concepts de couverture des communes et de saturation (en termes géographique, populations cibles et types d'activités).

L'évaluation de la performance de l'AGF d'octobre 2004 fait état de la rigueur de l'AGF dans l'exécution des procédures arrêtées dans les différents manuels et formats. L'Agence de Gestion Financière a assuré à la fois l'instruction sans retard des demandes de subvention et le flux régulier des fonds. Des mesures explicites ont lié les décaissements aux résultats mais ces mesures ont été généralement d'une nature plus administrative (exigence de soumission de rapports) que technique. Seuls 10% des projets de base ont été supervisés et évalués, principalement faute de personnel.

L'évaluation du FAP a surtout noté les faiblesses des promoteurs, notamment les OCB et le manque de moyens de suivi régulier sur le terrain. Faute d'une OF décentralisée auprès du terrain, l'Unité de Coordination Régionale (UCR) qui est constitué d'un unique coordinateur technique (pour chaque région) a été chargée à la fois d'appuyer les CLLS dans l'élaboration des PLLS, l'appui à la formulation des projets de base, la formation des promoteurs en VIH/Sida et le suivi technique des projets de base. Le PAD a ainsi recommandé un changement de stratégie: encadrement des Promoteurs par les ONG locales (au lieu des CT) pour une meilleure couverture de proximité et une formation par les ONG internationale des ONG locales pour une amélioration de la qualité (renforcement des compétences) et pérennisation du mécanisme.

5. LA COMMUNICATION, CLE DE VOUTE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

La composante communication a pris une place importante dans le PMPS 1, lui permettant de servir de moyens de mobilisation de l'opinion publique sur l'importance à accorder à l'épidémie. En 2004, compte tenu des réalités du terrain, le SE/CNLS a élaboré une Stratégie de Communication pour servir de cadre concerté pour la mise en œuvre d'activités de communication efficaces pour la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar. En 2004 et 2005, les activités de mise en œuvre de cette stratégie ont visé à : (i) conscientiser les leaders et faiseurs d'opinion et la population générale à la réalité du VIH/Sida à Madagascar et ses conséquences pour le pays, la communauté, la famille et l'individu ; (ii) motiver ceux ayant pris conscience du risque à se protéger contre l'infection. Pour ce faire, deux stratégies ont été privilégiées : la veille informationnelle et la communication de proximité, en complément des actions de communication interpersonnelles promues à travers la réponse locale.

5.1 La veille informationnelle

La « veille informationnelle » a consisté à diffuser les messages sur une étendue territoriale maximale, à l'intention du grand public et de groupes cibles plus spécifiques (jeunes, mères, camionneurs...), en utilisant tous les media de masse susceptibles d'atteindre les gens jusque dans les localités les plus reculées à travers la production/diffusion de : (i) spots radio, micro programmes, magazines, feuillets radiophoniques (chaîne nationale, MBS, Radio Don Bosco, radios de proximité du pays) ; (ii) spots TV, court métrages (réalisés par la compagnie contrepartie) et magazines (chaîne nationale TVM, MBS, TV PLUS, TV groupes cibles, M3TV Mahajanga, MATV, RTA, TV Soa Menabe, insertion de thème VIH/Sida dans le feuilleton « JIABY JIABY » (TVM) ; (iii) 140 000 affiches, 16 affiches mobiles sur bâche, 80 affiches géantes, 40 affiches pour abri bus et 1 500 000 exemplaires de « Ny tsara ho puisque accompagné » ; (iv) articles

promotionnels à thèmes : casquettes, Tee régional, pin's, aquaclips, cuillères, calendrier thématique, CD musical, écran de veille (cybercafés, établissements publics, bureaux des partenaires...).

5.2 La communication de proximité

La mise en œuvre de la stratégie de communication de proximité a inclus : (i) la production de films d'animation et la mise en place de 7 Unité Mobile de Vidéo (UMV) opérationnels (mode opératoire : groupes restreints, grand public, événementiels) dans 14 régions (Alaotra Mangoro, Diana, Analamanga, Ihorombe, Haute Matsiatra, Amoron'i Mania, Anosy, Androy, Boeni, Betsiboka, Atsinanana, Analanjirifo, Menabe, Vakinankaratra), qui a abouti à la visite de 320 communes visitées et 350 000 personnes touchées par film d'animation ; (ii) la distribution de 3 000 postes radio manivelles mise en place de groupes d'écoute. Un vaste programme de formation a été mis en place (formation des animateurs de radio en production d'émission (Cycle de production participatif), animateurs d'association/ONGs, animateurs de groupes d'écoute, enseignants...) avec des outils (50 000 kits d'animation OCB (guide de l'enseignant, guide du journaliste et du communicateur, guide sur les précautions universelles, guide PTME).

5.3 Autres activités de communication

Le PMPS a également soutenu : (i) la mise en place d'un Centre d'Information et de Documentation du SE/CNLS ; (ii) le soutien au témoignage de PVVIH à visage découvert (en publics restreints avec les PVVIH de la FIFAFI, au niveau national avec Joredah) ; (iii) le plaidoyer en direction des chefs traditionnels, leaders religieux, parlementaires, élus et autorités gouvernementales à tous les niveaux..., (iv) la création d'un partenariat avec les Fédérations sportives (Cyclisme dans le « Tour de Mada cycliste », football, taekwondo, natation), les grandes confessions chrétiennes et musulmanes, les associations à base de castes (chefferies traditionnelles) ; (v) la mise en place de la ligne verte « Allo fanantenana » ; (vi) la production d'un CD Rom interactif pour les jeunes ; (puisque accompagné) l'organisation du concours « Scénario d'Afrique » ; (viii) des publications événementielles (colloques, ateliers, présentations internationales...) ; (accompagné) une sensibilisation de masse lors des événements socioculturels (Donia, Festival des baleines).

La communication a abouti à une conscientisation de la réalité - encore fantomatique - du VIH/Sida dans un contexte de multiples priorités de santé publique et développement (au niveau des autorités administratives et de la population bénéficiaire). Mais elle doit maintenant être renforcée par une plus grande visibilité des PVVIH, qui suppose une action massive pour limiter les effets de la stigmatisation.

Une enquête et des sondages ont établi que près de 80% des malgaches ont à présent entendu parler du Sida. Selon certains, cette « déferlante » d'information aurait occasionné une saturation. En fait, cette information doit être étendue à l'ensemble du territoire national mais être réorientées vers les facteurs faisant obstacles à ou favorisant les changements d'attitudes et de comportements. En d'autres termes, ce ne sont pas les canaux de communication qui doivent être modifiés mais le contenu des messages, qui doit être diversifié, dans le cadre d'une approche de communication synergétique, utilisant un mix de media (media de masse et de proximité et communication interpersonnelle).

Jusqu'à récemment, la communication par les media de masse s'est essentiellement concentrée sur la promotion de l'abstinence, fidélité et utilisation du préservatif. Cette communication doit être recentrée sur l'acquisition de connaissances exactes et les facteurs de motivation (personnalisation du risque, motivation). En outre, au niveau local, on observe un passage de la communication axée sur l'ABC vers la demande pour les services cliniques, notamment CTV et IST. Au niveau central, la réorientation du contenu de la communication pour se concentrer en particulier sur la demande pour les services, en particulier IST, devrait permettre d'agir sur le Sida via l'un des facteurs de vulnérabilité majeur. Ce message devrait être mieux reçu par la population car répondant à un souci quotidien, contrairement au fantomatique Sida. Les messages doivent, en conséquence, être plus ciblé, par rapport aux groupes et aux thèmes, nécessitant un renforcement des équipements de communication d'appui et d'accompagnement des médias de masse (Unités Mobiles de Vidéo, stations radio de proximité, théâtre ambulant ou les représentations scéniques légères, animations culturelles mobiles, fora en ligne, magazines projets/audio/visuels, foyers d'échanges permanents, réseaux d'associations/clubs de lutte contre le VIH/Sida) et des capacités de ceux qui alimentent en contenu et animent ces médias (les animateurs). Une attention particulière devra également être portée à l'élaboration d'une base stratégique pour des actions de plaidoyer envers ceux qui s'opposent aux efforts de communication pour la promotion des mesures préventives contre le VIH/Sida ou peuvent faciliter le changement des normes et pratiques socio-culturelles (tacites ou explicites) favorisant les comportements à risque.

En conséquence, la stratégie de communication élaborée en 2004 sera également révisée et traduites en programmes/campagnes de communication spécifiques pour : (i) créer un environnement favorable à la lutte contre les IST et VIH/Sida par l'implication des leaders nationaux et locaux dans la lutte contre le VIH/Sida et la réduction de la stigmatisation et discrimination des PVVIH dans le milieu médical et parmi le grand public ; (ii) promouvoir la demande pour les services cliniques, particulièrement IST et CTV; (iii) aller au-delà de l'acquisition des connaissances pour stimuler un changement de comportement, particulièrement pour l'utilisation du préservatif (à promouvoir de façon moins agressive); (iv) assurer une couverture des population les plus vulnérables ; (v) introduire une approche participative dans l'utilisation des média de masse, qui privilégieront la radio par rapport à l'écrit et à la télévision dans une optique de coût-efficacité; (vi) renforcer la communication de base à travers une stratégie UMV révisée et la communication interpersonnelle au niveau local; (puisque accompagné) intensifier l'implication des PVVIH ; (accompagné) intégrer le message Sida au sein de problématiques touchant le quotidien de la population (santé de l'enfant, santé de la reproduction des adolescents, planification familiale, IST classiques, etc.) et le développement en général.

6. LA PROTECTION DES PVVIH ET DES AUTRES GROUPES VULNERABLES

Les données disponibles sur le stigma et la discrimination à l'endroit des PVVIH sont pour la plupart anecdotales, soulignant la nécessité de documenter la situation, pour renforcer la programmation en la matière. Elles indiquent cependant que la réduction du stigma et de la discrimination est prioritaire en milieu médical, où elle doit s'accompagner de la mise à disposition des précautions universelles. En parallèle avec la lutte contre les fausses idées, notamment relatives à la transmission du VIH, et la formation aux précautions universelles, le SE/CNLS envisage de lancer un programme de conscientisation du personnel médical, en impliquant les PVVIH, dans la mesure où leur témoignage a eu un impact démontré sur le développement d'attitudes positives parmi le personnel médical dans d'autres pays. Il envisage également de renforcer la participation des PVVIH dans le processus de programmation de la réponse nationale aux différents

niveaux. A travers la généralisation du dépistage et la prise de conscience du risque individuel et collectif au VIH/Sida (notamment du fait de la haute prévalence des IST), le SE/CNLS espère amener à une personnalisation du risque, qui sera utilisée comme point d'entrée par la communication pour générer une attitude empathique dans les communautés et chez les individus qui les composent : « ça pourrait/aurait pu être moi ». Il envisage également de promouvoir le témoignage des PVVIH dans les communautés, à la demande des CLLS, pour faire face au déni de l'existence de la maladie encore présent chez certains, en positionnant le témoignage des PVVIH comme un service rendu à la communauté.

Une loi sur la lutte contre le VIH/Sida et la protection des PVVIH, a été approuvée par le Gouvernement et votée par l'Assemblée Nationale et le Sénat. Cette loi doit maintenant être largement vulgarisée, en impliquant les leaders politico-administratifs, traditionnels et religieux, pour contribuer à la réduction contre le stigma et la discrimination à l'encontre des PVVIH et leur famille. Le SE/CNLS prévoit également la mise en place d'un réseau sur les normes et éthiques en matière de lutte contre le VIH/Sida, le renforcement de la surveillance et couverture médiatique des cas de violation des droits des PVVIH, et la mise en œuvre de mesures correctives par les autorités compétentes. Enfin, en partenariat avec le Ministère de la Justice, il établira des structures permettant aux PVVIH de rapporter les cas de violation de leurs droits et prendre action en conséquence.

Enfin, le SE/CNLS envisage de renforcer le partenariat avec les grands projets de développement (PRSD, FID, PIC, Projet AGR/PNUD, MCA, ...) pour documenter les expériences réussies de projets d'activités génératrices de revenus pour les groupes vulnérables de femmes, particulièrement ceux combinant une approche éducative. Il s'efforcera de soutenir la mise en œuvre de ces projets dans les quartiers défavorisés des communes et avec les travailleuses du sexe.

7. LA MOBILISATION DES RESSOURCES

Depuis 2003, les ressources financières pour la lutte contre le VIH/SIDA, provenant du gouvernement, des partenaires bilatéraux et multilatéraux et autres, n'ont cessé d'augmenter.

Du côté gouvernemental, le budget alloué au SE/CNLS par le biais du programme d'investissement public PIP est passé de 100 000 USD en 2003 à 178 000 USD en 2004 et 187 000 USD en 2005. Le budget prévisionnel pour 2006 monte à 389 500 USD.

Les dépenses réalisées en matière de lutte contre le VIH/SIDA par les partenaires autre que le Gouvernement sont passées de 13 097 400 USD en 2003 à 18 594 906 USD en 2004.

La contribution du gouvernement dans le financement de la lutte contre le VIH/SIDA qui représentait environ 0,7% du financement total en 2003 est passée à 0,9% en 2004 (compilation des données sur les dépenses en 2005 en cours).

Les dépenses prévues pour 2006 s'élèvent à 22 259 495 USD.

Les besoins pour la période 2007-2012 sont quant à eux évalués à 180 000 000 USD. Le financement manquant (156 000 000 USD) rend compte de la nécessité d'élaborer un plan de mobilisation des ressources, basé sur des études de coût/efficacité des activités en vue de l'utilisation optimale des ressources disponibles, accompagné d'outils opérationnels pour le suivi de l'utilisation des ressources, si possible, dans le cadre d'un dispositif réglementé pour une gestion unifiée de ces ressources.

8. LE DEVELOPPEMENT DE LA COLLABORATION INTERNATIONALE

Le développement de la collaboration internationale fait maintenant partie intégrante du programme national contre le VIH/SIDA à Madagascar. Dans cette optique, Madagascar est branché sur les réseaux de l'ONUSida au niveau mondial, lui permettant de faire des échanges d'expériences avec les autres pays du monde en terme de meilleures pratiques. Avec le soutien de l'ONUSida, du PNUD et le Fonds Mondial, le SE/CNLS a initié un processus de documentation des « Best Practices » dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar. L'objectif est de partager les initiatives et les orientations prises par le SE/CNLS et ses partenaires dans les trois domaines suivants : les « Trois principes d'unicité », la Réponse Locale et la Communication pour le Changement de Comportement. Il s'agit d'un exercice qui doit être poursuivi durant les prochaines années en assurant la couverture géographique d'autres régions dans le cadre de la capture des connaissances. Un poste spécifiquement dédié à la capture des connaissances a été créé au sein du SE/CNLS.

Par ailleurs, au niveau régional, un Groupe Thématique VIH/Sida a été mis en place au niveau de la région Océan Indien. Il est composé de cinq pays (Madagascar, Seychelles, Maurice, Réunion et Comores). Ce groupe est opérationnel depuis 2003, favorisant les échanges de bonnes pratiques et la collaboration entre les îles de l'océan indien. Le troisième colloque international de la Commission de l'Océan Indien s'est tenu à Madagascar (2004). Deux nouveaux projets sous-régionaux ont été signés dans le cadre de la COI, l'un financé par le Gouvernement Français et l'autre, par la Banque Africaine de Développement (BAD) et sont en cours de réalisation pour renforcer les dispositifs de prévention et prise en charge des PVVIH. Madagascar envisage également de renforcer la collaboration en matière de lutte contre le VIH/Sida avec les pays de la sous région à travers la Communauté pour le Développement de l'Afrique Australe (SADC).

Le pays bénéficie également d'un appui technique international (University groupes cibles Carolina, etc. Evaluation, Family Health International, CDC Atlanta, Université de Johns Hopkins de Baltimore, ...) pour la réalisation d'études, enquêtes ou formation au niveau national et favorise le renforcement des compétences et échange d'expérience en gestion, coordination et aspects techniques de la lutte contre le SIDA à travers des voyages d'études et sa participation aux conférences, ateliers et formations sous-régionales, régionales et mondiales⁷.

⁷ New York (Etats Unis), Genève (Suisse), Johannesburg (Afrique du Sud), Dakar (Sénégal), Kampala (Ouganda), au Botswana et à Maurice en 2003; Dakar (Sénégal), Chiang May et Bangkok (Thaïlande), au Canada, en Ouganda et en Israël, en 2004 ; Dakar (Sénégal), Durban et Johannesburg (Afrique du Sud), Ethiopie, Paris (France), Maroc, Burkina Faso, Nairobi (Kenya), Abuja (Nigeria), et aux Seychelles en 2005.

9. LE SOUTIEN AU SECTEUR DE LA SANTE DANS LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA

9.1 Dépistage et prise en charge des IST

9.1.1 Les structures concernées.

Avec l'appui du PMPS 1, Madagascar a déjà accompli de grands progrès en matière de lutte contre les IST au niveau national. Le programme de lutte contre les IST reste cependant fragmenté, relevant de l'administration du programme IST/VIH/Sida rattachée au cabinet du Ministre de la Santé et du Planning Familial tandis que le dépistage de la syphilis parmi les femmes en consultation prénatale est localisé au niveau de la Direction de la santé Familiale. Des mesures doivent être prises pour renforcer la coordination interne au sein du MinSanPF notamment au niveau central. En effet, pour garantir l'efficacité des interventions, il serait judicieux d'intégrer le dépistage prénatal de la syphilis, en s'assurant de la disponibilité des médicaments idoines et abordables, le développement des infrastructures de laboratoire d'appui et la qualité de la prise en charge des cas cliniques travers un suivi de routine et périodique.

9.1.2 La prise en charge des cas d'IST

Le gouvernement a adopté l'approche syndromique pour le diagnostic et le traitement des IST en 1997. A partir de 2000, la prise en charge des cas d'IST a été intégrée dans tous les services de soins de santé primaires publics et privés (ONG). En 2003-2004, 1 775 prestataires privés ont suivi une formation de remise à niveau en approche syndromique. En 2004, 2 500 prestataires publics ont reçu une formation théorique de deux jours qui doit être renforcée par une supervision formative au niveau des sites. L'approche syndromique ne fait cependant pas encore partie du programme des Etudiants en médecine et des Elèves infirmiers.

Deux kits de traitement préemballés ont été mis au point pour traiter les écoulements génitaux et les ulcères : le kit CURA 7 (gonocoque et chlamydia) et le kit GeniCure (chancre mou et syphilis). Le SE/CNLS, en collaboration avec le MINSANPF, envisage de revoir ces kits pour simplifier et compléter les traitements (dose unique accompagné, sous région pour la vaginose bactérienne, « kit syphilis » de la femme enceinte). Une étude de sous région des germes IST aux traitements est en cours de réalisation. Les kits GeniCure achetés dans le cadre du PMPS1 vont bientôt être distribués. La distribution du CURA 7 s'est faite au travers du marketing social, pour le secteur privé, et via la Centrale d'Achat, la Salama, pour le secteur public. Le processus d'acquisition des kits par la Salama a souffert de beaucoup de lenteur, source de rupture de stock, posant la question de l'efficacité du système d'approvisionnement et distribution des médicaments dans leur ensemble. Enfin, bien que subventionné, le prix des médicaments pour les IST est trop élevé pour certaines couches de la population.

Madagascar a une politique de dépistage de routine de la syphilis pour les femmes enceintes mais en dépit d'un accès assez élevé aux services de soins prénatals, seulement 25% of femmes ont fait un prélèvement sanguin (vraisemblablement pour le test de la syphilis) au cours d'une visite prénatale (EDS 2003). Comme on ne peut se procurer les kits de test RPR que dans ces formations, les femmes sont envoyées dans les hôpitaux de

district, régionaux ou provinciaux, et dans des cliniques privées. En conséquence, en 2005, le MinSanPF a équipé 329 CSB2 avec des agitateurs à énergie solaire qui permettent l'usage des tests RPR. Il est maintenant nécessaire d'assurer la dotation de ces centres en consommables (test RPR, réactifs) et la formation à l'usage de ces tests.

Pour l'année 2006, le Gouvernement compte rendre opérationnels 400 sites de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME). Ces programmes PTME permettront de prévenir la syphilis congénitale ainsi que les infections au VIH à un coût très réduit. Le SE/CNLS envisage également de faire appel aux partenaires pour planifier des études pilotes pour renforcer le dépistage et le traitement des femmes enceintes au titre d'un paquet de « Maternité Sans Risque », dans le cadre de l'élimination de la syphilis congénitale.

Le Gouvernement appuie le développement d'un programme ciblant les jeunes âgés de 10 à 24 ans dans les 22 régions de Madagascar à travers la mise en place de Centres de Santé assurant à la fois le traitement des IST et le dépistage des VIH/SIDA (CTV) et au sein desquels les activités éducationnelles et promotionnelles sont développées par des Clubs des Jeunes.

Les directives de traitement instaurant un suivi des travailleuses du sexe tous les trois mois ont été adoptées en 2001. Cependant les services du programme à leur intention sont limités aussi bien dans le secteur public que privé. Les clients des travailleuses du sexe n'ont quant à eux, aucune option de services particulière en dehors des centres de santé primaire ou les centres de santé privés. Encourager le partenariat public privé peut s'avérer être un mécanisme efficace de renforcer la prévention et la lutte contre les IST pour plusieurs groupes à haut risque, axe de programmation prioritaire pour les deux prochaines années à venir.

La surveillance des IST à Madagascar repose actuellement sur la communication des observations à l'AP-IST/VIH/Sida, au niveau du secteur public (dans le cadre d'une surveillance générale des maladies), et une surveillance sentinelle occasionnelle de la syphilis liée à la surveillance du VIH. La dernière activité de surveillance sentinelle date de 2005. La mesure dans laquelle ces données sont exploitées à des fins de suivi et d'évaluation de programme n'est pas claire.

Les laboratoires ne font pas partie d'un programme de contrôle de la qualité. Le LNR élabore actuellement des Manuels de Procédures et des systèmes de contrôle de qualité (CQ) pour le test du VIH mais n'a pas pris des mesures similaires pour le test de la syphilis. Depuis l'évaluation IP6 et IP7 en 2000, il n'y a pas eu de contrôle systématique de la qualité des services en matière de prise en charge des cas IST. Les agences du secteur public et privé ont admis la nécessité de mettre en place des systèmes de suivi de la qualité mais il n'y a pas de consensus sur les éléments clés du programme et il n'existe non plus actuellement de check-list de supervision standard pour les prestataires de prise en charge des cas d'IST.

Il n'existe pas de plan d'évaluation de l'impact du programme si ce n'est celui destiné à suivre et à évaluer la réalisation des indicateurs et des « sous indicateurs » de l'UNGASS. L'effort actuellement déployé pour renforcer la stratégie de lutte contre les IST en focalisant sur trois stratégies principales d'ensemble (prise en charge des cas IST, dépistage de la syphilis auprès des femmes enceintes ; couverture des groupes vulnérables), permettra de développer des objectifs et indicateurs plus détaillés. Le

programme national de lutte contre les IST explorera également la possibilité de mettre en place un ou deux sites sentinelles hospitaliers qui recueilleront des données sur la mortalité à la naissance (dont RPR) en tant que moyen de mesure de l'impact du programme.

9.1.3 Promotion et distribution des préservatifs

La conscience de l'importance du préservatif pour la protection des personnes contre le VIH a considérablement augmenté. Cette prise de conscience de l'importance des préservatifs ne s'est pas encore accompagnée d'un changement d'attitude. D'après sous échantillon 2003, une forte proportion des personnes qui savaient ce qu'était un préservatif n'en aurait pas proposé l'utilisation pour un rapport sexuel occasionnel. Les gens considèrent généralement que les préservatifs ont moins d'importance que la fidélité mais n'en sont pas nécessairement plus fidèle pour autant. Le préservatif n'est pas bien accepté culturellement et il existe de nombreuses idées fausses, qui rendent compte de son faible taux d'utilisation. En outre, comme l'impact du VIH/SIDA n'est pas encore visible, le niveau de préoccupation reste encore faible. Bien qu'elle soit généralement plus forte dans les populations ayant des partenaires sexuels occasionnels, l'utilisation du préservatif dans ces populations varie elle aussi selon les provinces. L'utilisation des préservatifs devra être en permanence plus fréquente dans les groupes vulnérables si l'on veut réellement éviter la diffusion du VIH.

Le marketing social a facilité l'accès aux préservatifs. Plus de 32 millions ont été distribués entre 2000 et 2004 par plus de 25 000 points de vente répartis dans le pays. Il demeure cependant des carences dans la disponibilité (en zones reculées) et l'accès aux préservatifs (population pauvre, zones à haut risque). Pour y remédier, il est prévu de mener des activités de distribution promotionnelle des préservatifs dans les groupes vulnérables (15 millions/an dans les 5 prochaines années), au niveau communautaire et dans les structures de santé publique, requérant la définition d'une stratégie claire en matière de distribution des différents types de préservatifs par les différents circuits.

9.2 Dépistage et prise en charge du VIH

9.2.1 Dépistage du VIH

Les CTV publics et privés sont inégalement répartis. Le pays a actuellement 49 centres de CDV situés surtout dans la province d'Antananarivo (22 centres). Les autres provinces ont entre 3 et 8 centres. Douze centres publics sont fonctionnels sur le territoire (8 en provinces et 4 à Antananarivo) contre 37 CTV privés répertoriés par le programme IST/VIH/SIDA. Ces CTV sont le plus souvent intégrés dans des structures de soins. La gratuité est de règle uniquement dans les centres publics. Dans la province d'Antananarivo, seulement 11 des 22 centres CDV assurent un dépistage gratuit (6/7 dans la province d'Antsiranana, 6/8 dans celle de Toliara). Le Gouvernement prévoit de pourvoir l'ensemble des 22 chefs lieux de régions et des 111 chefs lieux de districts en CTV d'ici 2009.

Ces centres emploient des conseillers et techniciens de laboratoire formés pour la plupart par contrepartie, mais qui devraient pouvoir bénéficier d'un stage d'immersion après leur formation théorique. Le CTV BMH Isotry de Tananarive remplit les conditions idéales en

terme de volume d'activités et d'expérience pour jouer le rôle de centre pilote et de formation pratique pour les futurs apprenants.

Généralement, en dehors d'Antananarivo, les CTV connaissent peu d'affluence (2 à 5 personnes par jour), ce qui de l'avis des conseillers, tiendrait au peu d'intérêt de la population pour le dépistage volontaire (peur d'apprendre leur statut sérologique et de la stigmatisation). Cependant, dans certaines régions où la demande pour le dépistage a été renforcée par l'Initiative aux Résultats Rapide (IRR) et la réponse locale, les utilisateurs se plaignent de la difficulté à accéder à ces services. Pour remédier à l'insuffisance de dépistage en centre fixe, un dépistage mobile peut être proposé, à la fois pour la syphilis et le VIH, pour certaines zones à risque, en respectant l'anonymat et en proposant un système de référence.

Comme pour les autres services, les centres CTV souffrent d'une insuffisance des moyens de communication et transport entre le niveau central, régional et périphérique.

9.2.2 Prévention de la Transmission groupes cibles

Le dépistage du VIH pour les femmes enceintes s'opère dans le cadre du programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Onze hôpitaux et 14 centres de soins sont déjà opérationnels et le protocole de régional a été revu en décembre 2005. Dans certains centres qui pratiquent les activités de PTME, le taux d'acceptation du test de dépistage ne serait que de l'ordre de 25%. Le Gouvernement prévoit de d'assurer la couverture des 111 districts sanitaires du pays par les activités de PTME d'ici 2007. Le plan d'extension est disponible au niveau du programme SIDA.

En 2005, 416 prestataires de 42 districts englobant 220 formations sanitaires ont été formés par contrepartie. La majorité de ces centres attendent les réactifs et consommables pour débiter leurs activités. La plupart des centres publics ou privés (confessionnels ou non) qui pratiquent des activités de PTME ne disposent pas de molécules ARV (cibles) et doivent référer les cas de séropositivité à un médecin référent spécialiste en ARV. Les accouchements se faisant généralement hors de ces centres de PTME, dans une maternité de référence (où le personnel n'est pas toujours formé à la PTME), le risque de stigmatisation est évident. Le pourcentage de parturientes perdues de vue peut être important.

Comme pour les centres de CTV, les centres de PTME reçoivent leurs tests de dépistage du VIH sans que ne soit toujours établi un mécanisme de coordination. Cette situation expliquerait en partie le fait que certains centres se soient retrouvés en rupture de réactifs pour le dépistage du VIH. L'autre problème de la PTME semble être celui de la coordination des activités entre le programme IST/VIH/SIDA et la Direction de la Santé de la reproduction, (maternité sans risque) qui gère la mise en œuvre de la PTME.

9.2.3 Système de Prise en Charge des PVVIH

Trois comités sont censés appuyer la prise en charge des PVVIH par les ARV : (i) un comité de pérennisation de la prise en charge des PVVIH. Ce comité multidisciplinaire est composé par les entités techniques médicales travaillant dans le domaine de l'infection à VIH doit suivre le processus de l'accès aux ARV ; (ii) un comité de gestion et

d'approvisionnement en médicaments et réactifs (CGAMR) dont le rôle est d'appuyer le système d'approvisionnement en médicaments et réactifs, aboutissant à sa pérennisation ; (iii) un coordinateur du système d'approvisionnement en ARV et réactifs sérologiques qui doit assurer l'opérationnalisation du système d'approvisionnement et la gestion des médicaments en ARV et contre les infections opportunistes. Le coordinateur de la gestion et l'approvisionnement devrait être nommé par arrêté ministériel, figuré dans l'organigramme du MinSanPF Il a été recommandé que ce responsable se trouve au sein du Service de l'Approvisionnement des Districts et des Hôpitaux de Référence (SADHR) de la Direction de la Pharmacie et de Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT).

Ces différentes structures ont encore du mal à se mettre véritablement en place. En effet, le comité de pérennisation n'a pas encore été installé. Le CGAMR a connu un début de fonctionnement avec une ou deux réunions à son actif. Les missions et attributions du coordonnateur en ARV ont été bien définies mais sa nomination n'est pas effective et aucune activité n'a été entreprise.

Le fonctionnement de la Commission de Biologie a été réglementé par arrêté ministériel en 2003. Elle est chargée d'élaborer une stratégie biologique de diagnostic sérologique du VIH selon les recommandations de l'OMS, d'effectuer un choix annuel des tests sérologiques concernant les « tests rapides et Elisa » et de donner son avis aux autorités compétentes chargées de la mise en œuvre du diagnostic du VIH. Cette commission a réactualisé les algorithmes de diagnostic biologique pour les praticiens malagasy en 2005. La commission Biologie a aussi défini des critères d'accréditation de laboratoire pour tout Centre CTV qui doit répondre aux normes standard de local, de personnel, de matériel, de fonctionnement et disposer d'une convention délivrée par les autorités de la DPLMT après avis favorable de la commission.

Il importe de noter que le sous-programme de prise en charge du programme de lutte contre les IST/VIH/Sida a élaboré un ensemble de documents pour la gestion des patients et leur suivi : (i) des fiches de référence qui servent d'outils pour le transfert d'informations médicales entre médecin de réseau et médecin référent, entre médecin référent et médecin de réseau et entre médecins référents; (ii) deux registres confidentiels pour les PVVIH dont l'un sert à répertorier le nombre de PVVIH traités dans chaque centre de référence du traitement ARV avec son code, sa date d'enregistrement et son adresse exacte et le second comporte le résumé des données cliniques; (iii) une fiche individuelle de suivi résumant les schémas thérapeutiques et les effets secondaires de même que les dates des rendez-vous à venir; (iv) un rapport trimestriel de prise en charge et de suivi des personnes vivant avec le VIH, le nombre de patients reçus et ceux éligibles au traitement ARV et les molécules utilisées de même que le devenir des patients (décès, perdus de vue). Ces outils de recueil de données sont en cours de distribution.

9.2.4 Structures de prise en charge des PVVIH

Dix médecins référents prescripteurs d'ARV sont diplômés en Sidénologie (9 formés à la Réunion et 1 en France) et exercent dans les 6 provinces du pays y compris le CHU d'Antananarivo. Neuf autres médecins référents sont en cours de formation. Cette formation doit prendre en compte la spécificité de Madagascar pour ce qui est du choix du schéma thérapeutique. En terme quantitatif, 80 patients sont suivis au niveau national dont 54 à Antananarivo parmi lesquels 24 sont sous ARV dans les 2 services de gastro-entérologie et maladies infectieuses du CHU de Befelatanana. A Toamasina, 4 patients

reçoivent le traitement ARV au centre hospitalier provincial de référence, à Antsiranana, 6 patients, à Mahajanga, 4 patients et à Toliara, 4 patients. Les ARV ont d'abord été fournis gratuitement par l'association RIVE de l'île de la Réunion et récemment par le Fonds Mondial. Ils sont distribués à partir d'Antananarivo à tous les centres demandeurs par le programme IST/VIH/SIDA du MINSANPF. Certains médecins signalent des difficultés actuelles dans l'approvisionnement en ARV les obligeant à la substitution de certaines molécules par d'autres dans leurs prescriptions.

Les médecins prescripteurs d'ARV formés par l'Association Rive de la Réunion ont pratiqué un traitement à la carte plutôt qu'un traitement standardisé. Les ARV étaient donc prescrits selon les protocoles français de traitement qui ne sont pas adaptés au contexte d'un pays en développement. De plus, si actuellement le coût global du traitement selon ces protocoles reste abordable pour le pays en raison du nombre restreint des patients concernés (30 patients), la charge financièrement sera rapidement insupportable pour le pays si 3 000 nouveaux patients ont besoin d'une thérapie anti-rétroviraux (TARV) chaque année, comme c'est prévu (le coût d'un traitement va de 300 à 6 000 USD). En outre, les médicaments sont le plus souvent non combinés et sont de divers types, ce qui accroît les risques d'erreurs de prescription, de non respect de la prescription par le patient et de complications dans le processus d'achat et de distribution. Les recommandations de l'atelier des 9 & 10 Mars 2005 et la réunion de validation du protocole ARV du 15 juin 2005 ont ainsi tranché en faveur du schéma standardisé avec une clef de répartition. Le protocole a été remanié en décembre 2005 pour se conformer aux dernières recommandations internationales.

9.2.5 Bilan de suivi biologique des patients sous ARV.

Le bilan de suivi biologique des patients sous ARV mentionné dans le guide national de prise en charge des PVVIH est encore fluctuant. Ces examens para cliniques complémentaires sont payés par le biais de financement de l'état et du PNUD. Le Fonds Mondial a récemment mis en place les automates et les réactifs dans les 2 CHU d'Antananarivo, de Mahajanga et les CHRR de Toamasina, Toliara, Antsiranana et Fianarantsoa pour rendre plus accessibles ces examens. Cependant le paquet minimum biologique (PMA Bio) proposé peut paraître « luxueux » dans le cadre d'un véritable passage à échelle et d'un recrutement plus important de patients. Pour minimiser le coût des examens paracliniques, un paquet un peu plus réduit doit être envisagé dans le cadre du suivi biologique périodique sur toute l'étendue du territoire. Le dosage des CD4, 1 mois après l'initiation du traitement semble aléatoire car l'intervalle est trop court pour espérer détecter un éventuel échec immunologique ou même un succès. Il faut une période raisonnable de 3 à 6 mois pour un premier contrôle.

L'IPM et le LNR effectuent le comptage des CD4 par contrepartie de flux et bientôt le CHU de Mahajanga. L'IPM a les capacités de réalisation de la charge virale et de tests génotypiques en cas d'échecs thérapeutiques. L'IPM est actuellement impliqué dans une étude sur les résistances primaires.

Les échantillons des patients de l'intérieur du pays sont acheminés par voie aérienne ou routière pour être analysés. L'acheminement des prélèvements pour le dosage des CD4 se fait par l'intermédiaire du réseau Fifafi (prélèvements envoyés avec nom du malade sans anonymat) ; il en est de même pour les médicaments et les résultats, d'où l'existence d'un risque manifeste de rupture du secret médical. Les médecins appréhendent aussi les cas de référence (transfert) de patients d'une province à une autre. Aucune modalité pratique n'est prévue à cet effet et il apparaît à ce jour difficile de concevoir une telle éventualité sans risque de rupture de la confidentialité.

Une extension de la prise en charge par les ARV obéit à une logique d'amélioration du plateau technique sur l'ensemble du territoire national. Ainsi, pour ce qui est du dosage des CD4, il faut obligatoirement lier la nécessité de rapprocher les moyens techniques de la population à traiter et la notion de rentabilité qui a un coût (malades pas en grand nombre et ressources humaines pauvres). Dans ce jeu d'équilibre, il est parfaitement possible que pour l'année 2006, 3 chefs lieux de provinces en dehors d'Antananarivo disposent de dosage de CD4. A la fin de 2007, tous les 6 chefs lieux de provinces devraient posséder les moyens de faire le dosage de CD4. De même la Charge Virale devrait faire partie des possibilités du suivi biologique du LNR.

9.2.6 Les Accidents d'Exposition au Sang

Le dispositif de prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES) n'est pas encore mis en place. Pour minimiser l'inquiétude des personnels soignants et l'impact de ces AES sur la stigmatisation en milieu de soins et de laboratoires, l'atelier de validation des protocoles thérapeutiques de décembre 2005 a institué une évaluation du risque par un personnel médical, un suivi biologique, une régional et une référence avec un kit AES.

9.3 Autres interventions dans le secteur de la santé : Gestion des déchets médicaux

De nombreux diagnostics réalisés entre 2002 et 2004 ont révélé que la situation en matière d'élimination des déchets était alarmante à Madagascar, avec un faible niveau de sensibilisation des personnels de santé, une absence de procédures ou de protocoles adaptés, un défaut d'équipement d'élimination ou leur mise hors service suite à des carences d'exploitation, résultant en une absence de maîtrise des risques sanitaires et environnementaux liés à ces déchets. Face à ce constat, le Ministère de la Santé et du Planning Familial a produit un document de Politique Nationale en septembre 2005. Un tirage en 2500 exemplaires doit être réalisé en 2006 afin de toucher l'ensemble des formations sanitaires au travers des réunions de formation en cascade.

La démarche d'équipements des centres hospitaliers s'appuie sur la mise en place d'une approche intégrée. Parallèlement à la construction de l'incinérateur de type Montfort des mesures d'accompagnement sont mises en place : (i) actions de sensibilisation et de formation ; (ii) engagement de la Direction de l'établissement ; (iii) élaboration d'un plan de gestion des déchets de soins dans chaque établissement ; (iv) fourniture d'équipements en vue d'assurer le tri, la collecte et le stockage des déchets ; (v) actions de supervision puis de suivi après 6 mois.

Le dispositif de formation initié en 2005 doit permettre de couvrir l'ensemble des districts à travers la réalisation de 9 formations interrégionales. Les formations, traitant des précautions universelles, de la sécurité des injections et de la gestion des déchets sont destinées aux Médecins-Inspecteurs et Médecins-Chefs de l'ensemble des districts et sont organisées au niveau de « centres hospitaliers-écoles » où sont dispensés des enseignements théoriques et des activités pratiques : audit des pratiques de l'établissement, élaboration du plan de gestion, suivi de la construction de l'incinérateur et formation des opérateurs. A cette occasion, le plan de gestion sera élaboré. La formation des personnels et élaboration du plan de gestion dans chaque établissement n'ayant pas fait l'objet d'une formation interrégionale doit se faire par les

Médecins-Inspecteurs et les Médecins-Chefs conformément au dispositif de formation en cascade.

La Politique Nationale prévoit la mise en place d'une solution d'élimination pour chaque CSB à l'issue d'un nouveau processus de formation en cascade. Quatre solutions sont proposées : (i) le regroupement des déchets vers un centre hospitalier (5%) ; (ii) la fosse sécurisée (90 %) ; (iii) l'incinérateur à chambre simple (3%) et (iv) le fût de brûlage (2%). L'approche intégrée (solution d'élimination/formation/plan de gestion/dotation en équipements de démarrage) est également retenue. En 2006, le plan d'équipement doit être élaboré et 2 prototypes de chacune des solutions doivent être mises en œuvre. La Politique Nationale a également retenu le principe d'équiper les grands centres hospitaliers⁸ avec des incinérateurs à double chambre d'importation. En 2006, un plan d'équipement va être élaboré pour ces grands établissements. Un avant-projet sera arrêté et un dossier de consultation des fournisseurs réalisé. Une programmation début 2007 peut être envisagé sur un premier site pilote.

10. IMPLICATIONS POUR LA PROGRAMMATION

Les implications de ces progrès enregistrés par Madagascar dans le domaine de la gestion de la lutte contre le VIH/Sida, qui seront précisées dans le cadre de la mise à jour du PSN et sa traduction en un plan opérationnel intégré, sont les suivantes :

⁸ Outre le CHU et l'agglomération d'Antananarivo qui ont fait l'objet d'une étude spécifique, sont concernés les centres hospitaliers de Mahajanga, Toamasina, Fianarantsoa, Toliara, Antsiranana et Antsirabe. Une rénovation des équipements existants à Toamasina et Toliara pourrait être suffisante.

INTERVENTIONS	OBSTACLES	AXES PROGRAMMATIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES	INDICATEURS DE PROCESSUS/RESULTATS
PREVENTION	<p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ couverture partielle par la communication de masse et interpersonnelle (réponse locale) ▪ compétences inadéquates en communication de masse pour le développement social et communication pour le changement de comportement (ex. segmentation formelle de la population en communication) ▪ absence de dispositifs permettant de mesurer le taux d'écoute et l'impact des émissions sur les informations en matière de prévention; <p>Services cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ insuffisance des services de prévention en termes d'accessibilité et de disponibilité (services cliniques et préservatifs) ; ▪ manque d'intégration des services ▪ formation limitée au « in-service » (versus pérennisation) ▪ manque de suivi de la qualité/performance des services de prévention offerts 	<p>Communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ actualisation de la stratégie de communication et traduction en programmes/campagnes (intégrés) en adéquation avec l'offre de services et axés sur les facteurs faisant obstacles au changement de comportement au sein des groupes vulnérables et de la population générale; ▪ plaidoyer et communication continue axé sur la personnalisation du risque (communautaire et individuel), la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et l'augmentation de la demande pour les services cliniques (IST, CTV, PTME...) ; ▪ intensification de la communication de masse (par agences spécialisées) ▪ renforcement de la communication de proximité (spécificité locale) ; ▪ intensification de la mobilisation sociale et communication interpersonnelle à travers la participation communautaire (réponse locale) ; ▪ promotion et extension du marketing social des préservatifs ; ▪ institutionnalisation de formation en communication pour le VIH/Sida ; ▪ mise en place d'un système d'information sanitaire fonctionnel ; ▪ mise en place d'un système de suivi et évaluation de la communication (media de masse et réponse locale). <p>Services cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ politique de santé communautaire adéquate (plan de couverture effectif et stratégies alternatives pour les zones à risque et groupes vulnérables; ▪ finalisation/diffusion des instruments normatifs ▪ ressources humaines qualifiées et ressources matérielles suffisantes ; ▪ plateau technique réparti de façon stratégique (couverture nationale en tenant compte des zones à risque) ; ▪ référence/ intégration des services (CPN, PTME, IST, TB, CTV, PU/TDS, PEC/PVVIH) et définition du paquet minimum d'activités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; ▪ renforcement du suivi des performances (couverture maximale des clients IST/VIH). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ couverture nationale en messages appropriés de prévention (media de masse et proximité) ▪ couverture des communes à risque par sous projets de prévention mise en œuvres par Associations/OCB ; ▪ couverture des zones à risque et groupes vulnérables par services préventifs de qualité et préservatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation du % en connaissances adéquates, attitudes positives et comportements préventifs (ABC et utilisation des services préventifs) ▪ 75 % des fonds du FAP alloués aux zones à risque et interventions ciblées ▪ Nombre de CLLS réalisant et suivant leur PLS mensuellement par rapport au nombre de communes à risque. ▪ Nombre d'organisations locales (OC) bénéficiant d'un développement de capacité IST/VIH /Sida de la part des OF (ONG facilitatrices) ▪ Nombre d'actions de communication interpersonnelles effectuées par an par associations/OCB dans communes à risque ▪ Nombre de bénéficiaires atteints par activités de communication par les media de masse et de proximité ▪ Nombre de structures sanitaires fournissant des services intégrés ▪ Nombre de structures sanitaires réhabilitées et équipées ▪ Nombre de personnel formé (formation intégrée) ▪ Nombre de KITS IST distribués ou vendus à travers les canaux publics et privés par an ▪ Nombre de préservatifs distribués et vendus par les programmes publics et par les ONG par an
TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible nombre de PVVIH actuellement sous traitement ▪ faible nombre de formations sanitaires (publiques et privées) pouvant fournir le traitement ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ institutionnalisation de la formation PEC/PVVIH ; ▪ renforcement de la qualité de l'accueil (attitude du personnel de santé) ; ▪ développement du système de suivi de la gestion clinique des infections opportunistes, TB et VIH ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la couverture du dépistage ▪ Augmentation de l'accessibilité, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation du nombre de PVVIH sous traitement ARV ▪ Adéquation et application des directives pour le traitement par ARV ▪ Nombre de sites prescripteurs

INTERVENTIONS	OBSTACLES	AXES PROGRAMMATIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES	INDICATEURS DE PROCESSUS/RESULTATS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nombre réduit de médecins référents en prise en charge médicale; ▪ absence de structure nationale formelle chargée de l'approvisionnement en médicaments ARV ; ▪ nombre réduit de laboratoires capables de faire le suivi biologique des patients ; ▪ mise en place du système de pharmacovigilance, encore en phase préparatoire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ prise en compte des aspects nutritionnels ▪ mise en place d'une logistique opérationnelle des ARV des médicaments pour les IO (et des médicaments IST) ; ▪ mise en place d'un système de référence/accompagné ; ▪ suivi des résistances VIH (et IST) 	<p>disponibilité, qualité et utilisation des services thérapeutiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité des équipements nécessaires pour le bilan biologique de suivi thérapeutique ▪ Disponibilité des médicaments
SOINS ET SOUTIEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ invisibilité de la maladie ainsi que les personnes affectées par l'infection ; ▪ couverture géographique réduite des ONG s'occupant de la prise en charge psychosociale ; ▪ insuffisance des ONG de prise en charge des OEV limitant l'application des textes de protection de ces populations vulnérables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ augmentation de la couverture du dépistage et mise en place d'un système de référence vers les structures de soins et de soutien aux PVVIH ; ▪ promotion de la prise en charge des PVVIH dans le cadre du FAP ; ▪ vulgarisation des textes de protection (milieu médical, du travail, CLLS); ▪ création de structures de suivi et appel pour le non respect des textes de protection 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication des leaders dans la promotion des droits des PVVIH ▪ Augmentation de la couverture des structures d'appui aux PVVIH et aux OEV 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la couverture effective du traitement ▪ % de personnes référées à des réseaux de supports par les médecins référents ▪ Augmentation du % de personnes déclarant connaître et être en faveur des textes de protection des PVVIH ▪ Augmentation du nombre de structures de soutien aux PVVIH ▪ Nombre de structures de suivi et appel pour les cas de non respect des textes ▪ Nombre de structures d'appui aux OEV ▪ Nombre de projets de base promouvant une attitude positive vis-à-vis des PVVIH ▪ Nombre de projets de base mettant en œuvre des actions de soutien et prise en charge surtout dans les zones à haut risque.
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dilution du leadership au fur et à mesure que l'on s'éloigne du sommet de l'organigramme de lutte contre les IST et VIH/SIDA; ▪ prolifération des projets de développement oeuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA, ayant leurs propres hiérarchies et procédures; ▪ confusion entre le décisionnel et le technique; ▪ verticalité des actions au niveau de chaque secteur; ▪ multiplicité des outils et l'éparpillement des données de planification et suivi dans les différentes institutions; ▪ absence de leadership et de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ amélioration des mécanismes de coordination à tous les niveaux (arrangements institutionnels et capacités, rôles et responsabilités des instances, ...) ▪ banque nationale de données disponible et opérationnelle ; ▪ cadre référentiel des activités des partenaires pendant la période considérée (POI budgétisé) ; ▪ dispositif opérationnel de suivi régulier du statut et de la dynamique de l'épidémie ; ▪ harmonisation de la structure de suivi-évaluation nationale (indicateurs, circuit de collecte des informations pour la détermination des indicateurs majeurs ▪ dispositifs à mettre en place pour assurer que les informations soient disponibles régulièrement ... ; ▪ allègement normatif des procédures ; ▪ renforcement du partenariat au niveau décentralisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision du PSN à traduire en un POI budgétisé ▪ Décentralisation de la programmation au niveau régional/district ▪ Implication de la société civile, y compris opérateurs privés dans la mise en œuvre des stratégies sectorielles ▪ Mise en place d'un système de suivi-évaluation unique ▪ Mise en place d'un système de rétro- 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PTA du SE/CNLS développés sur la base du POI et indiquant la contribution de chaque partenaire à la réalisation des activités ▪ POI révisé annuellement sur la base des données générées par le système de suivi et évaluation (fournies sous formes de rapports semestriels et annuels) ▪ Nombre d'opérateurs privés ayant intégré une programmation VIH/Sida (avec ou sans l'aide du FAP) ▪ Nombre de CRLS/CLLS opérationnels ▪ Nombre de SSD ayant développé un mécanisme de coordination des services (coordination intra-sectorielle et avec les CLLS)

INTERVENTIONS	OBSTACLES	AXES PROGRAMMATIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES	INDICATEURS DE PROCESSUS/RESULTATS
	<p>standardisation en matière de recherche et de formation;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ insuffisance de la participation des représentants de la société civile, y compris le faible engagement des opérateurs privés ▪ insuffisance de la participation PVVIH dans le processus de programmation de la réponse 		<p>information à tous les niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de projets régionaux d'intégration des services préventifs thérapeutiques et promotionnels pour la lutte contre les IST et VIH/Sida au niveau des districts ▪ Nombre de réunions de concertations et de missions de suivi technique conjointe sur le terrain ▪ Utilisation de la base de données en ligne
<p>MOBILISATION DES RESSOURCES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ absence de plan de mobilisation des ressources ▪ manque de dispositif règlementé permettant la gestion commune des ressources ; ▪ insuffisance d'outils opérationnels pour le suivi de l'utilisation des ressources; ▪ manque de recherche et étude sur le coût/efficacité des activités en vue de l'utilisation optimale des ressources disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ POI définissant financement disponible et manquant ; ▪ SIG opérationnel (dispositif de transparence) ; ▪ documentation des meilleures pratiques définies sur la base du coût efficacité et de l'impact ; échange d'expérience. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opérationnalisation des recommandations internationales dans la programmation ▪ Développement d'une stratégie de mobilisation des ressources financières ▪ Définition d'un plan de développement des ressources humaines et plaidoyer pour sa mise en oeuvre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation du financement disponible ▪ Nombre de communications sur l'expérience nationale dans les conférences régionales et internationales ▪ Nombre de publication sur l'expérience nationale dans des meilleures Pratiques de l'ONUSIDA ▪ Nombre d'activités de mobilisation de fonds privés organisées par le SE/CNLS avec les partenaires internationaux

**Partie III. IMPLICATION DES
ORIENTATIONS DU PSN
2007-2012 POUR LE PMPS II**

1. OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DU PROJET ET GRANDS INDICATEURS

Le PMPS s'inscrit dans le cadre défini par le PSN dont l'objectif général est de soutenir les efforts du Gouvernement de Madagascar pour promouvoir une réponse multisectorielle à la crise du VIH/Sida et de contenir la diffusion du VIH/Sida sur son territoire. Cet objectif s'articule autour de deux axes principaux : (i) réduire la prévalence des IST et VIH/Sida ; (ii) assurer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida. Étant donné la situation épidémiologique actuelle, le projet mettra l'accent sur les groupes vulnérables dans les zones à risque de diffusion rapide de l'infection.

L'atteinte de l'objectif de développement du projet sera mesurée par les grands indicateurs suivants :

Objectif de développement du projet	Indicateurs de résultats	Utilisation des données sur les résultats
<p>Soutenir les efforts du GdM pour promouvoir une réponse multisectorielle à la crise du VIH/Sida et contenir la diffusion du virus sur son territoire</p>	<p>Indicateur d'impact</p> <p>Baisse de 20% du taux de syphilis parmi les travailleurs du sexe</p> <p>Indicateurs de connaissances</p> <p>Augmentation du pourcentage des membres des groupes à haut risque (routiers, militaires, travailleurs du sexe) qui rejettent deux idées fausses majeures concernant la transmission du VIH/Sida, qui doit passer de 60% à 90% pour les routiers, de 78% à 90% pour les militaires, de 48% à 90% pour les travailleurs du sexe.</p> <p>Augmentation du pourcentage des membres des groupes à haut risque (routiers militaires, travailleurs du sexe) capables de citer trois méthodes de prévention du VIH/Sida, qui doit passer de 52% à 85% pour les routiers, de 48% à 85% pour les militaires, de 50% à 85% pour les travailleurs du sexe</p> <p>Indicateurs d'attitude</p> <p>Pourcentage des 15 - 24 ans qui n'expriment pas une attitude discriminatoire à l'égard des PVVIH (par âge et par sexe).</p> <p>Indicateurs de comportement</p> <p>Âge médian lors du premier contact sexuel parmi les 15-24 ans</p> <p>Pourcentage des 15-24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif dans leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois</p> <p>Pourcentage des hommes et des femmes de 15-49 ans déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois</p> <p>Pourcentage des travailleurs du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client</p> <p>Pourcentage des routiers et des militaires déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois</p> <p>Augmentation du pourcentage des travailleurs du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client de 76% à 90%.</p>	<p>Déterminer si la stratégie de communication visant un changement des comportements est efficace ou si elle doit être modifiée.</p> <p>Déterminer si la stratégie de ciblage (à la fois groupes à haut risque et communes chaudes) doit être changée.</p> <p>Obtenir des données pour les études d'évaluation d'impact.</p>

2. DESCRIPTION DES ACTIVITES DES COMPOSANTES DU PMPS

La structure du PMPS II est identique au PMPS I, si ce n'est l'addition d'une composante formalisant la collaboration avec le Secteur de la Santé, initiée par le premier projet. Le contenu de ces composantes renforce les activités mises en œuvre dans le cadre du PMPS I. Il promeut en outre leur intégration dans des cadres de planification opérationnels (stratégies et plans d'actions budgétisés) pour renforcer l'intégration sectorielle, la coordination et l'harmonisation des interventions des partenaires contribuant à la mise en œuvre des différents axes du Plan Stratégique National. Le PMPS étant conçu comme un fonds de dernier recours, les activités listées dans le cadre des volets des composantes du projet pourront être mises en œuvre par d'autres partenaires en tout ou partie, en fonction du financement disponible. Les modalités de mise en œuvre de ces activités par le PMPS seront donc précisées dans les Plans Annuels (sous activités budgétisées).

2.1 Composante 1 : Harmonisation et coordination des donateurs

Résultats intermédiaires de la composante	Indicateurs de processus/résultats	Utilisation du suivi des résultats	Sous composantes	Coûts indicatifs (en M USD)	% du Total
Coordination entre donateurs et partenaires concernant la stratégie nationale VIH/Sida	Le Plan stratégique national VIH/Sida est révisé et diffusé à la fin 2006.	Signale les retards dans la coordination entre donateurs et dans l'alignement du financement avec les plans sectoriels.	Harmonisation et coordination des donateurs	0,03	
	Les rapports annuels permettent d'identifier la contribution de chaque donateur, de façon cohérente		Actualisation du Plan stratégique national	0,1	
	Le plan national de communication est actualisé en fonction des recommandations de l'évaluation à mi-parcours.	Signale problèmes de mise en place et de fonctionnement des CLLS.	Exécution de la stratégie et du plan d'action Communication VIH/Sida/IST	1,3	
			Stratégies et plans d'action sectoriels	0,07	
				1,5	5%

Activités du volet 1 : Harmonisation et coordination des donateurs

- Développement d'outils de planification des interventions par : (i) des états des lieux documentant les acquis et leçons tirées de l'expérience dans la mise en œuvre de la réponse nationale ; (ii) un inventaire visualisant (cartographie) les interventions des partenaires pour chaque composante de la réponse nationale ; (iii) la mise à jour périodique de la base de données (accessible via un site web du SE/CNLS) ; (iv) le développement d'outils de planification pour le niveau central et périphérique ; (v) des inventaires des ressources disponibles pour la mise en œuvre de la réponse au niveau périphérique (ex : inventaire/localisation des ONGs, OCBs) ; (vi) l'élaboration d'un logiciel permettant de mettre en évidence la contribution exacte (en montant et en activité) de chaque partenaire technique et financier.
- Renforcement de l'échange d'information par : (i) l'identification de points focaux du SE/CNLS pour les composantes de la réponse nationale et leur mise en réseau internet (ADSL) pour communiquer avec les partenaires ; (ii) l'établissement d'un site web qui permettra le partage des informations entre tous les partenaires ; (iii) des ateliers de

travail avec les partenaires ; (iv) la mise en place d'un Centre d'Information et Documentation du CNLS centralisant les données sur le programme national de lutte contre les IST/VIH/Sida (y compris les documents relatifs aux projets, études/recherches, etc.).

- Fonctionnement des structures de coordination par : (i) l'élaboration d'un plan de travail annuel indiquant les résultats attendus et le financement de chaque partenaire à la réalisation de ce plan ; (ii) des rapports semestriels de suivi du PMPS utilisant des formats qui renforceront le respect des Trois Principes et qui seront convenus avec les partenaires; (iii) l'établissement de rapports annuels rendant compte des progrès dans la réponse et de l'utilisation des fonds de chaque bailleur en toute transparence (visualisation de la part respective de chaque bailleur, voir les gaps de financements, résultats par projet).
- Audit institutionnel interne et externe du SE/CNLS, destiné à réorganiser sa structure pour une approche programme de la planification de la réponse nationale, tout en assurant une gestion transparente des projets placés sous exécution nationale.

Activités du volet 2 : Actualisation du Plan Stratégique National

- Révision du cadre stratégique national (PSN) et traduction du PSN révisé en un plan d'opération intégré pour la période 2007-2012, réconciliation des programmes des partenaires avec les axes stratégiques du PSN révisé et mise à jour du plan de financement identifiant la disponibilité et distribution de fonds par les diverses agences, y compris le Gouvernement de Madagascar.
- Développement de projet multi-financement dans un champs programmatique d'intérêt commun (par exemple, gestion des déchets médicaux), en direction d'un groupe cible commun (par exemple, les militaires) ou dans une zone géographique commune d'intervention en utilisant le financement de la Banque Mondiale comme ressource de dernier recours, pour promouvoir une approche programme de la réponse.
- Appui au renforcement de la planification de la réponse nationale au niveau des régions (CRLS), au niveau des districts et au niveau local, en priorité dans les districts et communes à risque.
- Evaluation des besoins des orphelins et les autres enfants vulnérables (OEV) du pays : (i) identifier les différents catégories groupes cibles ; (ii) établir un inventaire des services officiels ou non qui répondent actuellement à leurs besoins ; (iii) établir les profils types des familles les lus à même actuellement de les accueillir ou de les adopter ; (iv) analyser les problèmes particuliers posés par la prise en charge des OEV dans le cadre des communautés et sur la base de cette évaluation, déterminer les politiques et les programmes qu'il est le plus urgent de mettre en œuvre.
- Révision des normes et directives actuelles régissant les établissements publics et privés pour les orphelins et enfants abandonnés et création d'un réseau et des services d'assistance technique pour tous les programmes nationaux OEV (un comité de pilotage pour les OEV est déjà en place).

Activités du volet 3 : Exécution de la stratégie et du plan d'action communication IST/VIH/Sida

- Redynamisation du comité technique « communication » et appui à la mise en œuvre du plan de coordination qui sera développé dans ce cadre : inventaire/revue des supports IEC disponibles, développement d'un plan de production, etc.
- Recherches pour (i) identifier les raisons du décalage entre l'offre et la demande de soins existants (offre de dépistage, de préservatifs, de soins des IST et bientôt de prise en charge thérapeutique des PVVIH) et développement de stratégies de communication pour lever ces obstacles ; (ii) évaluer l'impact des stratégies de promotion du préservatif (en soutien au circuit de distribution privé via le marketing social, la distribution dans les formations sanitaires publiques et la Distribution à Base Communautaire appuyée par les ONG) en termes d'utilisation des préservatifs ; (iii) revoir les indicateurs retenus dans les études comportementales pour faire la distinction entre la surveillance comportementale et les données CAP nécessaires à la planification des interventions de communication et évaluer l'effet des interventions de communication sur les facteurs sous-tendant les changements d'attitudes et de comportements.
- Mise à jour de la stratégie nationale de communication et développement de plans d'action spécifiques (contenu et plans de campagnes de communication ciblés) pour : (i) la réduction de la stigmatisation et discrimination des PVVIH parmi le personnel de la santé et le grand public ; (ii) l'augmentation de la demande pour les différents services cliniques IST et VIH/Sida par les groupes les plus vulnérables et la population générale des zones à risque ; (iii) promouvoir l'abstinence, fidélité et utilisation du préservatif dans les rapports sexuels à risque dans la population générale.
- Développements de supports IEC et mise en œuvre de campagnes (communication de masse et proximité) au niveau national et périphérique pour (i) la promotion des préservatifs (rendue moins agressive) ; (ii) la réduction de la stigmatisation des PVVIH ; (iv) le diagnostic et prise en charge des IST ; (v) le dépistage du VIH.
- Développement et mise en œuvre d'un programme de plaidoyer (y compris événements spéciaux, actions de visibilité, voyages d'études) pour intensifier l'implication des leaders nationaux/locaux dans la lutte contre les IST et VIH/Sida.
- Développement et mise en œuvre d'un programme de renforcement des capacités en (i) communication par les médias de masse pour le changement de comportement (utilisation des techniques de marketing/publicité) et (ii) communication interpersonnelles des leaders locaux (tels que responsables des communautés, personnel soignant, enseignants et associations d'enseignants) et des réseaux informels influents pour intensifier la communication de base.
- Appui à l'augmentation de la couverture des Unités Mobiles de Vidéo et radio manivelles par des mesures telles le recrutement et la formation des gestionnaires UVMs ; le recrutement de prestataires chargés de l'encadrement des groupes d'écoutes et du suivi de la collaboration avec les radios locales ; production et multiplication de supports de communication selon les groupes cibles (films, spots, guides du facilitateur); acquisition des équipements, transports et autres.

Activités du volet 4 : Stratégies et plans d'action sectoriels

- Appui technique pour (i) l'évaluation de « l'efficacité » et de « l'impact » du soutien reçu du PMPS par les grands ministères d'exécution et des administrations publiques dans le domaine du VIH/Sida ; (ii) l'analyse des capacités des institutions concernées pour une intégration effective d'un programme VIH/Sida.
- Appui à l'intégration de la programmation VIH/Sida dans les secteurs vulnérables par (i) la dynamisation des groupes stratégiques sectoriels mis en place dans le cadre du PMPS 1 ; (ii) la dynamisation du Comité Technique Multisectoriel (CTM), une structure chargée de la coordination inter-ministérielle, pour une intégration effective des composantes de la réponse nationale dans les secteurs concernés ; (iii) des études de besoin des secteurs vulnérables ; (iv) des études d'impact prévisibles du VIH/Sida et développement de projets notamment le plaidoyer pour la mise en œuvre de mesures de pérennisation.
- Appui aux entreprises industrielles et commerciales (ex : nouvelles industries minières) pour la prise en compte de l'impact des IST/VIH/Sida dans leur planification et la mise en place des services cliniques contre les IST ainsi que des services de prévention/éducation contre le VIH.

2.2 Composante 2 : Soutien a la réponse du secteur santé

Résultats intermédiaires	Indicateurs de produits/résultats pour chaque Volet	Utilisation du suivi des résultats	Sous composantes	Coûts indicatifs (en M USD)	% du Total
La capacité du secteur de la santé à fournir effectivement les soins et le soutien aux PVVIH est renforcée	Nombre de kits IST distribués ou vendus à travers les canaux publics et privés par an	Signale les retards de l'alignement du financement avec les plans du secteur de la santé.	Soutien à la maîtrise des IST	1,5	
	Nombre de préservatifs distribués et vendus par les programmes publics et par les ONG par an		Soutien aux soins et traitements des PVVIH	1,4	
	Les directives pour le traitement par ARV sont adéquates et appliquées	Permet le suivi des flux de marchandises (de l'achat à la distribution).	Autres actions de réponse du secteur de la santé	0,6	
				3,5	10%

Activités du volet 1 : Soutien à la maîtrise des IST

- Mise en place d'un Groupe de Travail chargé de la Planification Stratégique de la Lutte contre les IST , évaluation du caractère opérationnel et impact des activités menées en matière de lutte contre les IST (surveillance, diagnostic/dépistage, supervision, contrôle de la qualité, traitement, surveillance de la résistance des germes aux médicaments utilisés), développement d'un plan d'action budgétisé pour le renforcement de la prise en charge des IST en vue du contrôle de l'épidémie du VIH/Sida et d'une éradication de la syphilis.
- Recherche d'un schéma thérapeutique simple, susceptible d'être mieux utilisé par le patient et d'un rapport coût-efficacité, appui au développement de kits IST alternatifs/complémentaires, inscription des kits IST dans la liste des médicaments essentiels, et dotation de trousse de traitement des IST subventionnées pour les

établissements de soin du secteur public et privé des zones à risque à travers la SALAMA ou autre modalité pour prévenir les délais éventuels.

- Développement de matériel de formation, formation des prestataires de soins médicaux publics et privés à l'approche syndromique et mise en place d'un système de renforcement des capacités des agents de santé à travers les supervisions formatives.
- Finalisation de la stratégie de distribution des préservatifs pour : (i) assurer une complémentarité entre le circuit de distribution privé via le marketing social, le circuit de distribution dans les formations sanitaires publique et la Distribution à Base Communautaire (DBC) appuyée par les ONG; (ii) définir les modalités de la distribution gratuite des préservatifs (pour qui, où, comment); (iii) coordonner la distribution du préservatif avec sa promotion.
- Appui au gouvernement dans l'intégration du dépistage de la syphilis congénitale dans le programme actuel de lutte contre les IST/VIH/Sida et promouvoir le dépistage prénatal de la syphilis dans le cadre Maternité Sans Risque en même temps que la PTME du VIH. Il est très important pour les agences dont la mission est axée sur la femme et l'enfant (UNICEF, OMS, UNFPA ...) d'être des participants actifs et de continuer à promouvoir des systèmes de distribution efficace des médicaments. Le système actuel ne permet pas encore une distribution efficace des médicaments essentiels contre les IST dans le secteur public. Des évaluations provisoires de la distribution des médicaments sont justifiées, mais elles doivent être financées et appuyées.
- Dotation d'équipement et/ou consommables (test RPR, réactifs) et formation à l'usage de ces tests pour les CSB2 dans le cadre du programme de dépistage systématique des femmes enceintes et de leur partenaire durant les consultations prénatales. Il en sera de même pour les centres de santé publics et de la société civile (ONG) offrant des soins aux groupes les plus vulnérables.
- Financer des études de pharmacorésistance, des évaluations de programmes et un développement et un contrôle de la qualité/un suivi de l'assurance de la qualité des systèmes de laboratoire (s'assurer l'emploi approprié des médicaments utilisés dans le cadre de l'approche syndromique pour comprendre les tendances et ajuster en conséquence les algorithmes nationaux).
- Assurer le financement et un appui technique à des études pilotes ou à des programmes qui font la promotion de la lutte contre les IST au sein des TdS et importantes « populations relais » du VIH, telles que leurs clients, les hommes mobiles (militaires, routiers, marins et mineurs) en mettant l'accent sur la qualité des services, avec des services disponibles dans des zones de haute transmission et des taux de couverture élevés.

Activités du volet 2 : Soutien aux soins et traitements des PVVIH

- Dynamisation des comités techniques pour la prise en charge des PVVIH à travers : (i) l'examen des implications de la prise en charge médicale des PVVIH au niveau du système de soins (bilan et suivi biologique, diagnostic et traitement des infections opportunistes, observance, etc.), (ii) la définition du plateau technique nécessaire à chaque niveau de la pyramide sanitaire, en tenant compte des zones à haute prévalence du VIH/Sida, (iii) le choix en matière d'équipement pour le dépistage et suivi biologique et thérapeutique des PVVIH ; (iv) la définition des modalités de renforcement du suivi des activités des

prescripteurs ARV et la mise en place d'un système de pharmacovigilance ; (v) la validation des outils normatifs.

- Evaluation du suivi dans le traitement pour identifier les blocages (par exemple, circuit complexe entre lieux de suivi biologique et prise en charge psychosociale, disponibilité des médicaments), et instaurer un système de gestion pour un approvisionnement régulier des tests, ARV et médicaments pour les IO dans les sites de traitement avec mesures d'accompagnements pour faciliter l'observance et faire face aux ruptures de stocks éventuelles.
- Extension/renforcement des sites de traitement des PVVIH en province, en soutenant l'installation d'un second site prescripteur à Antsiranana (où la prévalence du VIH est élevé) et le renforcement des centres de référence de Toliara et Antsiranana avec l'appui technique de l'association Solthis, et celui de Mahajanga, avec l'appui du programme Esther.
- Calculs des implications financières d'une politique éventuelle de subvention totale ou partielle de la prise en charge des PVVIH, en fonction des prévisions de ressources nationales et internationales afin de documenter la décision quant à la stratégie de prise en charge financière des traitements et soins des PVVIH (ARV, IO, compléments alimentaires, suivi biologique).
- Révision (i) du guide de prise en charge des PVVIH pour le traitement ARV, conformément au protocole national et le bilan pré-thérapeutique et de suivi biologique des PVVIH, en tenant compte du contexte sanitaire, des recommandations internationales pour les pays à ressources limitées et des nouveautés en matière de traitement ; (ii) de l'algorithme de diagnostic utilisant les différents tests rapides en veillant à sa faisabilité dans le contexte d'une extension des sites CTV et de la décentralisation des centres de traitement au niveau des régions.
- Développement d'une stratégie opérationnelle d'intégration/extension dans les zones à haut risque de services complémentaires : (i) l'extension des CTV à tous les hôpitaux de districts et aux centres de santé de base de niveau 2 (CSB2) dans les zones à haut risque⁹ ; (ii) la référence pour le diagnostic/dépistage des IST ; (iii) un soutien psychologique, social et nutritionnel des personnes vivant avec le VIH/Sida ; (iv) le traitement et le suivi des PVVIH (traitement ARV, numération des CD4, diagnostic et traitement des maladies opportunistes) ; (v) la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ;
- Mise en place d'une formation nationale des médecins prescripteurs ARV adaptée au contexte malagasy et suivant les recommandations internationales et un système d'accréditation malagasy (par ex : formation à Madagascar avec une assistance technique internationale...).
- En complément du financement du Fonds Mondial, (i) rénovation des centres de CTV situés dans des établissements de soins existants ; (ii) dotation en tests de dépistage, médicaments pour les infections opportunistes et ARV retenus dans les protocoles standardisés ; (iii) renforcement de la capacités des laboratoires pour le suivi des PVVIH en équipant d'abord les centres hospitaliers régionaux à haut risque avec un plateau

⁹ Parallèlement à la reconstruction et la réhabilitation de 300 centres de santé, une évaluation des besoins globaux a été récemment menée au niveau du district (premier niveau de référence). Ceci fournit l'information nécessaire permettant de prioriser la création des centres de CTV et le renforcement des laboratoires de diagnostic.

technique de base (automates à numération formule sanguine, et les transaminases) et les centres de référence d'Antananarivo et de Mahajanga (compteur de CD 4).

- Mise en place d'un centre modèle de référence qui serait à la fois un centre national de formation, de prise en charge et de soins spécifiquement VIH ; ce centre pourrait être une structure de soins ambulatoires avec un hôpital de jour.
- Renforcement du réseau communautaire de soutien aux PVVIH par l'extension en périphérie des antennes d'ONG s'occupant du soutien psychosocial.
- Développer la partie nutrition et VIH/SIDA de la politique nationale de nutrition en mettant l'accent sur la nutrition des femmes enceintes séropositives et des enfants nés de mères séropositives.

Activités du volet 3 : Autres actions de réponse du secteur de la santé

- Etat des lieux du système d'approvisionnement des médicaments pour la composante liée aux IST/VIH/Sida et mise en œuvre de mesures correctives, avec au besoin un audit de la SALAMA.
- Révision de la stratégie de prévention des IST et VIH/Sida, en définissant notamment le paquet minimum d'activités aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les modes de coordination intra-ministérielle ou intrasectorielle aux différents niveaux, et le système de suivi.
- Appui aux régions pour le développement et mise en œuvre de projets décentralisés pour le renforcement de la lutte contre les IST et le VIH/Sida, en favorisant l'intégration des services promotionnels et cliniques et les mesures propres à assurer la couverture des zones et populations vulnérables.
- Développement d'une stratégie pour la sécurité transfusionnelle.
- Mise en œuvre de programmes de formation spécifiques aux précautions universelles pour chaque catégorie de personnel des divers types d'établissements de soins de Madagascar non couverts par les autres donateurs et dotation en parallèle des kits de prophylaxie post exposition et des équipements pour la gestion des déchets des établissements de soins et sécurité des injections.
- Evaluation des indicateurs d'Accessibilité, Disponibilité, Utilisation et Couverture des services cliniques IST - VIH/Sida, du système de supervision et suivi des performances de ces services et de l'utilisation de l'information pour orienter les interventions et développement et appui à la mise en œuvre d'un plan d'action pour assurer un suivi régulier de la mise en œuvre des composantes cliniques au niveau des structures sanitaires dans une perspective d'intégration, utilisation de l'information sanitaire, et en cohérence avec les outils et mécanismes de suivi existants du système de la santé.
- Restructuration en vue du renforcement des capacités du LNR pour optimiser les appuis par la coordination des interventions en matière de surveillance biologique, contrôle de qualité et recherche biomédicale et soutien à la mise en œuvre des composantes non financées par les partenaires.

2.3. Composante 3 : Fonds d'appui pour la prévention des IST/VIH/Sida et prise en charge des PVVIH

Résultats intermédiaires	Indicateurs de produits/résultats pour chaque Volet	Utilisation du suivi des résultats	Domaines d'intervention	Coûts indicatifs (en M USD)	% du Total
Les projets de base promeuvent un changement des comportements et mettent en œuvre des actions de soutien et de prise en charge surtout dans les zones à haut risque.	Environ 75 % des fonds du FAP ont été alloués aux zones à haut risque	Signale les problèmes de déploiement des actions au niveau des communes. Indique si le ciblage des messages et/ou les besoins de distribution doivent être modifiés.	Fonds pour la prévention des IST/ et du VIH/Sida et la prise en charge des malades :		
	Nombre de CLLS réalisant et suivant leur PLLS mensuellement.		- Gestion du Fonds	2,0	
	Nombre de bénéficiaires atteints par groupes		- Financement des projets de base)	14.5	
	Nombre d'organisations communautaires de base (OCB) bénéficiant d'un développement de capacité IST/VIH/Sida de la part des OF (ONG facilitatrices)			16.5	55%

Activités du volet 1 : Gestion du Fonds

- Financement d'une agence indépendante (l'Agence de Gestion Financière, AGF) pour gérer le Fonds d'Appui à la Prévention (FAP) qui sera doté de 9 bureaux inter-régionaux, à localiser dans les régions à risque et formation des AGF en VIH/Sida et dans ce cadre, établissement par l'AGF d'une base de données des coûts unitaires adaptée aux contextes régionaux.
- Financement d'un organisme de facilitation par région pour rapprocher l'encadrement du terrain (appui aux OCB pour l'organisation des actions de prévention des IST et du VIH/Sida et de prise en charge des malades et supervision des projets de base). Les OF bénéficieront pendant au moins deux ans d'un renforcement de capacité de la part d'ONG internationale rompue dans le domaine de la réponse locale.
- Renforcement de la coordination et synergie entre les structures d'appui décentralisées (BCIR, AGF, OF, UCR/CT, CLLS et création d'un interface système de santé/réponse locale au niveau régional et du district pour une meilleure adéquation entre la demande et la fourniture des services cliniques - stratégie fixe et avancée -).
- Analyse coût/efficacité à priori pour identifier les actions éligibles pour les projets de base qui risquent d'être les plus efficaces pour atteindre les buts visés (connaissances et comportements) dans les zones à haut risque.
- Mise à jour/développement d'outils de planification et de suivi de la réponse locale : (i) liste des activités standards pouvant prétendre au financement du fonds pour l'adapter aux capacités des OCB ; (ii) élaboration d'un second menu « réduit » pour répondre aux besoins des zones à plus faible risque ; (iii) révision du tableau de saturation développé pour optimiser la répartition géographique des interventions et le ciblage des populations vulnérables pour l'adapter au niveau des CLLS ; (iv) révision du CAC, (v) développement de matériels de formation des CRLS, SSD, CLLS, AGF, OF, OCB/Associations ; (v) outils de suivi de la réponse locale pour les différents niveaux.

Activités du volet 2 : Financement des projets de base

- Financement de sous projets soumis par la société civile en : (i) distribution de préservatifs au moyen d'un marketing social et d'une distribution promotionnelle ; (ii) activités de communication à l'échelle locale, qui passeront de la diffusion de la connaissance générale de l'épidémie à la communication visant à modifier les comportements ; (iii) soutien aux PVVIH telle que les soins à domicile, les associations de PVVIH et autres types d'aides existantes ; (iv) programmes pour les orphelins et les enfants vulnérables ; (v) activités permettant d'augmenter dans les groupes à risque la demande des services liées au VIH/Sida ; (vi) formation d'éducateurs et de conseillers pairs au niveau des communautés ; (puisqu'accompagné) activités visant à réduire la stigmatisation et la discrimination frappant les PVVIH ; (viii) programmes VIH/Sida sur les lieux de travail publics et privés (allocation de 75% des ressources du fonds aux communes à risque qui seront identifiées à travers la cartographie du risque
- Financement de sous projets spécifiques en directions des OEV, des TdS, etc. par des ONG ayant démontré leurs compétences).

2.4 Composante 4 : Système de suivi et évaluation

Résultats intermédiaires	Indicateurs de produits/résultats pour chaque Volet	Utilisation du suivi des résultats	Domaines d'intervention	Coûts indicatifs (en M USD)	% du Total
Le système de S-E du PMPS fournit des données qui sont utilisées pour orienter les décisions de programmation et de financement	Le plan d'exécution annuel reflète les recommandations du Rapport annuel consolidé	Détermine l'utilisation des données pour la gestion du PMPS et la prise des décisions. Suit la communication des données vers les niveaux inférieurs où l'utilisation des données est faible.	Suivi	1,20	
			Recueil des données épidémiologiques	1,20	
			Études d'impact /évaluation	0,5	
				2,9	10%

Activités du volet 1 : Suivi

- Révision du système de gestion des informations (SIG) pour en faire un outil de gestion des informations cohérent et unifié en : (i) remédiant aux difficultés découlant de la non automatisation de certains éléments et du non fonctionnement du système comme un ensemble intégré (intégration des différents modules composite du SGI I dans une plateforme logicielle commune) ; (ii) résolvant les problèmes corollaires concernant le flux des données, notamment les retards dans la remise des données (particulièrement en ce qui concerne le module opérationnel du plan) ; (iii) adaptant les sous-systèmes pour y inclure les grands indicateurs de performance et activités du nouveau projet ; (iv) éliminant les duplications dans le système de comptabilité ; (v) regroupant les données financières et opérationnelles concernant le projet.
- Renforcement des capacités de l'Unité de Suivi et Évaluation, par (i) le recrutement d'un troisième spécialistes S-E (ou un consultant engagé à long terme) pour effectuer des analyses spatiales des données en utilisant un système d'information géographique ; (2) la dotation de personnel de suivi-évaluation à chaque BCIR pour guider la mise en œuvre du système de S-E au niveau sous-régional, en assurant un recueil de données de bonne qualité au niveau local et la vérification de la qualité des projets de base par des visites périodiques sur place.

- Développement d'un système de rétro-information aux partenaires aux différents niveaux : (i) réunions semestrielles du personnel régional chargé du Suivi et évaluation avec le personnel régional chargé de la coordination afin de promouvoir l'utilisation des données de sortie pour les décisions administratives du projet ; (ii) mécanisme de feedback de l'UCR/CT vers la région (CRLS à créer) et à partir de la région, vers les SSD et les CLLS ; (iii) rapports trimestriels, semestriels et annuels de suivi du projet ; (iv) ateliers de démultiplication pour communiquer les données du suivi au Forum des partenaires sous la forme des rapports trimestriels, semestriels et annuels, avant leur mise en œuvre, et afin d'utiliser régulièrement les informations du Suivi et Évaluation dans les décisions relatives au programme.
- Développement des indicateurs, outils et mécanismes de supervision et suivi de la pertinence et de la mise en œuvre de la réponse dans les régions pour assurer l'augmentation de l'utilisation des préservatifs et services cliniques IST - VIH/Sida dans les secteurs vulnérables et les communes à risque.
- Révision du Plan national de Suivi-Évaluation (S-E) et développement/appui à la mise en œuvre de la feuille de route pour son opérationnalisation : intégration des indicateurs utilisés par les partenaires, révision de la méthodologie de collecte et analyse des données (enquêtes et routine) et budgétisation des activités de Suivi et Evaluation.

Activités du volet 2 : Recueil des données épidémiologiques

- Recueil des données disponibles sur le statut et dynamique de l'épidémie à Madagascar pour les valider et identifier les données manquantes pour un suivi de la dynamique spatiale et temporelle de l'épidémie et études de projection de son impact sur les secteurs vulnérables.
- Création d'une base de données épidémiologiques, cliniques et biologiques IST et VIH/Sida : choix des données, procédures de validation, procédures de mise à jour semestrielle, procédures de mise en ligne via le site web du CNLS.
- Développement d'un système de renforcement de la surveillance épidémiologique des IST, TB et VIH/Sida, y compris la surveillance de seconde génération (biologique et comportementale), en tenant compte des structures et outils de gestion existants, dans une perspective d'assurance et contrôle de la qualité et d'amélioration du suivi de la dynamique spatiale et temporelle de l'épidémie.
- Contribution au financement du système de surveillance de seconde génération et d'autres enquêtes démographiques et études à grande échelle, notamment des enquêtes tous les deux ans sur les comportements des groupes à haut risque (travailleurs du sexe et leurs clients, routiers, militaires et jeunes) et des enquêtes annuelles de suivi de la clientèle des dispensaires prénataux (femmes enceintes, patients IST et travailleurs du sexe), y compris l'étude de séroprévalence chez les femmes enceintes, l'enquête 2008-2009 de population et santé et des enquêtes ponctuelles jugées pertinentes pour le Suivi et Evaluation du programme.

Activités du volet 3 : Études d'impact /évaluation

- Etudes d'impact : (i) enquêtes annuelles pour mesurer l'impact propre du projet dans les zones à haut risque du projet au moyen d'un traitement LQAS (méthode de *l'échantillonnage par lots pour assurer la qualité*) ou toute autre méthode de collecte et analyse de données qualitatives sur un sous-ensemble d'indicateurs clé des performance du projet ; (ii) deux études de « baseline » et impact pour évaluer l'efficacité des interventions de prévention ou traitement réalisées par le projet, après validation par GAMET de leur méthodologie.
- Création d'une base de données distincte pour regrouper toutes les données concernant les résultats et les impacts¹⁰ à exporter et intégrer au SIG.
- Rapport annuel « Résultats et Réorientations Stratégiques », à soumettre à la Banque Mondiale et au Forum des partenaires et comportant : (i) une analyse des données générées et des études effectuées au cours de l'année et (ii) des recommandations pour d'éventuelle réorientations du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ou du PMPS II, sur la base des résultats des analyses techniques.

2.5 Composante 5 : Gestion de projet

Résultats intermédiaires	Indicateurs de résultats pour chaque Volet	Utilisation du suivi des résultats	Sous composante	Coûts indicatifs (en M USD)	% du Total
La capacité des coordinateurs régionaux à gérer le projet VIH/Sida est accrue.	Le plan de développement de capacité est établi et mis en œuvre progressivement	Signale les problèmes relatifs aux efforts pour développer les compétences au niveau régional.	Gestion du projet	2,5	8%

Activités du volet 1 : Gestion du projet

- Appui à l'extension en personnel et les coûts de fonctionnement des Bureaux de Coordination Intér-Régionaux (BCIR) pour leur donner une plus grande responsabilité dans la supervision des projets de base. Mis à part l'appui aux CTR à travers la supervision et le suivi de la mise en œuvre des plans, leurs termes de référence incluront l'appui à la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/SIDA en milieu de travail, notamment dans les grandes entreprises, et l'intégration du VIH dans les grands projets de développement (ex PSDR, PIC, MCA, ...).
- Révision des dispositifs institutionnels pour le Programme national VIH/Sida et le PMPS II qui sont complémentaires, dans une optique de conformité aux Trois Principes de gestion de l'épidémie de VIH/Sida, selon lesquels une démarche commune pour la gestion de l'épidémie est considérée comme le moyen le plus cohérent et le plus économique de contenir le virus.
- Mise en œuvre du plan d'action établi dans le cadre de l'Évaluation de la capacité de passation des marchés de l'UGP/PMPS : (i) amélioration de l'organisation de l'enregistrement des documents relatifs aux marchés, notamment dans les bureaux

¹⁰ Les indicateurs des niveaux d'impact seront contrôlés sur la base des données épidémiologiques et comportementales en provenance d'autres enquêtes.

régionaux ; (ii) sessions de formation à la passation des marchés pour le personnel du projet et (iii) audit annuel des états financiers du projet par des commissaires aux comptes indépendants et qualifiés.

- Appui au renforcement des compétences du personnel technique chargé d'appuyer la mise en œuvre des composantes du PMPS II.

3. ARTICULATION DES COMPOSANTES DU PMPS II

La complémentarité entre les cinq composantes du projet s'articule de la manière suivante :

- La première et la quatrième composante du projet se complètent pour opérationnaliser les trois principes propres à favoriser une coordination effective des partenaires. Le volet communication crée un environnement favorable à la mise en œuvre de l'ensemble des activités du projet et promeut la demande pour les préservatifs et services cliniques IST et VIH/Sida fournis dans le cadre de la composante 2.
- La seconde composante du projet complète la première par le renforcement de l'intégration du VIH/Sida comme programme compréhensif au sein du secteur santé, y compris le développement d'instruments normatifs et l'élaboration de stratégies opérationnelles pour l'harmonisation et coordination des interventions dans le cadre de la réponse clinique aux IST et VIH/Sida.
- Les activités financées dans le cadre du FAP complète les activités de communication développées dans le cadre de la première composante du projet (orientée vers la planification stratégique et l'utilisation des media de masse et proximité) à travers la communication interpersonnelle mise en œuvre par les promoteurs. Les sous projets financés au titre du FAP permettent également d'impliquer les opérateurs des sous-secteurs vulnérables (privé, société civile) dans l'opérationnalisation des stratégies sectorielles (composante 1). Ce faisant, la composante trois donne un contenu opérationnel au PLLS qui est la traduction locale du PSN, (composante 1). Enfin, à travers le renforcement des capacités de planification, suivi et supervision de la réponse locale, elle renforce l'effort de décentralisation des structures nationales pour une gestion de la réponse nationale (composante 5).
- A travers le renforcement du suivi de la dynamique de l'épidémie et de l'adéquation de la réponse au contexte épidémiologique, la quatrième composante du projet complète la première, la seconde et la troisième composantes du projet, en leur fournissant un principe de base de planification et coordination des intervention. Les analyses des actions et résultats obtenus à travers les sous projets prioritaires et les actions de recherche et d'études spécifiques de cette composante, guideront la définition des meilleures pratiques sectorielles et apporteront les grandes orientations à l'évolution du Plan Stratégique National (composante 1).
- Le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion des structures nationales et des organismes chargés de la mise en œuvre et de l'exécution des activités assureront une plus grande efficacité et une pérennisation de l'ensemble du Projet, à travers l'adoption d'une approche programme et l'effort de décentralisation de la réponse au niveau périphérique (composante 1). La dotation de personnel de Suivi et Évaluation dans les Bureaux de coordination régionale, qui seront chargés de vérifier l'exactitude des données du suivi, de suivre la qualité des projets de base par des visites périodiques sur place et de communiquer les données pertinentes aux partenaires régionaux, permettront de renforcer le système de suivi (composante 4).

La complémentarité des 4 composantes du PMPS s'établira donc à deux niveaux complémentaires :

- au niveau central, par (i) le développement de cadre stratégiques d'intervention pour harmoniser et coordonner les activités sectorielles, en promouvant une approche programme ; (ii) la disponibilité des données nécessaires au pilotage de la réponse nationale et à la prise de décision en matière de stratégie nationale ; (iii) l'appui à la mise en œuvre des activités gérées à ce niveau.

- au niveau périphérique, par (i) le renforcement de la capacités des structures et institutions concernées à la gestion du projet dans sa composante locale, dans une optique de décentralisation à moyen terme de la planification et suivi de réponse nationale à son niveau effectif de mise en oeuvre ; (ii) le renforcement de l'implication de la société civile dans la demande pour et réponse aux IST et VIH/Sida.

Partie IV. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS

Les instances institutionnelles concernées par la mise en œuvre du PMPS sont le CNLS, le SE/CNLS et l'UGP/PMPS. Ces instances sont présentes au niveau central, provincial ou inter-régional et communal. Comme indiqué dans le tableau suivant, le CNLS est décentralisé au niveau provincial (CPLS) et local (CLLS). Le CPLS sera bientôt décentralisé en CRLS. Le SE/CNLS est décentralisé au niveau inter-régional (BCIR) et régional (UCR/CT). L'UGP/PMPS est décentralisée au niveau inter-régional *via* l'AGF, au niveau régional *via* les OF et au niveau local, *via* organismes de mise en œuvre des sous projets du FAP, les promoteurs (Associations et OCB).

Niveaux administratifs	CNLS	SE/CNLS	PMPS
Central	Conseil	SE/CNLS	UGP/PMPS
Provincial/inter-régional	(CPLS)	BCIR	AGF
Régional	Bientôt CRLS	UCR/CT	OF
Commune	CLLS		Promoteurs

1. LE COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (CNLS)

Le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (CNLS) représente le dispositif institutionnel pour le Programme national VIH/Sida. Sa mission est double : coordonner la lutte contre le Sida et guider l'exécution du Plan stratégique national. Le CNLS et ses instances représentatives au niveau provincial et local (CPLS, CLLS) ont été créés par décret en octobre 2002 et sont directement rattachés à la Présidence de la République. A chaque niveau, ces instances sont constituées des parties prenantes de la lutte contre le Sida, notamment des représentants du Gouvernement, des malades (PVVIH), d'ONG, du secteur privé, et d'organisations religieuses et communautaires.

1.1 Niveau central

Le Conseil national de Lutte contre le Sida est composé de représentants de diverses institutions publiques et privées, ainsi que de la société civile. Ses membres ne peuvent pas dépasser 70. Une représentation régionale des institutions décideurs et une représentation nationale des institutions possédant des structures nationales et régionales ont été tenues en compte. Il a été stipulé également que les autres entités d'envergure nationale non prévues par le décret peuvent être admises à avoir des représentants au sein du CNLS, si leur demande est acceptée par la majorité des membres du CNLS. Le CNLS est présidé par le Président de la République. Il se réunit en session ordinaire au moins deux fois par an, sur convocation de son Président. Le Bureau du CNLS, composé du Président, des vice-présidents (Le Premier Ministre, Le Ministre de la Santé et Un représentant de la Société civile) et du Secrétariat (Secrétaire Exécutif) assure les activités du CNLS durant les intercessions.

Le CNLS a pour mission principale de veiller à l'atteinte des objectifs du PSN, à travers les domaines suivants : (i) Orientation politique et stratégique : donner une orientation politique et stratégique générale suivant les résultats définis du PSN ; promouvoir des actions de plaidoyer ; valider les programmes ; assurer l'intégration de la lutte contre le VIH/Sida dans les programmes de développement ; assurer l'évaluation de la lutte contre le VIH/Sida ; valider le rapport annuel sur la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar ; (ii) Mobilisation de ressources : proposer au Président de la République un programme de mobilisation de toutes les entités nationales et internationales pour les activités de lutte

contre le VIH/Sida ; développer et promouvoir le partenariat avec la Société Civile, les ONG et les bailleurs de fonds ; (iii) Environnement institutionnel : assurer la protection des droits et intégrer le VIH/Sida dans les instruments juridiques existants (code de travail, code de santé, ...) ; promouvoir la recherche et la diffusion d'informations scientifiques.

1.2 Niveau provincial et bientôt régional

Le Comité Provincial de Lutte contre le VIH/Sida (CPLS) a été créé auprès de la Délégation Spéciale de Province par le décret portant sur la création du CNLS. C'est un organe consultatif ayant pour mission d'assurer une meilleure efficacité de la lutte multisectorielle contre le VIH/Sida. Le CPLS est composé de 40 membres au maximum. A ce titre, il représente les différentes institutions publiques et privées, ainsi que de la société civile auprès de la province. Le CPLS se réunit en session ordinaire une fois par semestre, et en session extraordinaire autant que de besoin, et sur convocation de son Président. Il est présidé par le Président de la Délégation Spéciale, qui a comme vice président le Directeur Provincial de la Santé, et comme secrétaire permanent le Directeur du Bureau de Coordination Provinciale. Il est chargé de : (i) faire une supervision générale de l'ensemble du programme de lutte au niveau provincial ; (ii) assurer le respect de l'orientation politique globale définie par le CNLS ; (iii) développer le partenariat au niveau provincial.

L'avènement des régions administratives requiert un réajustement institutionnel pour décentraliser les Comités Provinciaux de Lutte contre le VIH/Sida au niveau des régions autonomes. Les CRLS seront chargés de : (i) superviser et coordonner les actions VIH/Sida ; (ii) guider l'exécution du Plan stratégique national ; (iii) faire la liaison entre le CNLS, les Comités locaux de lutte contre le Sida (CLLS) et les autres acteurs de la lutte contre les IST et le Sida dans leur région.

1.3 Niveau communal

Le Comité Local de Lutte contre le VIH/Sida (CLLS) est composé de 25 membres au maximum, et qui représentent les institutions publiques et privées, la société civile et les différents groupements professionnels locaux. Le CLLS est présidé par le maire, qui a comme vice le chef du centre de santé de base (CSB), et comme secrétaire un agent de la commune. Il se réunit en session ordinaire une fois par quadrimestre, et en session extraordinaire autant de fois que de besoin et sur convocation de son président. Il est chargé de : (i) élaborer un Plan local de lutte contre le VIH/Sida (PLLS) ; (ii) guider, coordonner et faire le suivi de l'exécution de ce plan au niveau de la commune ; (iii) mobiliser les ressources locales ; (iv) développer le partenariat local ; (v) assurer la transmission des données au niveau provinciale ; (vi) assurer la mobilisation communautaire et le plaidoyer au niveau local dans la lutte contre le VIH/Sida.

2. LE SECRETARIAT EXECUTIF DU CNLS

Le Secrétariat Exécutif du CNLS (SE/CNLS) est l'organe d'exécution du Comité. Outre les responsabilités générales du CNLS, le SE-CNLS fournit un soutien politique et stratégique à la lutte du Gouvernement de Madagascar contre le VIH/Sida, promeut les partenariats, mobilise des ressources aux niveaux national et international et défend les droits des personnes.

2.1 Niveau central

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

2.2 Niveau inter-régional

Le Bureau de Coordination Provincial (BCP) a récemment été constitué en Bureau de Coordination Inter-Régional (BCIR). Actuellement, il existe 5 BCIR, localisés dans les chefs lieux de Province (à part Toamasina). Chaque BCIR couvre de une à trois régions administratives et comporte un Directeur et un ou plusieurs coordinateurs techniques, en fonction de l'aire couverte par le bureau. Le SE/CNLS prévoit de relocaliser ces BCIR dans les régions à risque accru de diffusion de l'infection. Les membres de ce bureau sont financés par le PMPS et le PNUD. Dans le cadre du PMPS II, un Consultant Suivi et Évaluation sera affecté à chaque bureau pour assurer un recueil de données régionales de qualité. Ces Bureaux de Coordination Inter-Régionaux sont chargés de : (i) assurer la supervision et la coordination de la mise en œuvre du PSN par toutes les agences d'exécution au niveau des régions; (ii) présenter au Président de la Délégation Spéciale les rapports de suivi et évaluation des activités ; (iii) assurer la planification et la budgétisation intégrée des activités de lutte au niveau régional ; (iv) assurer la transmission des données au Secrétariat Exécutif. Ces Bureaux de coordination Inter-Régionaux (BCIR) sont également chargés d'assurer le suivi des activités du PMPS II au niveau régional.

3. LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PMPS

3.1 Le Conseil du PMPS

Le Conseil a été institué par un décret définissant ses rôles et attributions, sa composition et son fonctionnement. Le Conseil constitue la structure de coordination du PMPS et est placé sous la tutelle administrative de la Présidence de la République, il est constitué de dix sept membres sélectionnés dans le Comité National de Lutte contre le VIH/Sida (avec un suppléant dûment mandaté) pour représenter les institutions ou organisations suivantes : (i) la Présidence ; (ii) la Primature ; (iii) le Ministère de Finance et Budget ; (iv) les huit (08) secteurs stratégiques (un représentant pour chaque) ; (v) l'Ordre des Experts Comptables de Madagascar ; (vi) la Société Civile (ONG, Associations) ; (puisque accompagné) le Secteur Productif Privé ; (viii) les Bénéficiaires (2 représentants des personnes vivant avec le VIH/Sida, ou faisant partie d'un des groupes cibles à haut risque).

La Présidence du Conseil est assurée par le représentant de la Présidence. Le premier Vice-président sera assurée par le représentant de la Primature ; le deuxième Vice-président, par représentant du Ministre de la Santé ; et le troisième Vice-président, par un représentant de la société civile. Le Secrétariat du Conseil est assuré par l'Unité de Gestion du Projet. Le Conseil du PMPS peut faire appel à des personnes ressources ou des organismes spécialisés, en raison de leur compétences particulières pour donner un avis technique à titre consultatif pour toutes questions relatives aux fonctions dont il a la charge. La fonction d'être membre du Conseil du PMPS ne donne aucun droit à des indemnités forfaitaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, le Conseil du PMPS assure les missions suivantes : (i) approuver chaque plan d'opérations annuel, ainsi que le budget correspondant, élaborés et soumis au Conseil par l'UGP ; (ii) approuver le manuel de procédures du FAP, le manuel d'exécution du projet, le manuel de gestion financière et comptable et, approuver les modifications éventuelles dans le contenu de ces manuels, en concertation avec la Banque Mondiale ; (iii) évaluer la performance de l'UGP, en concertation avec la Banque Mondiale, suivant des indicateurs de performance bien définis ; (iv) approuver le recrutement de l'Agence de Gestion Financière ; (v) examiner et approuver les demandes de financement dans le cadre du FAP, pour les sous projets d'un montant supérieur à 100 000 USD ; (vi) approuver les sous projets pilotes issus des stratégies sectorielles (composante 1 du PMPS) ; (vii) (accompagné) mandater l'AGF pour l'exécution des approbations d'attribution des fonds aux sous projets supérieurs à 100 000 USD et pour les sous projets inférieurs à ce seuil suivant les critères établis dans le manuel de procédures ; (viii) examiner les rapports d'audit et proposer des recommandations pour le projet ; (ix) (accompagné) approuver les rapports techniques et financiers annuel de l'UGP ; (x) examiner et approuver les comptes annuels du FAP.

Le Conseil se réunit sur convocation de son Président, au moins 4 fois par an, et chaque fois que cela est nécessaire. Ce Comité ne peut valablement délibérer que si sept membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des voix exprimées. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante. Le conseil du PMPS est composé de 16 membres, nommés selon arrêté présidentiel N° 5847/2003 du 10 avril 2003. Il comprend un Comité d'audit, dont le rôle est de faciliter le travail des auditeurs externes du projet, revoir les conclusions des auditeurs et assurer l'application de leurs recommandations.

3.2 Le Comité d'Audit

Le Comité d'Audit, également institué par décret, est une émanation du Conseil du PMPS. Il est composé des trois membres du Conseil du PMPS suivants : (i) le représentant du Ministère des Finances ; (ii) le représentant de l'Ordre des Experts Comptables de Madagascar ; (iii) un représentant des bénéficiaires. Il est présidé par le représentant du Ministère des Finances et du Budget. Il se réunit au moins 6 fois par an et chaque fois que nécessaire sur convocation de son président. Le Comité d'Audit ne délibère valablement que si les trois représentants sont présents.

Le Comité d'Audit remplit les fonctions suivantes : (i) faciliter la réalisation des audits techniques et financiers du FAP ; (ii) évaluer les résultats des audits (Audit technique et de gestion du PMPS, Audit comptable et financier du PMPS et Audits du FAP), et faire des recommandations auprès du Conseil du PMPS et de la Banque Mondiale pour d'éventuelles actions correctives ; (iii) assurer l'application des actions correctives

et des recommandations, en particulier pour ce qui concerne la gestion comptable et financière ; (iv) mandater des actions ponctuelles d'audit des composantes du projet afin d'examiner et d'évaluer les dysfonctionnement spécifiques identifiés et faire un rapport des résultats comportant des recommandations auprès du Conseil du PMPS et de la Banque Mondiale ; (v) approuver le recrutement des auditeurs (audit technique et de gestion et audit comptable et financier).

3.3 L'Unité de Gestion du Projet (UGP/PMPS)

Egalement créée par décret, l'UGP/PMPS est sous la tutelle administrative et technique du Secrétariat à la Planification de la Présidence de la République et sous la tutelle financière du Ministère chargé des Finances et du Budget. L'UGP/PMPS est composée du personnel suivant : (i) un directeur national, nommé par décret ; (ii) un directeur des opérations ; (iii) un responsable de la gestion financière et comptable ; (iv) un responsable de la passation des marchés ; (v) un assistant passation des marchés ; (vi) un responsable suivi-évaluation ; (puisque accompagné) un assistant institutionnalisation ; (viii) deux assistants comptable ; (accompagné) le personnel d'appui. Cette composition peut évoluer en fonction de besoins clés nécessitant la présence d'un nouveau personnel permanent ou des changements dans les attributions. Le personnel est recruté sur contrat de type privé pris en charge par le PMPS. Il est géré suivant les procédures établies dans le manuel de gestion administrative et financière du projet. Chaque responsable assure les opérations relatives à ses attributions tout en veillant à la complémentarité et la synergie de ses responsabilités avec les attributions des autres membres de l'équipe. L'évaluation des performances de chaque membre du personnel est effectuée sur la base de critères objectifs et notamment de la réalisation des résultats et des tâches définis dans les termes de référence de chaque poste, tels que précisés dans le manuel administratif et financier du PMPS.

L'UGP/PMPS a pour mission principale d'assurer la bonne exécution du Projet Multisectoriel pour la Prévention du Sida (PMPS), à travers les fonctions suivantes : (i) Gestion opérationnelle : préparer le manuel d'exécution et le plan opérationnel du projet ; élaborer chaque plan d'opérations annuel, accompagné du budget correspondant, qu'il soumet à l'approbation du Conseil du PMPS ; assurer l'exécution des composantes, Sous composantes et activités établies pour chaque plan opérationnel, selon les règles et procédures de la Banque Mondiale et du Gouvernement ; assurer le secrétariat du Conseil du PMPS ; informer et de mobiliser les partenaires et les cibles clés pour la prévention des IST/VIH/Sida ; assurer une coopération effective avec les principaux partenaires nationaux et internationaux concernés par la mise en œuvre du projet ; (ii) Passation des marchés et décaissements : réaliser toutes les activités liées à la passation des marchés tels que prévus dans le cadre de chacune des composantes du projet ; mettre en place une organisation administrative efficace capable d'effectuer dans les temps toutes les tâches liées au processus de passation des marchés ; assurer que les marchés et les décaissements seront réalisés rapidement, en particulier pour les opérations urgentes ; (iii) Gestion financière et comptable : mettre en place un système financier et comptable capable de gérer efficacement les activités financières prévues dans le cadre de chacune des composantes du projet ; veiller à la stricte application des procédures financières par l'AGF dans sa gestion du FAP ; établir un système de contrôle interne de la gestion financière et comptable en mesure de suivre les activités financières et comptable ; assurer la stricte application du manuel de gestion comptable et financière dans les activités gérées par l'UGP/PMPS ; (iv) Suivi et Evaluation : produire les rapports de suivi pour les activités directement sous la supervision de l'UGP/PMPS ; recueillir et consolider les données, informations et rapports transmis par les différents intervenants pour les composantes 1 et 2 du projet ; transmettre les rapports de synthèse à la Banque Mondiale et à la tutelle ; (v) Gestion administrative : mettre en place et en opérations un système de gestion informatique (SIG) utilisé pour l'ensemble des responsabilités et activités de

l'UGP/PMPS ; assurer les tâches administratives requises pour la bonne exécution des activités du projet ; assurer une gestion de son personnel permettant une meilleure efficacité de celui-ci dans la réalisation des tâches et responsabilités qui lui incombent et mobiliser les appuis nécessaires (assistance technique ponctuelle, formation) ; préparer les missions de supervision de la Banque Mondiale.

3.4 L'Agence de Gestion Financière (AGF)

L'Agence de Gestion Financière est une entreprise ou un groupe d'entreprises de droit privé ayant la capacité de remplir les fonctions définies dans le cadre de la composante 3 du PMPS sous la forme d'un mécanisme financier, le Fonds d'appui pour la prévention et la prise en charge des IST/VIH/Sida (FAP). Le Manuel de procédure du FAP définit les critères de sélection, les missions, le mode d'organisation et le fonctionnement de l'AGF. Le contrat de travail passé avec elle par l'UGP/PMPS est d'une durée de deux ans renouvelables, après évaluation. Il est payé sur la base d'une péréquation du montant du FAP géré par année.

L'AGF est présente à deux niveaux (i) le niveau central, chargée de la gestion financière et du suivi des activités du FAP ; (ii) le niveau provincial où elle a six (et bientôt neuf) bureaux localisés au niveau des chefs lieux de Province et couvrant plusieurs régions autonomes ou une région unique. Chaque bureau inter-régional peut mettre en place un réseau d'antennes locales, pour être en mesure de répondre efficacement et dans le temps aux demandes des bénéficiaires. Dans le cadre du projet, ces bureaux, actuellement établis dans les chefs lieux des provinces seront délocalisés dans les régions à risque accru de diffusion de l'infection.

Les principales missions de l'AGF sont les suivantes : (i) au niveau central : collationner les contrats et les besoins de financement transmis par chacun des Bureaux Régionaux ; payer chacun des promoteurs et des organismes de facilitation ; consolider les données comptables, financières et techniques relatives à chacun des contrats de financements passés avec les promoteurs du FAP ; préparer des rapports détaillés et synthétiques sur les données comptables, financières et techniques ; assurer la tenue de la comptabilité du FAP au niveau national ; tenir disponibles toutes données et informations nécessaires à réalisation des actions de suivi et d'évaluation ; (ii) au niveau inter-régional : instruire tous les dossiers de financement au titre du FAP ; approuver les demandes de financement au titre du FAP au dessous du montant de 100 000 USD, sur la base des critères définis dans le manuel de procédures du FAP ; soumettre pour approbation au Conseil du PMPS les demandes de financement au titre du FAP au dessus du montant de 100 000 USD ; notifier les décisions et passer les contrats avec les bénéficiaires ; assurer la comptabilité au niveau de chaque bureau régional et de ses antennes ; recueillir et mettre à disposition des auditeurs toutes informations d'ordre technique et financier requises.

Le réapprovisionnement des Fonds dans le cadre de la Composante 3 du PMPS se fait sur la base des justifications apportées sur les dépenses entamées, en conformité avec les termes de référence signés entre l'AGF et les Agences de mise en œuvre. Les modalités du paiement sont précisées dans le manuel de procédures du Fonds.

3.5 Les Organismes de facilitation

Les organismes de facilitation sont des institutions privées sans but lucratif, des structures de la société civile telles que des associations ou ONG locales ou du secteur

privé ayant des compétences et une expérience dans la conception et la mise en œuvre de projets de protection sociale. Ces organismes de facilitation constituent un moyen mis en place par le PMPS pour renforcer la capacité de l'offre de services pour la prévention des IST/VIH/Sida au niveau local. Ils sont chargés d'apporter un appui aux structures (ONG, organisations communautaires, etc.) qui ne disposent pas des capacités techniques, opérationnelles et/ou humaines pour élaborer et mettre en œuvre des sous projets dans le cadre du FAP. Les organismes de facilitation chargés d'apporter un appui à l'identification et à la préparation d'un projet ne peuvent pas intervenir, directement ou indirectement, dans la mise en œuvre de ce projet.

Les fonctions des organismes de facilitation sont les suivantes : (i) promouvoir le FAP auprès des bénéficiaires et promoteurs potentiels ; (ii) apporter un appui technique aux promoteurs potentiels éligibles pour l'identification et la préparation des dossiers de demande de financement pour des actions liées à la prévention des IST/VIH/Sida ; (iii) former en tant que de besoin, les promoteurs (en particulier les organisations communautaires de base) aux outils techniques nécessaires à la bonne réalisation des sous projets financés, y compris les outils de gestion financière ; (iv) fournir, suivant les capacités des intervenants, toutes informations nécessaires au suivi et à l'évaluation des sous projets financés.

Il reste entendu que pour remplir convenablement les fonctions énumérées ci-dessus, les organismes de facilitation seront les pièces maîtresses de la mise en œuvre de la réponse locale en accompagnant les CLLS dans l'élaboration du PLLS. Ce processus passe nécessairement par : (i) le renforcement de capacités des CLLS en matière de VIH/Sida et sur son rôle dans la lutte ; (ii) l'encadrement des CLLS dans la détermination des facteurs de risque et de vulnérabilité de leurs localités y compris l'élaboration des différentes cartographies y afférentes et la conduite de l'exercice d'auto-évaluation des compétences en matière de VIH/Sida, et (iii) l'appui au CLLS dans l'élaboration du PLLS en mettant l'accent sur la mise en œuvre des Petits Actions Faisables (PAF) et la nécessité d'un suivi basé sur les résultats.

Le critères d'éligibilité et évaluation des organismes de facilitation sont définis dans le manuel de procédures du FAP. Le processus de sélection est ouvert à toutes les institutions qui répondent aux conditions d'éligibilité des organismes de facilitation. Une première liste d'organismes de facilitation est établie par l'UGP/PMPS sur la base des conditions d'éligibilité et soumise aux commentaires des partenaires techniques. Cette liste est mise à disposition de l'Agence de Gestion Financière qui la diffuse dans son réseau. La liste est mise à jour sur la base des évaluations. Les organismes qui enfreignent aux règles d'intervention seront exclus définitivement de la liste.

Le paiement des services rendus par l'organisme de facilitation est établi sur la base d'un barème financier et d'un nombre de jours d'intervention standardisé définis par l'UGP/PMPS et applicable à tous les contrats. Les termes de référence des interventions sont établis par l'UGP/PMPS. Le paiement des services contractualisés est effectué par tranche, afin d'assurer la qualité des prestations contractualisées.

Pour assurer le transfert de l'expertise technique aux ONG nationales, une institution internationale spécialisée dans le développement des compétences locales en matière de lutte contre le VIH/Sida sera recrutée pour une période de deux ans, avec pour la mission d'encadrer les organismes de facilitation identifiés.

Les organismes de facilitation peuvent être sollicités pour apporter un appui technique dans la préparation des dossiers de demande de financement présentés au Conseil du PMPS pour examen et approbation des sous projets d'un montant supérieur à 100 000 USD.

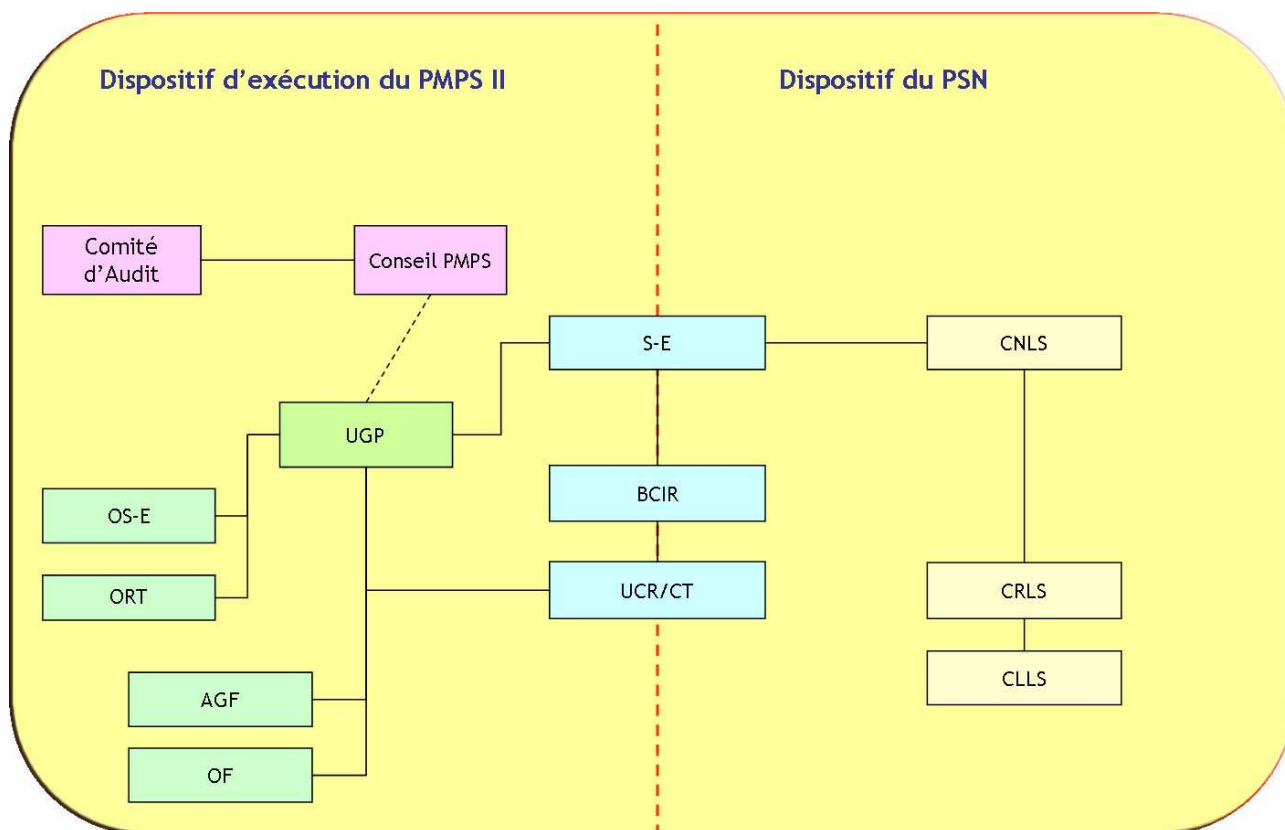
3.6 L'organisme de Revue Technique

L'organisme de revue technique est représenté par l'ONUSida. Le PMPS finance un expert qui a pour mission de procéder à la revue technique des sous projets qui lui sont transmis par l'AGF pour financement par le FAP selon des procédures définies dans le manuel du FAP. L'ONUSida peut apporter directement un avis ou mobiliser les organismes ou institutions nationales et/ou internationales disposant de compétences dans le domaine de la lutte VIH/Sida à Madagascar, ayant une expérience similaire confirmée dans les autres régions et pouvant apporter des observations ou recommandations sur les sous projets à financer par le FAP.

La revue technique a pour mission de : (i) évaluer les dossiers de demande de financement en cours d'instruction (selon le montant du financement) et fournir un avis au Bureau Régional de l'Agence de Gestion Financière chargée de l'instruction sur l'acceptabilité à un financement de chacun des dossiers. Les sous projets proposés doivent répondre aux objectifs visés et être effectivement réalisables et être en cohérence avec des interventions dans le domaine de la prévention des IST/VIH/Sida au niveau national et/ou régional ; (ii) recevoir et évaluer les rapports de suivi trimestriels et les rapports finals préparés par les organismes de facilitation et transmettre leurs recommandations à l'Agence de Gestion Financière et à l'UGP/PMPS.

4. LES DISPOSITIFS OPERATIONNELS DU PMPS

Depuis fin 2003, le Secrétaire exécutif du CNLS est le Directeur National de l'UGP/PMPS. Le PMPS constituant de facto l'ossature de la réponse nationale, sa gestion fournit au SE/CNLS les moyens de sa politique, mesure particulièrement utile dans un contexte de faible prévalence du VIH/Sida (multiples priorités des secteurs concernés, faiblesses institutionnelles des opérateurs pour planifier et gérer la composante de la réponse les concernant, dynamisation récente du CNLS en tant que structure de coordination nationale et donc, morcellement des activités des partenaires). La stratégie adoptée par le SE/CNLS est d'assurer la coordination des instances opérationnelles du PMPS II pour renforcer la planification, l'appui technique et financier à la mise en œuvre et le suivi du projet à ses différents niveaux d'opérationnalisation, dans le cadre d'une approche programme de la réponse nationale. Les mécanismes institutionnels du programme national de lutte contre le VIH/Sida et pour le projet PMPS II sont ainsi complémentaires :



5. LES PRINCIPAUX PARTENAIRES DU PMPS

5.1 Le Groupe Thématique de l'ONUSida

Le Système des Nations Unies héberge un Groupe thématique de l'ONUSida, qui est composé de représentants d'agences du Système des Nations Unies et de la Banque mondiale. Ce groupe se réunit une fois par mois pour donner son soutien et des conseils au Gouvernement sur la question du VIH/Sida. Le SE/CNLS est invité à participer aux travaux de ce groupe.

5.2 Le Forum des partenaires

Coordonné par le SE/CNLS, le Forum des Partenaires fournit à ce dernier une occasion mensuelle d'informer toutes les parties prenantes de la lutte contre le VIH/Sida (représentants des départements ministériels clés dans la lutte, représentants de la société civile y compris le secteur privé, représentants des partenaires techniques et financiers, représentants des bénéficiaires ...) des actions en cours et futures. Les participants à ces réunions ont la possibilité d'exprimer leurs réactions et leurs préoccupations dans le domaine de l'exécution du projet. Dans le cadre du PMPS, le Forum des partenaires contribue à l'identification des organismes de revue technique des dossiers de demande de financement auprès du FAP.

5.3 Le Ministère de la Santé et du Planning Familial

Les missions du MinSanPF fixant ses attributions, notamment pour ce qui concerne la lutte contre le VIH/Sida, sont fixées par le décret n° 2002-813 du 7 août 2002. L'Administration du Programme IST/VIH/Sida est la structure du MinSanPF chargé de la

mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge thérapeutique des PVVIH selon les grandes lignes du Plan Stratégique National que coordonne le SE/CNLS. Le Programme IST/VIH/Sida, dirigé par un administrateur, est logé à l'Institut d'Hygiène Social (IHS) et est divisé en 4 sous-programmes : (i) le sous-programme Prise en charge ; (ii) le sous-programme Surveillance épidémiologique et comportementale ; (iii) le sous-programme PTME, CTV et prévention primaire et (iv) le sous-programme Précautions Universelles. Les programmes d'activités à financer par le PMPS sont présentés au SE/CNLS pour approbation. Les problèmes de biologie sont dévolus au LNR (Laboratoire National de Référence) dont les statuts en cours de modification devraient le rendre plus performants. Le renforcement du partenariat entre le CNLS et le Ministère de la Santé pour la mise en œuvre des composantes cliniques de la réponse appuyées par le PMPS et les autres partenaires (Fonds Mondial, Banque Africaine de Développement, UNICEF) devrait permettre de renforcer la coordination de la réponse au niveau des districts sanitaires.

5.4 La Centrale d'Achat de médicaments SALAMA

En tant que centrale d'achat, la SALAMA a pour attributions principales de ravitailler en médicaments essentiels et en consommables de soins et de laboratoires, les structures sanitaires nationales publiques et à but non lucratif ayant l'agrément du MinSanPF. Ces structures ont une ligne budgétaire au niveau de la centrale d'achats ou achètent directement sur fonds propres à partir d'un système de péréquation qui garantit l'homogénéité des prix sur toute l'étendue du territoire national. Cette centrale d'achats se charge de la distribution directe des produits. L'établissement possède des antennes administratives en provinces (délégations provinciales) chargées de la visite des formations sanitaires pour élaborer des commandes, faciliter le traitement des commandes et programmer les livraisons. Bien que sous tutelle du MinSanPF, elle n'est pas une structure de celui-ci. Créé depuis 1996 avec l'appui des partenaires au développement (Union Européenne, Banque Mondiale, Coopération Française etc.), c'est un établissement privé ayant un statut d'association à but non lucratif (les bénéfices sont destinés au fonctionnement et au renflouement du capital) avec une gestion autonome. Elle fonctionne avec un conseil d'administration et une assemblée générale annuelle. La SALAMA n'entretient aucun rapport spécial avec les grossistes qui s'occupent du ravitaillement des officines privées.

5.5 Les Groupes Stratégiques Sectoriels

La composition des groupements sectoriels constitués dans le cadre du PMPS I pour l'élaboration des stratégies sectorielles sera redéfinie, pour répondre aux besoins du PMPS II. Ces groupements sectoriels travailleront de concert avec le Groupe Thématique et auront pour missions essentielles de : (i) apporter au SE/CNLS les données épidémiologiques, économiques, démographiques et autres, lui permettant d'isoler les zones d'activités des secteurs vulnérables (cartographie du risque); (ii) constituer une plateforme intra-ministérielle pour assurer la coordination des interventions entre les directions techniques concernées ; (iii) assurer la définition et diffusion de politiques et directives sectorielles; (iv) assurer le développement de projets sous-sectoriels et leur traduction en plans d'action budgétisés.

5.6 Les communes

Les communes ont leurs structures administratives et financières propres, et à travers le Plan Local de Lutte Contre le VIH/Sida (PLLS) assurent l'intégration du VIH/Sida dans le Plan Communal de Développement (PCD). Dans le cadre du PMPS, les communes mettront

en œuvre des actions de prévention et prise en charge des PVVIH, à travers les ONG et OCB, aidées par les organismes de facilitation.

5.7 Les ONG, Associations et Organisations Communautaires de Base

Les ONG, les associations, les organisations de base et les opérateurs privés, à tous les niveaux, constituent des partenaires de mise en œuvre du PMPS, pour l'opérationnalisation des stratégies sectorielles au niveau décentralisé et en complément des interventions du secteur public. Ces opérateurs de la société civile feront l'objet d'un inventaire et d'une cartographie en vue d'identifier leurs capacités opérationnelles et les localiser, notamment, dans les zones à risque accru de diffusion de l'infection. Les ONG et associations les plus performantes interviendront comme organismes de facilitation (OF) dans le cadre des financements du FAP pour aider les organisations communautaires à identifier et à développer des sous projets de prévention impliquant directement les bénéficiaires. Les ONGs pourront également être sous-contractés, dans le cadre d'un partenariat avec les opérateurs privés, pour assurer une intégration de la lutte contre les IST/VIH/Sida dans les secteurs vulnérables opérés par le privé dans les régions pôles de développement.

6. GRANDS PROJETS LIES FINANCES PAR LA BANQUE MONDIALE OU D'AUTRES AGENCES

6.1 Le 2nd Projet de soutien au secteur de la santé (Banque mondiale)

Le projet a été approuvé en novembre 1999 et un crédit complémentaire (22 millions USD) a été alloué. Les services de santé sont offerts dans environ 2 500 établissements de soins du pays (hôpitaux publics et cliniques d'ONG). Environ 60% de la population sont estimés vivre à moins de cinq kilomètres d'un établissement public. Un petit secteur sanitaire privé apparaît : il est présent surtout dans les centres urbains et suburbains. La qualité des services est au-dessous des normes et l'offre de médicaments de base est médiocre. L'objectif du projet est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population par des services de santé plus accessible et de meilleure qualité.

6.2 Intensification de la lutte contre le VIH/Sida (Fonds Mondial)

Le but de ce projet est de contenir la diffusion de l'infection par le VIH dans 20 districts à haut risque (i) en augmentant l'accès aux services des centres CTV dans 20 zones à haut risque ; (ii) en améliorant l'accès aux soins de PTME dans des établissements de soins ; (iii) en renforçant les mesures de prévention par l'application de mesures universelles de précaution, en renforçant la sécurité des transfusions et en offrant des préservatifs dans les établissements publics de soins ; (iv) en assurant des soins convenables aux séropositifs par le VIH par la création de plateaux techniques appropriés dans 3 régions, l'offre d'analyses biomédicales et la prise en charge sociale et communautaire et (v) en améliorant la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, en renforçant la capacité des associations de PVVIH et des familles hôtes et en assurant la prise en charge des besoins fondamentaux de ces enfants.

6.3 Projet soutien à la lutte contre les maladies contagieuses (VIH/Sida /IST/ Tuberculose) -Fonds africain de développement, OPEP, ONUSida-

Ce projet mise en œuvre depuis janvier 2006 pour une durée de 5 ans a pour objectif spécifique d'assurer la sécurité des transfusions sanguines et d'améliorer l'accès de la

population aux soins curatifs et préventifs pour les maladies transmissibles, notamment le VIH/Sida, les IST et la Tuberculose. Le projet comprend (i) la création d'un réseau opérationnel de centres de transfusion sanguine ; (ii) l'amélioration de l'accès des populations aux services de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies transmissibles ; (iii) un développement de la capacité nationale pour la surveillance épidémiologique et (iv) un développement de capacité pour la gestion du projet.

**Partie V. PLAN DE MISE EN ŒUVRE
ET DE FINANCEMENT
POUR LE PROJET DANS
SON ENSEMBLE**

1. ÉTAPE CLES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET.

Étapes	Calendrier	Responsable
Préparer le Manuel d'exécution du PMPS II	30j au plus tard après date mise en vigueur	UGP/PMPS
Prépare un Manuel de procédures FAP du PMPS II (manuel pour les OCB et manuel pour les Associations et ONGs)	30j au plus tard après date mise en vigueur	AGF UGP/PMPS
Préparer Plan de suivi/évaluation semestriel pour PMPS I	Fin janvier 2006	UGP/PMPS
Préparer un Plan de Suivi Evaluation du PMPS II	30j au plus tard après date mise en vigueur	UGP/PMPS
Réaliser un audit technique des sous projets exécutés dans cadre du FAP/PMPS1	90j au plus tard après date mise en vigueur	UGP/PMPS
Préparer le budget et le PTA pour exercice annuel du PMPS II	30j au plus tard après date mise en vigueur et avant le 30 janvier de chaque année suivante jusqu'à la fin du projet	UGP/PMPS
Préparer Plan annuel de passation de marché	30j au plus tard après date mise en vigueur	UGP/PMPS
Développer les TdR pour contrats prévus pour la réalisation du Plan d'activité annuel (état des lieux, inventaires, cartographie, plans opérationnels, ...) et assurer le suivi des contrats	Fin janvier 2006	SE/CNLS
Recruter personnel UGP (SE adjoint chargé du PMPS ; Responsable suivi Evaluation, Assistant Suivi et Evaluation ; Responsable Administratif et Financier, Assistant comptable, Assistant en Passation de Marché, Responsable renforcement des capacités, responsables suivi et évaluation au niveau (inter)-régional.	Fin mars 2006	UGP/PMPS
Désignation des membres du comité d'Audit (Commissaires aux comptes)	Fin mars 2006	SE/CNLS
Recruter CTP composante clinique	Fin mars	UGP/PMPS
Désigner des points focaux SE/CNLS pour le suivi technique des activités financées par le PMPS et la coordination avec les partenaires impliqués dans la mise en œuvre de ces champs programmatiques ¹¹	Fin mars 2006	SE/CNLS
Revoir/développer les institutionnalisation de l'AGF, OF, BIRC/CNLS, CLLS, points focaux SE/CNLS	Fin mars 2006	SE/CNLS
Recruter l'AGF (puisque pas de reconduction tacite)	Fin juin 2006	UGP/PMPS
Décentraliser les 9 bureaux inter-régionaux de l'AGF dans les régions à risque de diffusion de l'infection	Fin juin 2006	AGF UGP/PMPS
Identifier et recruter les OF au niveau des 22 régions	Fin juin 2006	SE/CNLS
Développer un mécanisme de coordination entre le niveau central et périphérique et entre les différents niveaux périphériques pour la planification, appui technique, suivi et évaluation du développement/mise en œuvre du PLLS à travers le FAP	Fin juin 2006	UGP/PMPS
Développer des profils cartographiques régionaux (besoins, ressources et état de la réponse)	Fin juin 2006	SE/CNLS
Revoir/développer les menus standards pour la réponse locale dans les zones à risque accru et les zones à moindre risque	Fin juin 2006	UGP/PMPS
Audit institutionnel du SE/CNLS	Fin juin 2006	SE/CNLS
Proposition de restructuration du SE/CNLS pour approche programme de la gestion de la réponse	Fin juin 2006	SE/CNLS

¹¹ Points focaux techniques : (1) appui au développement, mise en œuvre et suivi/évaluation des Sous composantes programmatiques IST/CTV/PTME ; (2) appui au développement, mise en œuvre et suivi/évaluation des Sous composantes programmatiques ARV/IO/TDS/TB/PU ; (3) communication pour augmenter la demande pour les services cliniques IST/CTV et les Préservatifs ; (4) Communication/législation pour la réduction du stigma/discrimination, soutien psychosocial aux PVVIH et référence avec les services cliniques ; (5) appui aux structures décentralisées du CNLS, SE/CNLS, AGF, OF et coordination entre le niveau central et périphérique et entre les structures périphériques à chaque niveau ; (6) appui au développement, mise en œuvre et suivi/évaluation des sous projets sectoriels (sécurité, zones pôles de développement économique ; éducation) ; (7) appui au développement, mise en œuvre et suivi/évaluation des sous projets du FAP ; (8) administration du SIG (aspects techniques, administratifs, comptables et financiers) ; (9) rapports semestriels et annuels et documentation ; (10) base de données et site web

Etapes	Calendrier	Responsable
Proposition de structuration du MinSanPF pour l'intégration de la lutte contre les IST/VIH/Sida/Sida dans les directions techniques	Fin juin 2006	MinSanPF SE/CNLS
Dynamisation du Conseil du PMPS et Groupements sectoriels,	Fin juin 2006	SE/CNLS
Mise en place d'un Comité Technique Santé	Fin juin 2006	SE/CNLS
Mise en place Comité Technique Communication	Fin juin 2006	SE/CNLS
Mise en place Banque de Donnée SE/CNLS (informatique et centre de documentation)	Fin juin 2006	SE/CNLS
Mise à jour PSN	Fin septembre 2006	SE/CNLS
Mise à jour stratégie de communication	Fin décembre 2006	SE/CNLS
Profil et visualisation cartographie du statut/dynamique de l'épidémie	Fin juin 2006	SE/CNLS
Profil et visualisation cartographie de la réponse nationale par composante programmatique (axes stratégiques et Sous composantes du PSN révisé)	Fin juin 2006	SE/CNLS
Evaluation SIG 1 du PMPS I et validation SIG 2 (PMPS II et autres projets appuyés par d'autres partenaires)	Fin juin 2006	SE/CNLS
Mise en place du système de suivi technique du PMPS II pour chaque point focal (mécanisme et format des outils standardisés)	Fin juin 2006	UGP/PMPS
Développement de plans opérationnels budgétisés/projets sectoriels santé (IST, CTV, PTME, PU, TDS, ART/IO (Antiretroviral therapy/Infections Opportunistes), préservatifs) réconciliant l'apport financier du PMPS et des autres donateurs	Fin juin 2006	SE/CNLS
Développement plans opérationnels budgétisés/projets sectoriels sécurité réconciliant l'apport financier du PMPS et des autres donateurs	Fin juin 2006	SE/CNLS
Développement plans opérationnels budgétisés/projets sectoriel Education réconciliant l'apport financier du PMPS et des autres donateurs	Fin juin 2006	SE/CNLS
Développement projets sectoriels dans zones pôles de développement économique réconciliant l'apport financier du PMPS et des autres donateurs	Fin juin 2006	SE/CNLS
Développements programmes de communication sectoriels (plaidoyer, demande pour services IST et CTV, réduction stigma et discrimination, préservatifs) réconciliant l'apport financier du PMPS et des autres donateurs	Fin juin 2006	SE/CNLS
Rapports de suivi trimestriels et annuels		
Audits financiers intérimaires	9 ^{eme} mois de l'année en cours et annuels	UGP/PMPS
Audits techniques semestriels	Toutes les fins de semestres	UGP/PMPS

2. FINANCEMENT DU PMPS

2.1. Résumé de financement par composante selon le PAD

Composantes et Sous composantes du projet	Coûts indicatifs (en M USD)	% du Total
1. <i>Harmonisation, coordination des donateurs et stratégies</i>	1,5	5%
a) Harmonisation et coordination des donateurs	0,03	
b) Actualisation du Plan stratégique national	0,1	
c) Exécution de la stratégie et du plan d'action 'communication VIH/Sida/IST'	1,3	
d) stratégies et plans d'action sectoriels	0,07	
2. <i>Soutien à la réponse du secteur de la santé</i>	3,0	10%
a) Soutien à la maîtrise des IST	1,5	
b) Soutien aux soins et traitements des PVVIH	1,4	
c) Autres actions de réponse du secteur de la santé	0,1	
3. <i>Fonds pour la prévention des IST/ et du VIH/Sida et la prise en charge des malades</i>	17,0	57%
a) Gestion du Fonds	2,0	
b) Financement des projets de base	15,0	
4. <i>Suivi-Évaluation</i>	2,9	10%
a) Suivi	1,20	
b) Recueil des données épidémiologiques	1,20	
c) Études d'impact /évaluation	0,5	8%
5. <i>Gestion du projet</i>	2,5	3%
Imprévus matériels	0,8	7%
Imprévus dans les prix	2,3	
Coût total du Projet	30,0	100%
Total du financement nécessaire	30,0	100%

2.2. Répartition des produits du Crédit

Coûts du projet par catégorie de dépense	Montant en M d'USD	Pourcentage du financement
1. Biens et travaux	3,8	100% étranger
2. Consultants, formations et ateliers	5,8	100% étranger
3. Financement des projets de base	15,2	100% étranger
4. Coûts de fonctionnement	2,1	100% étranger
Non affecté	3,1	
Coûts totaux du projet	30,0	

2.3. Budget par catégorie/année

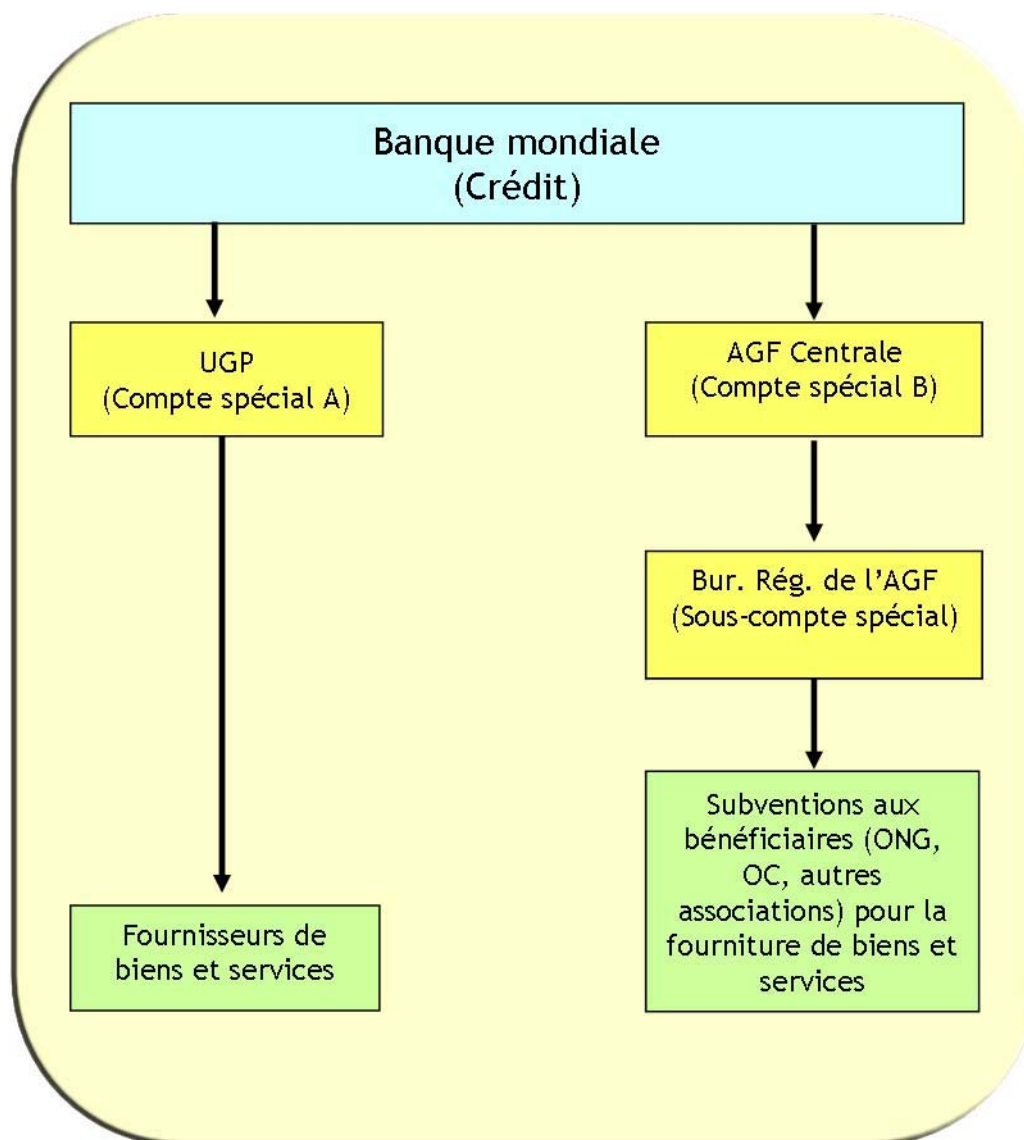
Catégorie de dépense	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Total
Catégorie 1					
Fournitures, travaux, génie civil	750 962	599 277	776 753	1 096 765	3 220 757
Catégorie 2					
Consultant	1 929 815	1 290 554	1 601 152	1 516 438	6 337 959
Audit, formations					
Catégorie 3					
Dons	2 450 000	4 255 000	4 255 000	4 255 000	15 215 000
Catégorie 4					
Charges	583 963	518 031	508 031	518 031	2 128 055
Exploitation					
Catégorie 5					
Non affecté					
Total	5 714 740	6 662 862	7 140 936	7 386 234	26 901 772
Imprévus					3 106 086
TOTAL PROJET					30 007 858

2.4. Plan de financement par composante/année

Composantes	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	TOTAL (USD)
Composante 1 : Harmonisation, coordination des donateurs et stratégies	396 964	391 014	426 690	297 702	1 512 370
Composante 2 : Soutien à la réponse du secteur de la santé	520 000	520 000	770 000	1 145 000	2 955 000
Composante 3 : Fonds pour la prévention des IST et du VIH/Sida et la prise en charge des malades	4 252 425	4 252 425	4 252 425	4 252 425	17 009 700
Composante 4 : Système de Suivi-Évaluation	957 489	440 893	718 291	757 576	2 874 249
Composante 5 : Gestion du projet	927 913	544 181	534 181	544 181	2 550 456
Total	6 954 791	6 148 513	6 701 587	6 996 884	26 901 775
Imprévus					3 106 086
TOTAL PROJET					30 007 858

3. POLITIQUES ET PROCEDURES ADMINISTRATIVES, COMPTABLES ET FINANCIERES

3.1 Le flux des fonds provenant de l'IDA est le suivant :



3.2 Décaissement des crédits de l'IDA

Pour l'exécution de PMPS II, deux comptes bancaires ouverts dans des banques commerciales locales à des conditions satisfaisantes pour l'IDA : (i) un compte spécial A établi au nom de l'UGP/PMPS, : les décaissements du crédit de l'IDA libellés en dollars des États-Unis (1,0 million USD) sont déposés sur ce compte pour financer les actions du PMPS II pour les catégories de dépenses 1 (Biens et travaux), 2 (Consultants, formation et ateliers) et 4 (Coûts de fonctionnement conformément aux pourcentages de décaissement indiqués dans l'AC. ; (ii) un compte spécial B établi au nom de l'AGF: les décaissements du crédit de l'IDA libellés en dollars des États-Unis (1,2 million USD) sont déposés sur ce compte pour financer les actions du PMPS II pour les catégories de dépenses 3 (Subventions pour les projets de base) conformément aux pourcentages de décaissement indiqués dans l'AC¹². Les montants des compte spéciaux sont calculés pour

¹² Le manuel de procédure comptable décrit en détail les procédures relatives à la gestion financière des comptes spéciaux A et B (paiements, reconstitution des comptes, établissement des rapports, contrôle interne). Le manuel de procédures du FAP décrit les modalités d'attribution des fonds du compte spécial B pour les promoteurs d'action de prévention et prise en charge

couvrir environ quatre mois de dépenses, de façon à assurer en temps voulu le paiement des (i) fournisseurs de biens et services et (ii) des sous traitants (ONG, OC, autres associations) conformément aux termes des contrats signés par les parties concernées. Les comptes spéciaux seront reconstitués sur la base de justificatifs attestant des dépenses payées.

3.3 Établissement des états financiers

Les modalités pour suivre l'exécution du projet sont conformes aux normes comptables internationales et incluent les états financiers annuels comprenant un tableau des ressources et des emplois de fonds (par volet /par action du projet/ par catégorie du crédit et indiquant toutes les sources de fonds); le bilan du projet; les rapports de gestion financière trimestriels (RGF). Les RGF incluent des rapports financiers, des rapports d'avancement physique du projet et les rapports sur la passation des marchés pour permettre le suivi du projet. Les RGF devront être soumis à l'IDA 45 jours maximum après la fin de la période sur les quels ils portent (trimestre)¹³.

3.4 Mécanisme de décaissement

Le montant minimum des demandes pour les paiements directs qui doivent être retirés directement du compte et les engagements spéciaux sont de 20 % de la somme avancée sur le compte spécial lié. Les retraits doivent être faits sur la base d'Etats de frais (EF) pour : (i) les contrats relatifs aux fournitures et biens : montants inférieurs à 150 000 USD ; (ii) les contrats relatifs aux travaux : montants inférieurs à 200 000 USD ; (iii) les contrats avec des sociétés pour activités de conseil ou de formation : montants inférieurs à 100 000 USD ; (iv) les contrats avec des professionnels pour activités de conseil ou de formation : montant inférieurs à 100.000 USD ; (v) toutes dépenses de fonctionnement par reconduction ; (vi) les frais divers de formation (par exemple, frais extérieurs à un contrat). Les Etats de Frais sont conservés par les agences d'exécution pour être présentés pour consultation aux missions de supervision de la Banque et aux auditeurs externes.

Le décaissement basé sur des rapports pourra être rendu possible, si demandé par l'emprunteur et si les critères suivants sont remplis : (i) la gestion financière est satisfaisante ; (ii) au moins trois RGF trimestriels ont été soumis et sont suffisamment satisfaisant pour que l'on puisse s'appuyer sur eux à des fins de décaissement¹⁴.

3.5 Dispositifs pour la passation des marchés

Un Plan de passation de marchés pour le projet est disponible au niveau du projet et sur le site Internet externe de la Banque. Il sera mis à jour chaque année ou selon les nécessités pour refléter les besoins de l'exécution du projet et les améliorations de la capacité institutionnelle.

Passation des marchés de travaux : les travaux contractés sous ce projet incluent la réhabilitation des centres de CTV et la construction d'incinérateurs. La passation de marchés sera faite en utilisant les Documents standard d'appel d'offre de la Banque (DSAO) pour tous les AOI et les DSAO nationaux convenus avec la Banque. La passation de marchés de travaux estimés à moins ou équivalent de 200 000 USD se fera au moyen

¹³ Les modèles de ces rapports seront présentés dans le Manuel de procédures comptables du projet.

¹⁴ Le détail des procédures de décaissement est décrit dans le Manuel de procédures comptables du projet.

d'appels d'offres nationaux et les contrats pour les travaux d'un montant inférieur à 50 000 USD seront passés au vu de devis¹⁵.

Passation des marchés de biens : les biens incluent les fournitures pour les imprimantes, la reproduction de films, la détection et les soins des IST, les traitements médicaux des PPVIH, l'équipement des centres de CDV, ainsi que les véhicules, équipements de bureau, équipements informatiques et logiciels. Les contrats seront, autant que possible, regroupés en lots d'une valeur totale équivalant à 150 000 USD ou plus. Ils seront attribués à l'issue d'appels d'offres internationaux (AOI). Pour les contrats d'un montant estimé à moins de 150 000 USD ou équivalent par contrat, des marchés de marchandises peuvent être conclus à la suite d'un appel d'offre national (AON). L'achat de meubles d'un montant estimé à moins de 30 000 USD sera fera à l'issue d'une procédure d'achat prudente. Les véhicules, les trousseaux pour les IST, les ARV et les traitements médicaux seront fournis par les agences de l'ONU et par SALAMA. La passation de marchés se fera en utilisant les Documents Standards des Appel d'Offre (DSAO) de la Banque pour tous les AOI et les DSAO nationaux convenus avec la Banque.

Passation des marchés de services autres que de conseil : le projet passera contrat à des ONG, sélectionnées sur la base des Directives de la Banque pour l'utilisation des consultants pour la distribution de trousseaux aux OC et mise en place de cinémobile.

Sélection de consultants : assistance technique, formation et ateliers, programmation radio et TV, production de films, Agence de gestion financière (AGF), collecte de données et enquêtes, audits financiers et techniques et renforcements de capacité. Des listes restreintes de consultants pour des services dont le montant est estimé à moins de 100 000 USD ou équivalent par contrat pourront être constituées entièrement de consultants nationaux conformément aux clauses du paragraphe 2.7 sur les Directives relatives aux consultants. Partout où ce sera possible, les établissements publics de formation, tels que contrepartie et l'INSTAT, et des ONG pourront être engagés pour le développement de capacité et les enquêtes.

Contrats de biens, travaux et services hors activités de consulting

Ces contrats doivent être passés au moyen d'AOI et par contrats directs. Les contrats AOI d'un montant estimé supérieur à plus de 200.000 USD pour des travaux et à 150.000 USD pour des biens par contrat et tous les contrats directs seront sujets à un examen préalable de la Banque.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
N° de réf	Contrat (Description)	Coût estimé	Méthode de passation de marchés	P-Q	Préférence nationale (oui/non)	Révision par Banque (Préalable / Post)	Date prévue de l'ouverture des plis	Commentaires
1.3.3.1	Prod. et installation d'affiches	144.000	Contrat direct	Non	Non	Préalable	Oct. 07	
2.1.1	Marketing social des trousseaux IST (achat et accompagné)	1.400.000	ICB	Non	Non	Préalable	Févr. 06	350.000 USD / an sur 4 ans
2.2.1	Traitement médicaux des PPVIH	990.100	Contrat direct	Non	Non	Préalable	Déc. 05	Progressif avec agences ONU
2.3.1	Sous composantes d'un incinérateur	375.000	Contrat direct	Non	Non	Préalable	Mars 06	
5.1.3.1 et 5.3.2.1	Véhicules	175.000	Contrat direct	Non	Non	Préalable	Févr. 06	IAPSO

¹⁵ Les procédures de passation de marchés et les DSAO à utiliser pour chaque méthode de passation de marché ainsi que les modèles de contrats pour les travaux et les marchandises sont présentés dans le Manuel de gestion administrative et financière du projet. Le détail des procédures spécifiques pour les petits travaux conduits dans le cadre des projets de base est donné dans le Manuel d'exécution d'un projet du Fonds d'appui à la prévention (Annexe 7 du manuel de procédure du FAP).

Contrats de services de consultants

Ces contrats de services portent sur des missions de conseil. Les services de conseil estimés à plus de USD100.000 par contrat et par seule source de consultants (par compagnie) et les missions de consultants individuels estimées à plus de USD50.000 seront assujetties à une révision préalable par la Banque. Les présélections de consultants pour des services estimés à moins de USD 100.000 ou équivalents par contrat, peuvent être composées entièrement de consultants nationaux.

1	2	3	4	5	6	7
N° de Réf.	Description de la mission	Coût Estimé	Méthode de choix	Examen par la Banque (Pré/ Post)	Date attendue de soumission des propositions	Commentaires
1.32	Production radiophonique (programmes, spots et flashes)	234.000	CQS	Préalable	À déterminer	Un contrat avec des phases (selon satisfaction du client)
3.1.1	Agence de Gestion Financière	663.000	QCBS	Préalable	Déc. 05	L'AGF actuelle fonctionnera jusqu'à juin 06
3.1.2	Organisation de facilitation	1.084.000	QCBS	Préalable	Sept. 05	Contrat annuel
4.1.2	Enquêtes LOAS (ou autre méthodologie) de départ, à mi-parcours et finales, analyse et diffusion	588.000	CQS/QCBS	Préalable	Févr. 06	
4.1.3.1	Audit technique	92.000	IC	Préalable	Juill. 05	
4.2.1	Études d'impact (à définir)	500.000	QCBS	Préalable	Oct.05	
4.3.2.1	Rapport sur la situation épidémiologique VIH/Sida	75.000	IC	Préalable	À déterminer	Année 1 : couverte par PMPS I
5.4.1	Audit financier	104.600	LCS	Préalable	Déc. 05	
5.4.2	Développement. de capacité du CNLS et atelier sur l'utilisation des données S-E	105.000	CQS	Préalable	Févr. 06	

Fréquence de la supervision de la passation des marchés

En plus des examens préalables qui doivent être assurés depuis les bureaux de la Banque, l'évaluation de la capacité de l'Agence exécutrice a recommandé des missions annuelles de supervision pour des visites sur le terrain et des vérifications des marchés passés.

3.6 Audit comptable et financier interne

Pour assurer l'application cohérente des procédures et une utilisation efficace des fonds par les agences exécutantes, le cabinet comptable Delta Audit Deloitte & Touche, en collaboration avec le personnel de Suivi-Évaluation de l'UGP continuera à assurer la

fonction d'inspection interne. Tous les problèmes identifiés pendant les inspections internes doivent être résolus rapidement afin d'améliorer la performance du projet.

3.7 Audit comptable et financier externe

Les états financiers du projet seront vérifiés chaque année par un cabinet comptable international privé acceptable par l'IDA, conformément aux Normes internationales de l'audit et aux nouvelles Directives relatives à la Politique et aux pratiques de la vérification des comptes des activités financées par la Banque Mondiale.

Les Commissaires aux comptes du Comité d'Audit du PMPS fourniront un avis commun sur les états financiers annuels et diront s'ils reflètent fidèlement, à leur avis, les transactions financières et les soldes associés à l'exécution du projet et si les dépenses financées par le crédit sont appropriées. Les Commissaires aux comptes devront aussi procéder à un examen complet des procédures de contrôle interne et fournir un rapport de gestion présentant des recommandations pour leur amélioration. Le rapport d'audit sera soumis à l'IDA au plus tard six mois après la fin de chaque exercice. Les Commissaires aux comptes devront être recrutés avant la date de mise en vigueur.

3.8 Systèmes informatisé de gestion (SIG)

L'UGP/PMPS et l'AGF utilisent un système intégré de gestion financière capable d'enregistrer et de produire de manière opportune tous les rapports financiers requis pour gérer et assurer le suivi des actions du projet.

ANNEXES

ANNEXE 1

MADAGASCAR :
De la prévention des IST/VIH/Sida
au traitement, aux soins et au soutien des PVVIH
- Note stratégique -

CONSIDERATIONS GENERALES

Madagascar est un des rares pays à faible prévalence du VIH parmi les pays d'Afrique. Toutefois, les chiffres enregistrés à la suite de différentes enquêtes menées de façon transversale ou ponctuelle montrent que le nombre des personnes vivant avec le VIH n'a cessé d'augmenter depuis 1987, année où le premier cas d'infection au VIH a été détecté. D'un séropositif pour 5000 habitants en 1989, le pays compte aujourd'hui un séropositif pour 105 habitants. De la phase peu active ou concentrée, le pays progresse vers la phase généralisée de l'épidémie.

Bien que l'épidémie soit encore dans sa phase de non visibilité, tous les facteurs sont réunis pour faire craindre une explosion imminente si des mesures adéquates ne sont pas prises : (i) une forte prévalence des IST ; (ii) un taux élevé de rapports sexuels non protégés ; (iii) une grande fréquence du rapport sexuel occasionnel ; (iv) des services préventifs insuffisants, notamment en milieu de soins. Ces facteurs sont principalement sous-tendus par : (i) la pauvreté ; (ii) le faible niveau d'instruction et d'information ; (iii) les us et coutumes ; (iv) le statut de la femme.

La situation n'est cependant pas sans espoir. Les conditions sont réunies pour faire face au problème, en veillant à ne pas refaire les erreurs commises par d'autres pays. L'engagement personnel de Son Excellence M. Marc RAVALOMANANA, Président de la République, qui dirige la lutte contre le VIH/SIDA souligne en effet la détermination du pays à faire face à ce fléau. L'ensemble des structures de coordination de la lutte sont en place et les principaux outils de coordination sont maintenant disponibles. L'action sur le terrain a pris une ampleur sans précédent, sur des bases stratégiques réfléchies, fondées sur les bonnes pratiques.

De l'expérience des autres pays, Madagascar a notamment retenu que :

- la majorité des personnes qui sont contaminées ignorent leur statut sérologique. Il est peu vraisemblable qu'ils voudront se faire tester si les soins, dont les ARV, ne sont pas disponibles.
- L'effort mondial s'est concentré sur l'accès aux ARV, particulièrement pour les pays à forte prévalence. Le maintien du faible niveau de prévalence à Madagascar représente un axe d'intervention prioritaire, aussi éthiquement valable, dont la réalisation peut représenter un succès dans la riposte mondiale.
- Pour maîtriser la progression de l'épidémie du VIH, les pays doivent pouvoir conjuguer les interventions pour la prévention et pour le traitement, les soins et le soutien.

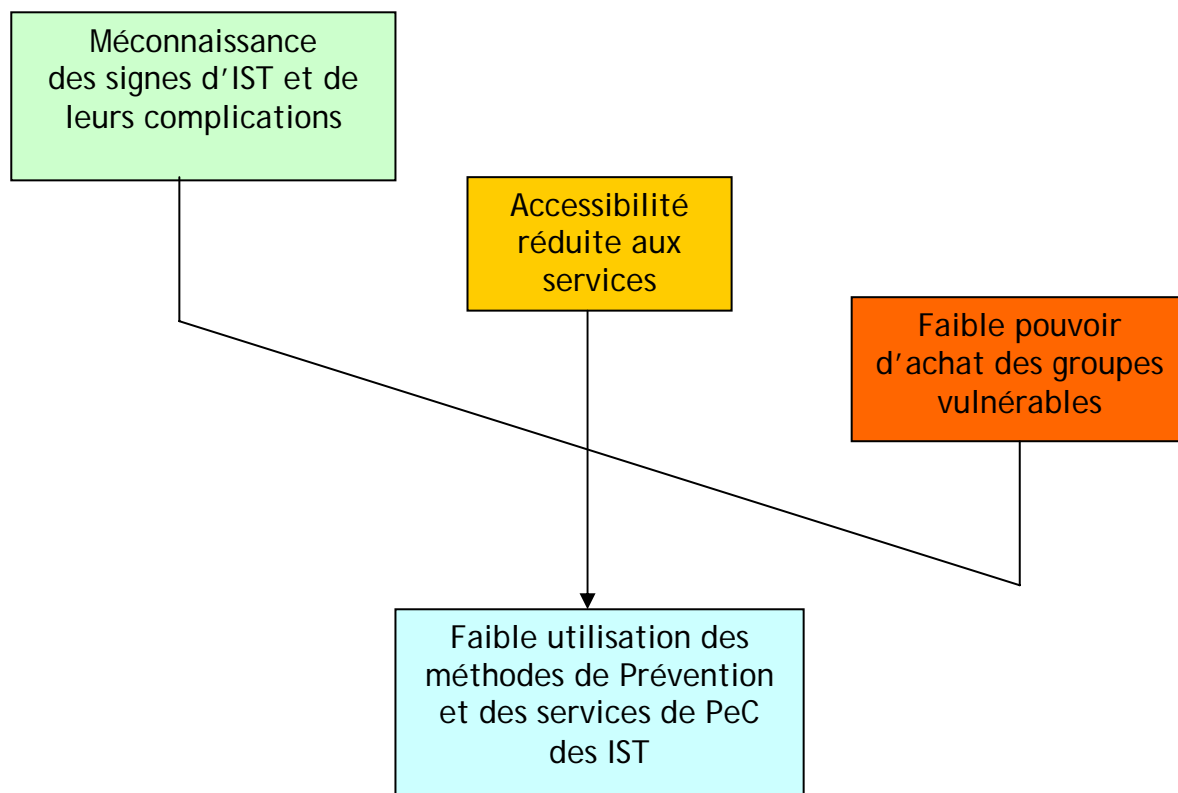
Pour être efficace, la lutte contre le VIH/Sida à Madagascar doit s'articuler autour des interventions suivantes : (i) prévention et prise en charge des IST ; (ii) création d'un environnement favorable à la réduction des réticences au conseil et test volontaire ; (iii) prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; (iv) prévention de la transmission du VIH en cas d'exposition accidentelle au sang ; (v) prévention et traitement des infections opportunistes ; (vi) traitement par les ARV ; (vii) prise en charge psychosociale.

I. LA PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST

Les infections sexuellement transmissibles curables causées par des agents bactériens, mycologiques et protozoaires ne sont pas seulement une cause importante de morbidité. Il est universellement reconnu qu'elles sont une porte d'entrée pour le VIH.

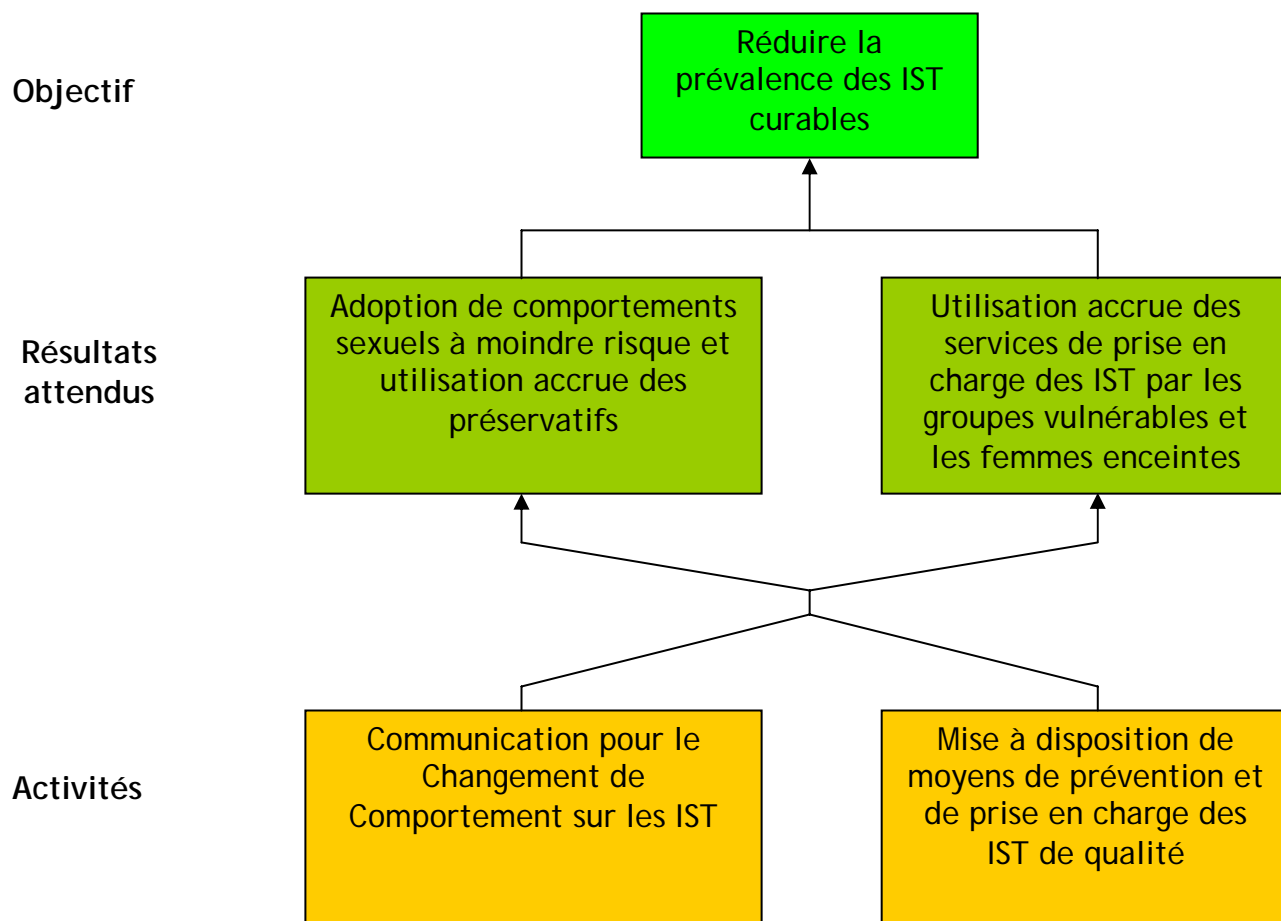
A Madagascar, le VIH est transmis par voie sexuelle dans 97% des cas et le pays figure en parmi ceux qui ont un taux de prévalence des IST classiques les plus élevés au monde.

Cette forte prévalence des IST est notamment liée aux comportements sexuels à risque, notamment le multipartenariat, largement pratiqués dans l'ensemble des groupes de population. Une grande majorité de la population, surtout en milieu rural, est indifférente aux IST, souvent symptomatiques chez les hommes mais généralement asymptomatiques chez les femmes. La faible accessibilité (géographique et financière) aux services de prise en charge des IST favorise le recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle (décoction), très répandus. L'utilisation des préservatifs pour la protection contre les IST reste assez faible.



Les cibles de la prévention des IST et du VIH se recoupent donc, ainsi que les modalités de prévention : réduction des comportements à risque et, dans cette optique, promotion du dépistage du VIH.

Il est donc impératif de renforcer l'offre des services de prise en charge des IST et orienter les efforts en matière de communication pour le changement de comportement non seulement vers l'adoption de comportements à moindre risque mais l'utilisation des services cliniques préventifs : prise en charge des IST et, dans le cadre de ce service, dépistage volontaire du VIH. Ces interventions doivent être dirigées à la fois vers les groupes les plus vulnérables (travailleuses du sexe, clients, jeunes) et la population générale, à commencer par les femmes enceintes (en renforçant la notification au partenaire).



Un comité technique assurera l'encadrement politique, stratégique et scientifique de cette composante majeure de la lutte contre les IST et VIH/Sida dont les résultats attendus sont les suivants :

RESULTAT 1 : ADOPTION DE COMPORTEMENTS SEXUELS A MOINDRE RISQUE ET UTILISATION ACCRUES DES MOYENS DE PREVENTION - PREVENTION PRIMAIRE

Les IST sont traitables (sauf celles d'origines virales). La prolifération des infections sexuellement transmissibles classiques est essentiellement liée au manque de connaissances sur ces pathologies et leurs complications, limitant le recours aux méthodes préventives.

Un accent particulier sera donc mis sur les activités de CCC/IEC, qui seront intégrées dans divers services socio-sanitaires, dans le but de réduire les comportements à risque et promouvoir l'utilisation du préservatif dans les groupes les plus vulnérables et la population générale.

Les messages éducatifs cibleront les différents groupes de population avec les contenus suivants :

- Les complications et les séquelles permanentes des IST telles que la stérilité, la cécité des enfants;
- Le risque de transmission du VIH associé aux IST
- Les symptômes d'IST peuvent passer inaperçus, particulièrement chez les femmes
- L'évaluation du risque d'une personne de contracter une IST en raison de son comportement et/ou celui du ou des partenaires.
- La fidélité mutuelle comme meilleure prévention contre les IST et le VIH/Sida
- L'utilisation du préservatif comme mesure préventive, particulièrement lors de comportements à risque

- La liste des lieux où l'on peut obtenir des conseils sur les IST et des fimailo

Le marketing social du préservatif sera renforcé par la distribution promotionnelle du « Fimailo » au sein des groupes les plus vulnérables et au niveau des localités périphériques afin de faciliter l'accès de ces cibles à ce produit de santé.

Au niveau stratégique

- Renforcer le plaidoyer à tous les niveaux en faveur de la prévention des IST.
- Assurer l'intégration de la prévention des IST dans tous les services socio-sanitaires afin d'assurer une large couverture des groupes vulnérables.

Au niveau technique

- Renforcer les capacités des prestataires de services sociaux en communication pour le changement de comportement pour la prévention des IST.
- Assurer une communication culturellement adaptée, par le biais d'un mix de média de masse, de proximité et de communication interpersonnelle
- Faciliter l'accès géographique et financier des groupes vulnérables aux moyens de prévention (préservatifs)

Au niveau opérationnel

- Impliquer les leaders politiques, religieux et communautaires dans les activités de prévention, particulièrement celles abordant les pratiques traditionnelles et culturelles.
- Former les pair-éducateurs au sein des groupes les plus vulnérables (travailleurs de sexe, jeunes scolarisés et non scolarisés, travailleurs mobiles ...) pour la prévention des IST.
- Renforcer le passage de l'ABC à l'ABCD, avec « D » pour demande pour les services dans le cadre de la réponse locale.
- Mettre en place des points de distribution du « Fimailo » au niveau des communautés, et particulièrement, dans les sites de rencontre des individus ayant des comportements sexuels à risque.

RESULTAT 2 : UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) - PREVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire est axe d'intervention privilégié - réduire la durée des IST réduit la possibilité d'infection au VIH. Elle sera également utilisée pour renforcer la demande des clients IST pour le dépistage du VIH.

Le traitement des IST, respectant les normes de qualité (IP6, IP7) sera rendu accessible et disponible aux groupes vulnérables, offrant ainsi un diagnostic et un traitement efficaces à aux patients qui présentent des symptômes d'IST, ainsi que leur(s) partenaire(s).

Pour garantir l'accès universel au traitement et puisque le patient est libre de choisir à qui s'adresser pour les soins, la prise en charge médicale des IST classiques sera intégrée dans les soins de santé primaires des secteurs public et privé.

Le traitement des IST selon l'approche syndromique préconisé dans le guide national de prise en charge sera généralisé et l'accès à ce traitement sera facilité par la mise à disposition aux CSB de kits de traitement des écoulements génitaux (Cura7) et des ulcérations génitales (Génicure) vendus aux patients à des prix fortement subventionnés.

Le dépistage et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes utilisant les services de CPN sera renforcé.

Tant dans le cadre de la CPN que de la consultation pour la prise en charge des IST, le conseil mettra l'accent sur la notification au partenaire et le dépistage du VIH.

Les activités de communication se focaliseront sur le renforcement de la demande pour la CPN et la prise en charge des IST. Les messages éducatifs cibleront les différents groupes de population et incluront :

- la plupart des IST peuvent être traitées et guéries ;
- un traitement précoce est nécessaire pour éviter les complications et les séquelles permanentes telles que la stérilité, la cécité des enfants;
- le risque de transmission du VIH est associé aux IST
- les symptômes peuvent passer inaperçus, particulièrement chez les femmes ;
- la description des signes et symptômes reconnaissables ;
- le dépistage de la syphilis se fait en CPN
- la liste des lieux où l'on peut obtenir des conseils et services de prise en charge des IST et dépistage du VIH
- des conseils pour le dépistage du VIH
- l'assurance que dans les services, la vie privée, la confidentialité et le respect sont de règle;

Au niveau politique et stratégique

- Elaborer une politique de lutte contre les IST
- Définir les mécanismes de coordination intra et intersectorielles de lutte contre les IST
- Décentraliser le suivi et la supervision formative des activités de prise en charge des IST au niveau des formations sanitaires.
- Impliquer les leaders d'opinions dans la prise de décision en faveur de la facilitation de l'accès « financier » des groupes vulnérables aux médicaments contre les IST.

Au niveau technique

- Revisiter si nécessaire le contenu des kits IST pour une meilleure observance du traitement et afin de réduire les risques de résistance.
- Développer un outil d'évaluation de la qualité de la prise en charge des IST à l'intention des responsables au niveau des districts sanitaires.
- Mettre en place un dispositif de pharmacovigilance pour les médicaments des kits IST.

Au niveau opérationnel

- Renforcer les activités de communication pour la promotion de l'utilisation des services de prise en charge des IST.
- Généraliser la formation en approche syndromique pour le diagnostic et traitement des IST
- Assurer la disponibilité régulière des kits IST et des préservatifs au niveau des centres de santé.
- Assurer une prise en charge correcte des partenaires des patients IST à travers l'orientation du(des) partenaire(s) par le patient.
- Dépister systématiquement et traiter la syphilis chez les femmes enceintes se présentant en consultations pré-natales.
- Promouvoir le dépistage du VIH dans le cadre de la CPN et de la prise en charge des IST.
- Superviser périodiquement les activités de prise en charge des IST au niveau des formations sanitaires afin d'assurer la qualité des services.
- Mettre en place un système d'évaluation locale de l'impact de la mise en disposition des moyens de prévention et prise en charge des IST (préservatifs, kits IST) sur l'incidence des infections.

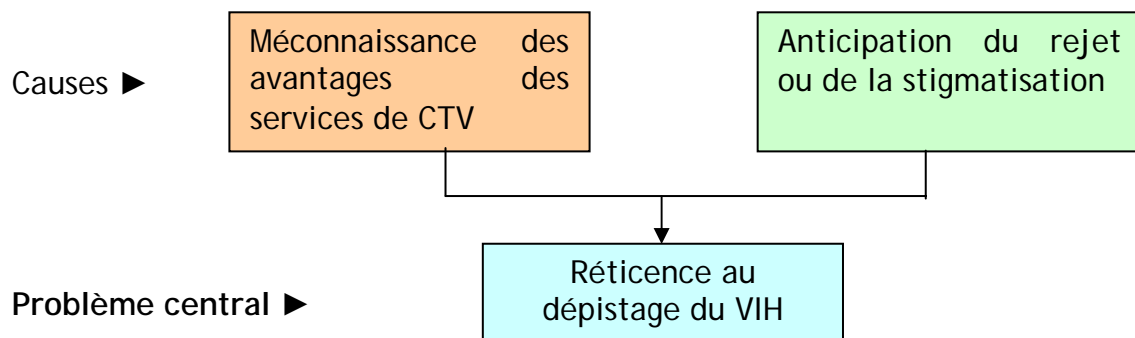
II. LA PROMOTION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA REDUCTION DES RETICENCES AU DEPISTAGE DU VIH

Les services de Conseil et de Test Volontaires du VIH/SIDA ont prouvé leur efficacité non seulement pour la prévention du VIH mais comme porte d'entrée pour renforcer l'accès aux soins et au traitement des personnes séropositives.

Dans le contexte actuel de faible prévalence de l'infection à VIH à Madagascar, la connaissance d'un statut sérologique néгатif ouvre la voie vers une prévention pérenne, l'individu étant encouragé, dans le cadre du conseil, à rester séronégatif toute sa vie.

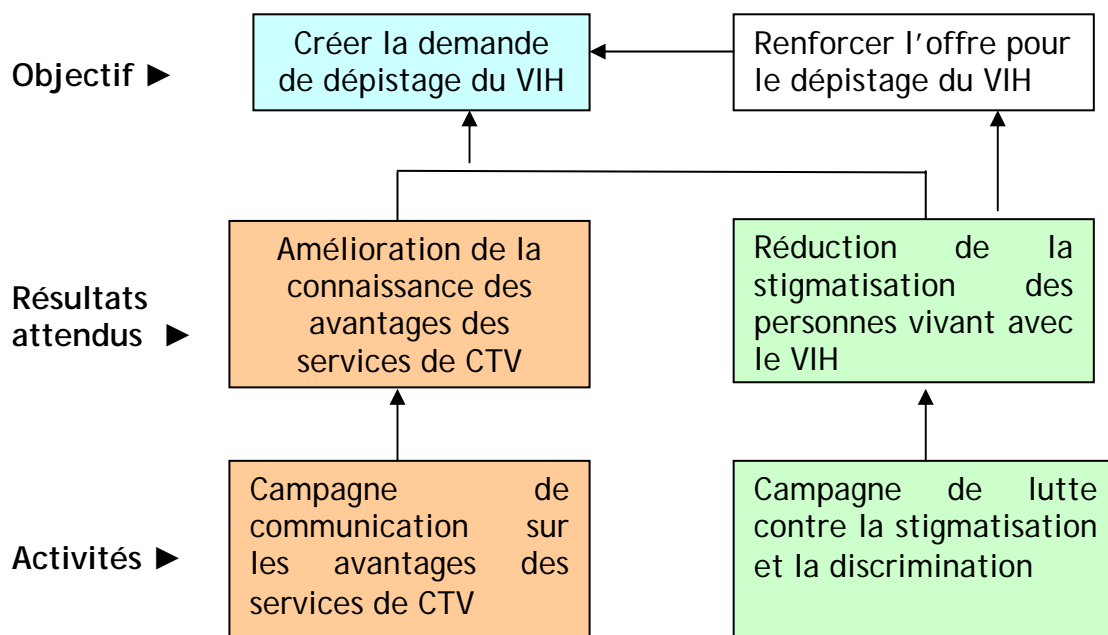
L'un des obstacles les plus courants au CTV est que les gens n'en voient pas l'intérêt - ils se pensent séronégatifs. Ou bien, ils sont réticents à connaître leur statut sérologique, par crainte du rejet, de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des personnes séropositives. Enfin, ils ne voient pas les avantages du dépistage et sont effrayés à l'idée de faire face aux conséquences d'un statut séropositif.

La problématique peut être schématisée comme suit :



Outre le renforcement de l'accessibilité aux services de dépistage du VIH, cette composante aura donc pour objectif d'augmenter la demande pour le dépistage du VIH, par la création d'un nouvel environnement, attaquant les deux principales causes de la réticence au dépistage du VIH.

Les objectifs spécifiques et résultats attendus sont schématisés comme suit :



RESULTAT 1 : AMELIORATION DE LA CONNAISSANCE DES AVANTAGES DES SERVICES DE CTV

La connaissance des avantages des services de CTV suscitera une demande pour connaître son statut sérologique VIH. Le fait de pouvoir compter sur une prise en charge et sur un traitement, en cas de séropositivité VIH, rassurera les gens sur les conséquences éventuelles du test. Au niveau individuel, la connaissance du statut sérologique permettra de : (i) planifier son avenir ; (ii) adopter ou maintenir des comportements à moindre risque pour conserver son statut séronégatif ou éviter d'infecter d'autres personnes ; (iii) accéder à des soins, au traitement et à un soutien approprié pour l'infection à VIH ; (iv) bénéficier d'interventions destinées à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les niveaux d'intervention pour atteindre les résultats attendus :

Au niveau politique et stratégique

- Faire un plaidoyer auprès des dirigeants et responsables sectoriels, en vue de susciter leur engagement au dépistage volontaire de l'infection au VIH.
- Définir la stratégie de « marketing » c'est à dire l'ensemble de moyens d'action à utiliser pour promouvoir les avantages des services de CTV.

Au niveau technique

- Elaborer un produit social (*i.e* : message à transmettre) approprié et ciblé pour dédramatiser la décision de se faire dépister, en insistant sur le fait que le dépistage volontaire est un acte normal de santé ;
- Définir et préparer les différents canaux de communication, en incluant les canaux de communication de masse et les canaux de communication interpersonnelle, adaptés aux différents groupes-cibles et aux conditions locales ;
- Intégrer la promotion des avantages du CTV dans les programmes d'éducation en matière de VIH.

Au niveau opérationnel

- Mener une analyse de situation ou de l'environnement dans lequel le service de CTV est délivré, et une étude des besoins en IEC pour pouvoir mettre en œuvre une communication adaptée aux besoins des groupes-cibles spécifiques (les travailleuses de sexe, les jeunes, les femmes enceintes, les populations mobiles, les clients IST et TB, etc.) ;
- Lancer et positionner le produit social élaboré, en vue de conscientiser, sensibiliser, motiver le public à se faire dépister sans réticence;
- Former les conseillers et éducateurs-pairs retenus pour être en mesure de communiquer efficacement avec les groupes-cibles spécifiques ;
- Communiquer les avantages des services de CTV et de la connaissance du statut sérologique VIH.
- Impliquer dans les campagnes tous les leaders d'opinion politiques, religieux, communautaires, les ONG, et les personnes influentes dans la communauté et dans la famille, pour influencer les opinions et les décisions des personnes à se faire dépister ;

RESULTAT 2 : REDUCTION DE LA STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Les personnes vivant avec le SIDA doivent être encouragées et aidées à chercher à connaître leur statut sérologique. La peur du rejet ou de la stigmatisation est une raison fréquente de refus du test VIH. La réduction de la discrimination et de la stigmatisation, entourant le VIH/SIDA et les PVVIH, va donc atténuer cette peur et cette réticence au dépistage du VIH.

D'une part, la protection des droits de l'homme est essentielle à la réduction de l'impact de l'épidémie sur les PVVIH. Les lois doivent envisager les problèmes d'héritage, de prise en charge, d'emploi, d'éducation, de logement et de sécurité sociale des PVVIH. D'autre part, une campagne d'IEC/CCC efficace permettra d'éliminer certains mythes liés au VIH. Pour réduire la discrimination et la stigmatisation liées au VIH/SIDA, des actions spécifiques devront être engagés aux différents niveaux d'intervention :

Au niveau politique et stratégique

- Plaidoyer auprès des Parlementaires sur la nécessité de lutter contre la discrimination et la stigmatisation qui entravent le droit des personnes à accéder au dépistage du VIH ;
- Elaborer et promulguer des lois, sur la base des directives internationales sur le VIH/SIDA et des droits de l'homme, qui protègent le droit des personnes à accéder au dépistage du VIH ;
- Développer un cadre institutionnel pour appuyer la mobilisation multisectorielle, afin d'encourager les personnes au dépistage du VIH ;
- Développer des stratégies de lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH dans les différents milieux : milieu médical, milieu professionnel, famille, communauté, ...

Au niveau technique

- Elaborer un programme de campagnes d'IEC/CCC pour démystifier le Sida et changer ainsi les comportements du public en général et des professionnels de santé en particulier, afin d'encourager les personnes à connaître leur statut sérologique ;
- Elaborer des programmes qui encouragent et renforcent la création des associations, des organisations ou des groupes de pression en faveur des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida.

Au niveau opérationnel

- Mener une analyse situationnelle pour étudier les raisons et l'impact des phénomènes de rejet sur les programmes de prévention et prise en charge et le bien-être des PVVIH.
- Mener une étude des besoins des groupes-cible visés par les campagnes d'IEC/CCC.
- Lancer les campagnes d'IEC/CCC pour fournir des informations exactes sur le VIH/Sida et réduire promouvoir ainsi les avantages du dépistage du VIH, tant au niveau individuel qu'au niveau communautaire ;
- Former et éduquer les professionnels de santé à développer des attitudes et des pratiques non stigmatisantes et non discriminatoires vis-à-vis des personnes infectées par le VIH.

III. EXPANSION DES SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH

Il est crucial de mettre en place les structures ou les services de Conseil et Test Volontaires du VIH (CTV), afin de répondre à la demande créée par la prise de conscience des avantages du dépistage du VIH au niveau communautaire et la réduction de la peur du rejet, de la stigmatisation et à la discrimination, qui amènera les individus à prendre la décision de faire le test VIH. Les personnes séronégatives pourront obtenir des conseils et un soutien pour conserver leur séronégativité. Les personnes séropositives pourront être référées pour une prise en charge clinique et psychosociale.

Selon la déclaration d'intention de l'ONUSIDA en matière de CTV, les services de CTV devraient être disponibles, accessibles et de bonne qualité, assurant une confidentialité absolue et un consentement éclairé des clients.

Le processus de conseil et de test volontaires se déroule en trois phases, selon les besoins des groupes-cibles spécifiques (hommes, femmes, jeunes, femmes enceintes, drogués, professionnelles du sexe, etc.) :

- le conseil avant le test qui explique en quoi consiste le test VIH, rectifie les fausses idées entourant le VIH/SIDA, définit les risques encourus par le client en fonction de son profil personnel, propose les méthodes de prévention du risque d'infection au VIH, et comment faire face au résultat du test ;
- le conseil après le test qui aide l'individu à comprendre les résultats du test et à faire face à son statut sérologique, que celui-ci soit négatif ou positif ;
- la phase de suivi pour les personnes testées, qu'elles soient séropositives ou séronégatives.

Il est indispensable de renforcer, dans le cadre du conseil, la notification au partenaire.

Les premiers centres de CTV ayant été mis en place, il faut maintenant envisager l'expansion de ces services, avec le passage d'une stratégie « opt in » à une stratégie « opt out », c'est à dire où le client est libre de refuser le test mais non de le demander - ce test lui est en effet proposé de façon systématique, routinière. Les avantages liés à la stratégie de dépistage de routine incluent la banalisation du test, la normalisation de la connaissance du statut sérologique et donc, la réduction de la stigmatisation.

Cette stratégie d'expansion des CTV peut s'opérer à travers les modalités suivantes : (1) extension des centres de dépistages volontaires et gratuit au niveau des 111 chefs lieux de districts ; (2) dépistage de routine proposé à travers les services de CPN, PF, IST, TB et pour les patients hospitalisés, sur l'ensemble du territoire et à travers toutes les consultations, dans les zones à haute prévalence/risque, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; (3) stratégie mobile pour atteindre les zones enclavées, d'accessibilité saisonnière difficile, aux sites de fréquentation élevée et dans les communes à risque où il n'y a pas de centre fixe.

Le processus d'intégration des composantes cliniques du programme de lutte contre les IST et VIH/Sida dans les services concernés (CPN, accouchement, Consultations générale/PEC des maladies, PF, TB) aux différents niveaux de la pyramide sanitaire peut être représenté comme suit :

Paquet d'activités complémentaires				
CHU	MSR (GR référées) Sérologie syphilis si pas encore faite CTV si pas fait au niveau périphérique Prophylaxie ARV (kit PTME)	PEC maladies CTV - Elisa pour patients hospitalisés Traitement ARV	Consultation PF Toutes méthodes CTV Elisa	TB Dépistage labo + radio Hospitalisation traitement d'attaque CTV Elisa
CHR	MSR (GR référées) Sérologie syphilis si pas encore faite CTV si pas fait au niveau périphérique Prophylaxie ARV (Kits PTME)	PEC maladies CTV 3 tests rapides (ou Elisa si disponible) pour patients hospitalisés Traitement ARV	Consultation PF Toutes méthodes CTV 3 tests rapides (ou Elisa si disponible) pour patients hospitalisés	Consultation/hospitalisation TB Dépistage labo + radio Hospitalisation traitement d'attaque CTV 3 tests rapides (ou Elisa si disponible) pour patients hospitalisés
CHD2	MSR Grossesses à Risque référées) : Sérologie syphilis si pas encore faite CTV si pas fait au niveau périphérique (Prophylaxie ARV (Kits PTME)	PEC maladies CTV 3 tests rapides (ou Elisa si disponible) pour patients hospitalisés Bilan de suivi PVVIH PEC IO	Consultation PF : Toutes méthodes CTV 3 tests rapides (ou Elisa si disponible) pour patients hospitalisés	Consultation TB Dépistage labo + radio Hospitalisation/traitement d'attaque CTV 3 tests rapides (ou Elisa si disponible) pour patients hospitalisés
CHD1	MSR Grossesses à Risque référées) : Sérologie syphilis si pas encore faite CTV si pas fait au niveau périphérique Prophylaxie ARV (Kits PTME)	PEC maladies CTV 3 tests rapides pour patients hospitalisés PEC IO	Consultations PF Toutes méthodes CTV 3 tests rapides	Consultation TB Dépistage si plateau technique Hospitalisation traitement d'attaque CTV 3 tests rapides
Paquet minimum d'activités				
CSB2	CPN: Sérologie syphilitique ou référence Determine Référence CHD ½ pour autres tests si positif PEC GR/femmes enceintes séropositives qui ne peuvent aller au CHD : Prophylaxie ARV (Kits PTME ¹⁶)	Consultations générales : Approche syndromique Determine Référence CHD ½ pour autres tests si positif PEC IO	Consultation PF : Toutes méthodes Determine Référence CHD ½ pour autres tests si positif	Consultation TB Dépistage si plateau technique Determine Référence CHD ½ pour autres tests si positif
CSB1	CPN Référence pour sérologie syphilitique Determine Référence CHD ½ pour autres tests si positif	Consultations générales : Approche syndromique Determine Référence CHD ½ pour autres tests si positif	Consultation PF : Toutes méthodes sauf DIU Determine Référence CHD ½ pour autres tests si positif	Consultation TB

¹⁶ Si population cible de plus de 25 000

Dans le cadre de l'élargissement des services de CTV, les besoins en matière de personnel doivent être pris en compte, pour qu'ils puissent remplir leurs rôles et responsabilités respectifs, notamment dans une perspective de décentralisation de la gestion, pour une intégration effective des services.

RESULTAT 1 : ACCESSIBILITE RENFORCEE A DES SERVICES DE DEPISTAGE DE QUALITE

Les activités principales aux différents niveaux d'intervention incluent :

Au niveau politique et stratégique :

- Développer des principes directeurs régissant les centres de conseil et test au VIH selon leur niveau d'implantation (national/district ou ONG/communautaire);
- Réaliser des plaidoyers auprès des dirigeants et responsables sectoriels en vue de mobiliser les ressources nécessaires à l'implantation des CTV ;
- Définir les rôles et responsabilités de tous les partenaires inclus dans la mise en place des CTV ;
- Définir les stratégies d'expansion des CTV pilotes en fonction des approches (centre fixe, intégration, dépistage mobile) et des groupes prioritaires, en définissant au préalable les objectifs de couverture, les mécanismes de mise en œuvre et les coûts;
- Développer une stratégie de monitoring et d'évaluation du programme d'expansion des CTV ;
- Développer et mettre en place un système et des outils de contrôle et d'assurance de qualité de la pratique du counselling et du dépistage.

Au niveau technique :

- Développer les directives techniques, éthiques, normes et standards en matière de mise en place des services de CTV (démarche qualité, système d'accréditation et de supervision des conseillers, tests à utiliser, comment les utiliser, techniques de laboratoire, paquet minimum de test au VIH, système d'orientation-recours, outils d'évaluation, etc.) ;
- Choisir les sites d'expansion des services de CTV ;
- Développement d'un curriculum de formation en gestion pour les autorités sanitaires régionales et de district : planification, suivi (contrôle de la qualité), évaluation, approvisionnement des formations sanitaires en réactifs)
- Développer des outils de gestion à l'intention des responsables au niveau des districts sanitaires.
- Déterminer les personnels à impliquer dans le conseil (dans le domaine clinique, dans le domaine de la communauté, ou soins à la maison)
- Démultiplier le personnel de santé affecté au dépistage et lutte contre le VIH/Sida - non plus limité uniquement au personnel de laboratoire
- Développer un système de référence efficace entre les services de CTV et les autres services de soins et de prise en charge ;

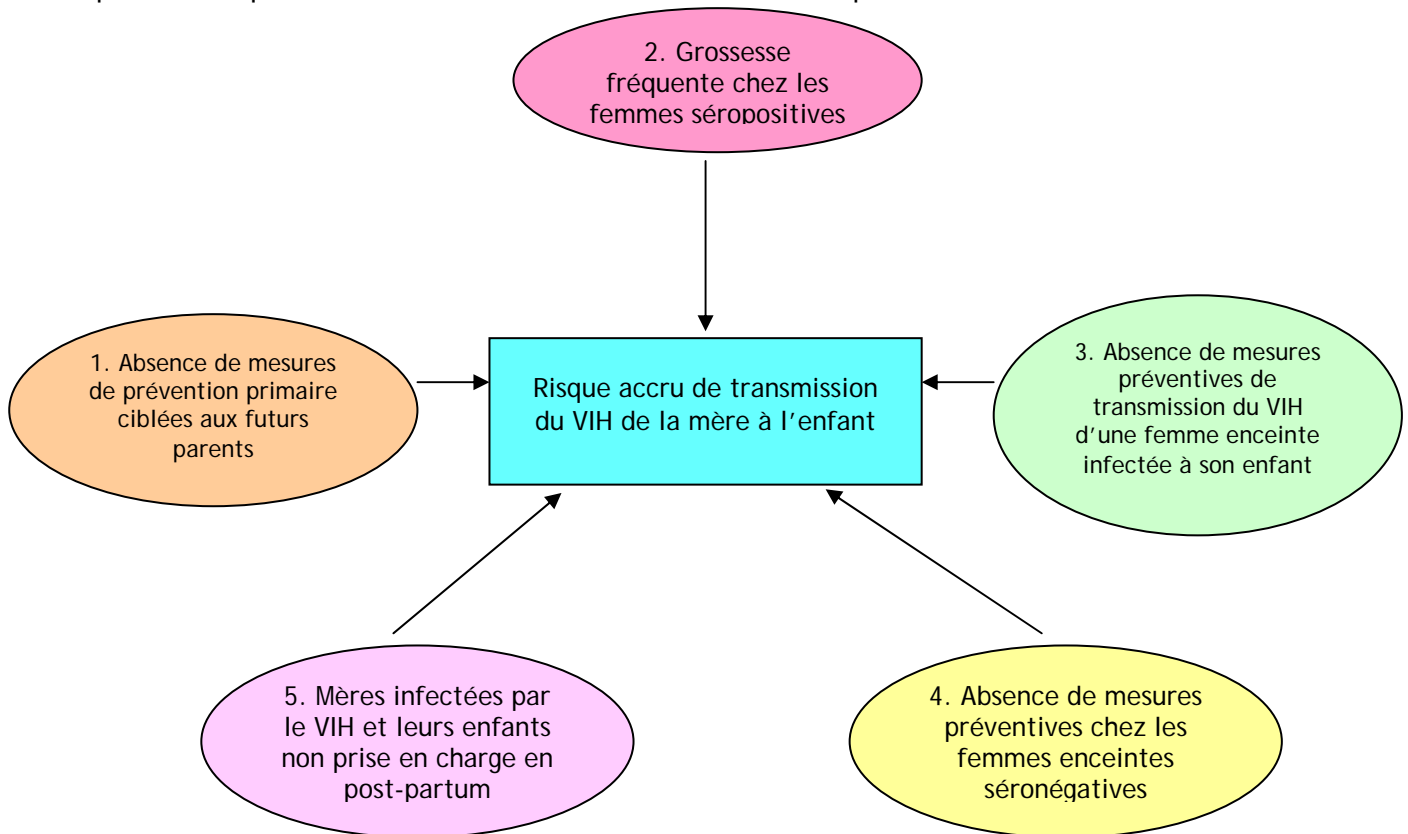
- Développer un système de contrôle de la qualité des services de CTV et de suivi-évaluation approprié.
- Simplifier les protocoles pour le dépistage du VIH
- Développer une stratégie de mise en place d'un système logistique adapté pour les réactifs.

Au niveau opérationnel

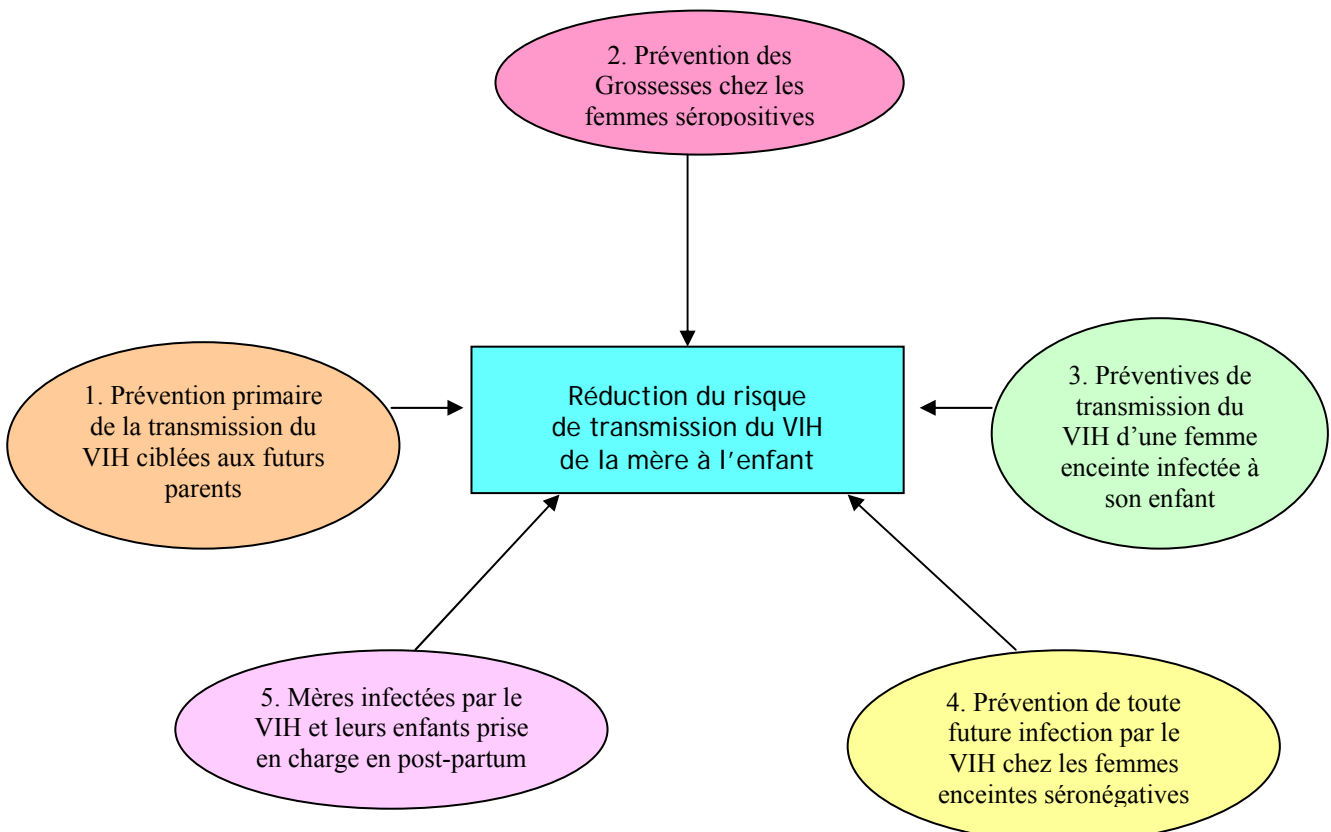
- Identifier les problèmes majeurs dans la mise en place des CTV et les besoins en matière de mise en place de CTV (infrastructures, ressources, etc.) ;
- Mettre en oeuvre la stratégie d'expansion des CTV après une évaluation des besoins, un choix des sites, une formation du personnel et une mise en place des équipements des CTV dans les hôpitaux de district, les centres de santé et les stratégies avancées (unités mobiles de dépistage) ;
- Préparer les systèmes de santé à l'introduction des CTV, avant leur intégration dans les services de santé existant (assistance technique, formation des personnels, etc.) ;
- Mettre à jour le guide de formateur en dépistage et counselling du VIH à l'usage des prestataires ;
- Organiser des formations et des recyclages en counselling bien ciblé et répondant aux besoins réels des médecins, des personnels soignants, des conseillers et des personnels de laboratoire ;
- Mettre en oeuvre le paquet minimum de CTV en impliquant la communauté et les autres services sanitaires au processus de développement et de fonctionnement des CTV ;
- Appliquer le protocole de dépistage adopté ;
- Assurer les liens avec les autres services (TME, ARV, TB...).
- Mise en place d'un mécanisme effectif de coordination intrasectorielle pour le dépistage du VIH intégré aux services de santé.
- Renforcer les capacités de gestion au niveau régional/district pour une amélioration de la couverture de services intégrés.
- Renforcer les capacités du personnel de santé pour des prestations de services intégrées.
- Etablir des conventions de partenariat avec les centres privés pour l'approvisionnement en réactifs et consommables sous condition du respect des normes et standards définis par le MINSAN.
- Assurer la disponibilité régulière des réactifs au niveau des centres de santé.
- Renforcer le conseil pour la notification au partenaire.
- Assurer le suivi périodique des activités de dépistage au niveau des formations sanitaires pour assurer un approvisionnement régulier en réactifs et mesurer la performance des services.

IV. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

La problématique liée à la transmission mère-enfant du VIH peut être schématisée comme suit :



Les axes stratégiques du programme de PTME, sont schématisés ci-après, en miroir du diagramme de problème ci-dessus :



Etant donné le faible taux de séroprévalence parmi les femmes enceintes, la composante doit insister sur les aspects de prévention primaire, en utilisant le dépistage comme point d'entrée, mais sans oublier la prise en charge des femmes testées séropositives et de leurs enfants.

Sur le plan opérationnel, l'intégration est la pierre angulaire de la mise en œuvre du programme de prévention verticale de la transmission du VIH : (1) dépistage du VIH et conseil dans le cadre de la CPN ; (2) administration du kit PTME aux mères séropositives lors de l'accouchement et référence.

Trois niveaux d'opérations seront envisagés pour atteindre les résultats :

Au niveau politique et stratégique

- Elaborer un document politique nationale de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- Elaborer un document politique d'allaitement maternel et de conseil pour l'alimentation infantile dans le cadre de la PTME ;
- Organiser des séances de plaidoyer au niveau des partenaires pour la mobilisation de ressources requises ;
- Etablir un plan stratégique définissant les objectifs, les modes d'expansion (préparation du système de santé, centres pilotes, intégration), les modèles d'intégration, les mécanismes de mise en œuvre et les étapes à suivre en matière de PTME selon les différents niveaux du continuum de soins ;
- Assurer le financement durable, l'approvisionnement, la distribution et la conservation des médicaments et équipements nécessaires ;
- Développer une stratégie de monitoring et d'évaluation des interventions de prévention de la transmission du VIH pour chaque groupe cible.

Au niveau technique

- Elaboration des directives nationales portant sur : la prévention primaire de la transmission primaire du VIH chez les futurs parents ; la planification familiale pour prévenir les grossesses chez les femmes infectées par le VIH ; l'amélioration des infrastructures des services de santé maternelle et infantile assurant l'anonymat et la confidentialité des mères et enfants infectés ; la proposition du conseil et dépistage volontaire pour toutes femmes enceintes en période pré-natale, leurs enfants et leurs partenaires sexuels ; la prise en charge des infections sexuellement transmissibles ; l'utilisation des ARV à titre prophylactique ; l'application des soins obstétricaux de sécurité ; l'alimentation du nourrisson ; la prévention de toute future infection aux femmes enceintes séronégatives au VIH ; le suivi et soutien aux mères infectées par le VIH en post-partum ;
- Concevoir des modules de formation et de communication des personnels de santé des secteurs public et privé, des prestataires de soins maternel et infantile du secteur informel aux interventions de PTME ;
- Concevoir des annuaires des services sanitaires et sociaux de référence pour la continuité et la fluidité des soins.

Au niveau opérationnel

Au préalable :

- Lancer une campagne permanente sur les avantages de PTME auprès de la population générale.
- Préparer les centres de santé maternelle et infantile pour l'introduction des interventions de PTME : formation des personnels de santé au conseil et test VIH volontaire et confidentiel, à la prophylaxie ARV, aux gestes obstétricaux optimaux, conseil en matière d'alimentation du nourrisson, conseil préventif de toute future infection... ; aménagement des infrastructures de soins pour assurer l'anonymat et la confidentialité de toute femme enceinte ; disponibilité et accessibilité des médicaments, alimentation de substitution du lait maternel et équipements nécessaires éventuellement.
- Mettre en oeuvre la phase pilote du programme de PTME.
- Evaluer et capitaliser la phase pilote en vue d'une intégration du programme de PTME.
- Intégrer le programme de PTME au niveau des services de santé maternelle et infantile :
- Assurer des services de planification familiale de bonne qualité ouverts aux femmes vivant avec le VIH avec disponibilité et accessibilité de toutes les méthodes contraceptives, plus particulièrement les méthodes de barrière ;
- Rendre disponible, accessible et abordable le conseil et test volontaire au VIH dans les centres de santé maternelle et infantile ;
- Mettre en oeuvre la prise en charge de la mère infectée : prophylaxie ARV, prophylaxie des infections opportunistes, diagnostic et traitement des IST ;
- Mettre en pratique les gestes obstétricaux optimaux de sécurité par des personnels formés ;
- Mener des activités relatives à l'alimentation du nouveau-né selon le choix informé de la mère ;
- Mener des activités en faveur de la prévention de toute future infection par le VIH chez les femmes enceintes séronégatives ;
- Mener des activités en faveur de soins et soutien aux mères infectées et à leurs enfants en post-partum (planification familiale, PCIME et VIH, soins palliatifs, soutien selon choix d'alimentation du nouveau-né, vaccination et soutien nutritionnel).

Mise en oeuvre au niveau communautaire et à domicile :

- Renforcer la communication en faveur de l'acceptation sociale de l'accès au centre de planification familiale ;
- Encourager la création d'association de mères ou couples infectés ou affectés par le VIH pour un support social, spirituel, matériel ou financier des familles affectées par le VIH (incluant les orphelins) ;
- Renforcer la communication en faveur de l'accès au centre de santé maternelle et infantile pour toute femme enceinte ;

- Former les mères, les famille et les membres d'association communautaire sur les consignes générales pour la prise en charge d'un enfant infecté par le VIH (nourriture, vaccination, traitement de toutes infections, ...).

V. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH EN CAS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE

La fréquence de la transmission professionnelle de l'infection à VIH chez les personnels soignants dépend de la prévalence de l'infection chez les patients, de la fréquence de l'exposition au sang et du risque de transmission.

L'exposition accidentelle au sang (EAS) est un contact avec du sang ou un produit biologique résultant d'une effraction cutanée (piqûre ou coupure), d'un contact muqueux (oeil, bouche) ou d'un contact sur une peau lésée (eczéma, plaie).

Le sang est actuellement la seule voie de transmission connue du VIH dans les structures sanitaires. Le risque professionnel de contamination par des patients séropositifs dans un établissement sanitaire est faible et associé le plus souvent à des traumatismes provoqués par une piqûre d'aiguille. En règle général, les soins aux malades ne comportent aucun risque de transmission du VIH et le dépistage systématique de celui-ci chez les personnels de santé ou les patients n'est pas recommandé.

La prévention de l'exposition reste l'arme la plus efficace pour réduire le risque de transmission du VIH au personnel soignant. La priorité doit donc être de former le personnel aux gestes de prévention et de mettre à leur disposition le matériel de sécurité et de protection nécessaire. Le traitement antirétroviral après exposition n'a de sens que si les précautions universelles sont largement enseignées et mises en pratique afin de réduire l'exposition au minimum.

Dans le cadre de l'intervention, l'objectif à atteindre sera de réduire la transmission du VIH des patients aux patients, des soignants aux patients et des patients aux soignants dans les structures sanitaires, en faisant adopter par tous les soignants des procédures de lutte contre l'infection.

Ainsi, deux grands résultats sont attendus :

RESULTAT 1 : APPLICATION DES MESURES DE PRECAUTIONS UNIVERSELLES DE SECURITE POUR PREVENIR LA TRANSMISSION DU VIH DANS LES STRUCTURES SANITAIRES

Les grandes opérations suivantes orienteront les principales activités à réaliser pour atteindre les résultats.

Au niveau politique et stratégique

- Elaborer et adopter des politiques et principes directeurs dynamiques et appropriés aux précautions universelles sur le lieu de travail, les bénéficiaires principaux, les axes prioritaires de prévention et les stratégies de réduction du risque.
- Assurer un financement suffisant des interventions en faveur de l'intégration de la sécurité dans les structures de santé.
- Elaborer des stratégies nationales d'évaluation et de réduction du risque adaptés aux situations existantes dans les services de santé.

Au niveau technique

- Elaborer des outils de : (i) détermination des personnes les plus exposées dans les structures sanitaires ; (ii) détermination des causes du risque encouru.

- Préparer des modules de formation des personnels de santé sur les précautions universelles de sécurité.
- Elaborer des directives locales d'intégration de la sécurité dans chaque secteur clinique en faisant participer les personnels de santé eux-mêmes.
- Mettre en place un système d'encadrement efficace de l'application des précautions universelles.
- Assurer la disponibilité en quantité suffisante les matériels et des équipements de protection de bonne qualité et conçus pour réduire au minimum les occasions potentielles de transmission du VIH dans le cadre professionnel.

Au niveau opérationnel

- Recueillir des données sur le nombre de tâches réalisées, de matériels et des soignants en jeu.
- Former régulièrement les personnels par petits groupes pour améliorer les connaissances et la compréhension des précautions universelles et pour maintenir à jour les connaissances des nouveaux employés.
- Réaliser régulièrement des discussions de groupe entre les personnels de santé pour susciter leurs intérêts à fournir des idées et suggestions pour améliorer le programme de précautions universelles.
- Fournir des matériels et des équipements appropriés en quantité suffisante.
- Appliquer les précautions universelles de sécurité dans les services sanitaires incluant : manipulation et élimination sans risque des objets piquants et tranchants; décontamination correcte des instruments et autres matériels contaminés; lavage correcte des mains ; utilisation de barrière de protection contre le contact direct avec les liquides organiques ; élimination sûre des déchets contaminés par des liquides organiques.
- Contrôler l'observance et les normes de bonne qualité des pratiques suivies par le personnel par des visites régulières de spécialistes de la lutte anti-infectieuses ou de surveillant dans chaque dispensaire ou service.

RESULTAT 2 : APPLICATION DE LA PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE CHEZ LES PERSONNELS DE SANTE EN CAS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU SANG POUR PREVENIR LA TRANSMISSION DU VIH

Pour atteindre le résultat, les grandes opérations suivantes guideront la planification des opérations :

Au niveau politique et stratégique

- Elaborer une politique nationale en matière de prophylaxie post-exposition au VIH dans les structures sanitaires sous réserve de l'application primordiale des précautions universelles de sécurité.
- Elaborer des stratégies d'application de la prophylaxie post-exposition au VIH selon le degré du risque d'exposition des personnels de santé dans leurs services.

Au niveau technique

- Elaborer un protocole thérapeutique ARV en cas d'exposition accidentelle au sang suivant les directives nationales.
- Développer des modules de formation des personnels de santé sur la prophylaxie post-exposition.
- Elaborer le contenu des kits de PEP selon les besoins des structures sanitaires locales.

Au niveau opérationnel

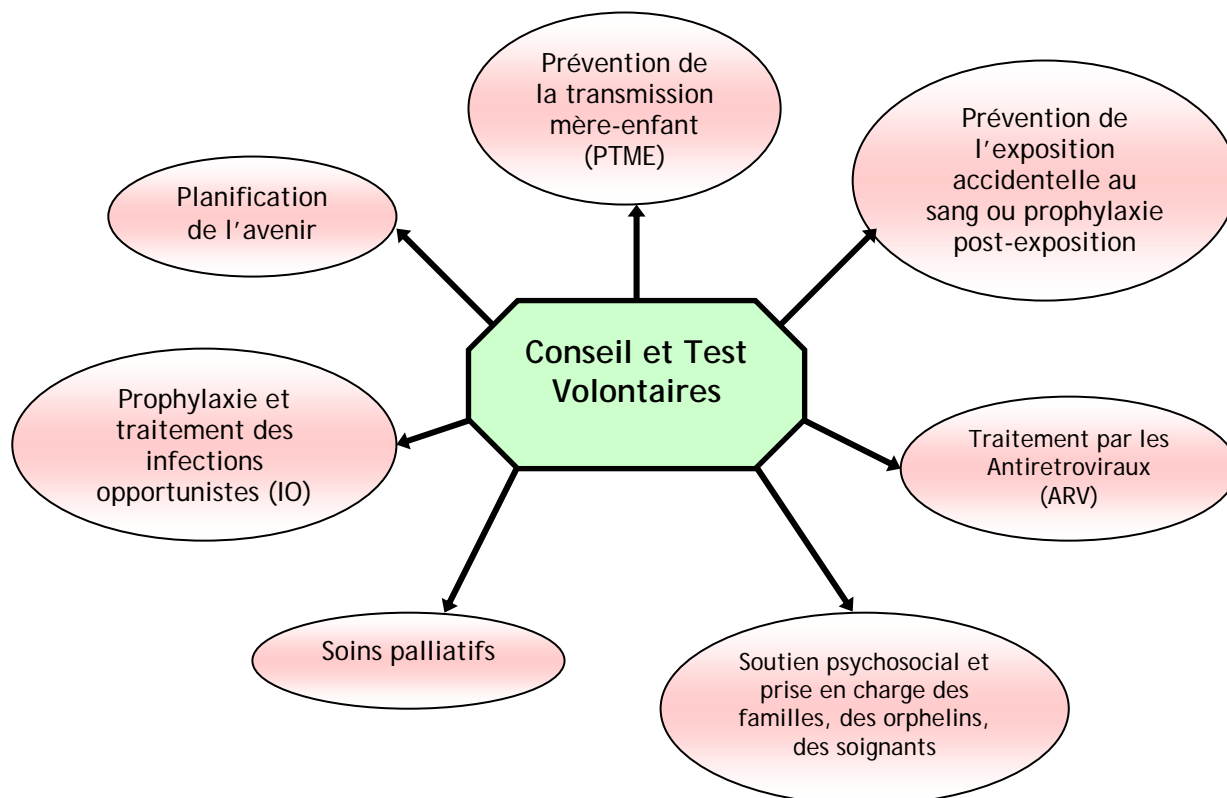
- Mettre au point un système de gestion assurant la régularité de l'approvisionnement et de la distribution des kits PEP incluant les Antirétroviraux.
- Former des personnels à l'identification et évaluation de la gravité de l'exposition.
- Informer les personnels aux procédures de notification des expositions garantissant la confidentialité des déclarations.
- Former et nommer des personnels de santé assurant la prise en charge des travailleurs en cas d'exposition au VIH : évaluation du risque : degré d'exposition, évaluation du risque de la « source » ; conseil pré et post-test ; décision du traitement à proposer ; suivi clinique et biologique du patient ; tenue du registre des expositions au VIH.
- Mettre en œuvre le processus de prophylaxie ARV en cas d'exposition accidentelle au sang ou au VIH sur le lieu de travail chez les personnels de santé.

VI. ACCES AUX SERVICES DE PRISE EN CHARGE ET DE SOUTIEN DES PVVIH

Le renforcement de l'offre et la demande pour le dépistage du VIH s'inscrit dans le cadre d'un continuum de soins, qui suppose une amélioration du système de référence/contre référence avec les services de PEC et réseaux de soutien des PVVIH.

En d'autres termes, le conseil et le test VIH volontaires sont à la charnière des programmes de prévention et de prise en charge, qui doivent être renforcés en parallèle.

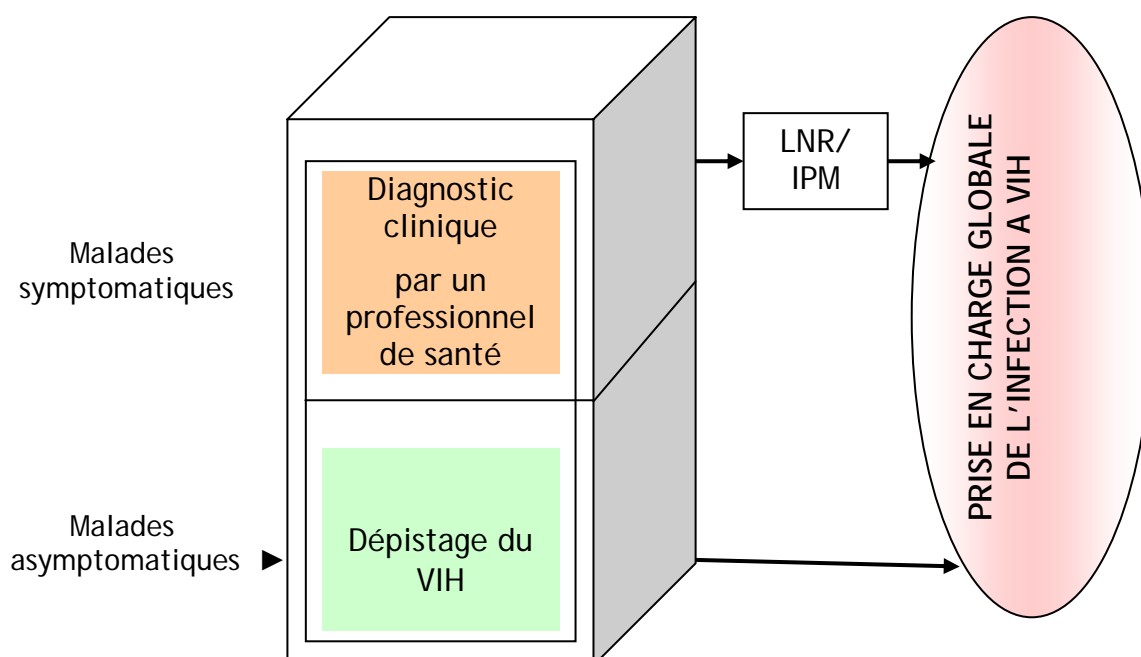
Dans le cadre de la prise en charge, les résultats du dépistage du VIH et des séances de conseil qui suivent permettent aux individus d'être orientés vers les services adéquats de prise en charge et de soutien, comme le montre le schéma suivant :



Deux principales portes d'accès aux services de prise en charge sont ainsi disponibles :

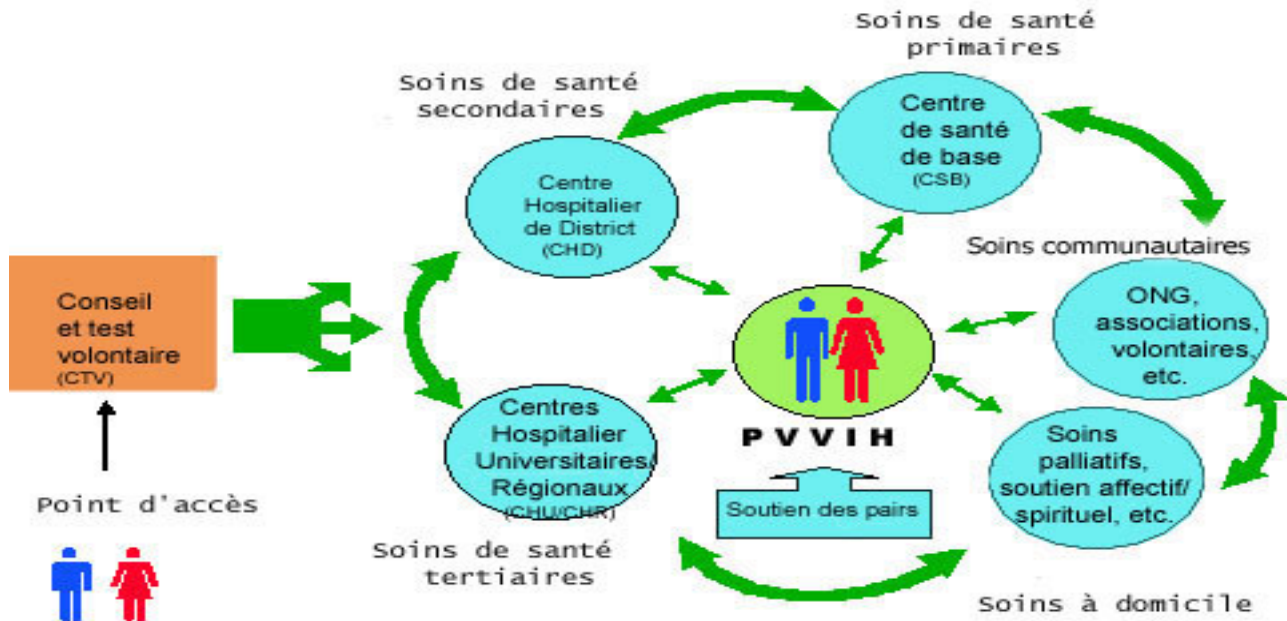
- la référence à partir des centres de dépistages du VIH qui constitue le principal portail d'accès aux services de prise en charge de l'infection à VIH.
- le diagnostic clinique des infections liées au Sida chez les personnes qui se présentent à un professionnel de santé, notamment un médecin ;

Le mécanisme peut être représenté par le schéma suivant :



L'objectif de cette composante sera de renforcer les portes d'accès à la prise en charge globale et continue des PVVIH, notamment le diagnostic clinique de l'infection à VIH par les professionnels de santé et la référence à partir des centres de dépistage, pour une prise en charge clinique de qualité.

Il importe de noter que l'accès aux médicaments n'est qu'un des besoins des personnes infectées par le VIH dans leur quête d'une vie qui reste saine et productive aussi longtemps que possible. Pour une prise en charge efficace, le traitement médical doit être complété par toute une série d'options thérapeutiques et de soutien dans le cadre d'une filière continue ou continuum de soins.



Cette filière de soins doit pouvoir couvrir les besoins des individus au fur et à mesure de l'évolution de leur état et de la progression vers les différents stades de l'infection à VIH. Ce continuum de soins va permettre de : (i) accéder à la prise en charge à différents points de la filière et (ii) orienter les patients vers des structures de prise en charge communautaire qui à leur tour vont orienter les PVVIH vers les services de santé, le cas échéant.

Le soutien psychosocial est traité à part dans une autre composante, comme les soins palliatifs.

RESULTAT 1 : LES PROFESSIONNELS DE SANTE SONT CAPABLES DE POSER UN DIAGNOSTIC POSITIF D'UNE INFECTION A VIH

Les professionnels de santé, notamment les médecins, devraient être capables de faire un diagnostic clinique de l'infection à VIH. Pour cela, stimuler leur réflexe à penser à une infection à VIH, devant un malade présentant les symptômes connus des affections liées au VIH. Aussi, serait-il nécessaire de les former à reconnaître ces symptômes et à poser le diagnostic d'une infection à VIH, afin que les patients identifiés puissent être référés pour une confirmation diagnostique aux niveaux des structures compétentes, comme le Laboratoire National de Référence (LNR) ou l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM).

Afin d'atteindre ce résultat, les grandes opérations suivantes devraient être envisagées, aux différents niveaux de responsabilité :

Au niveau politique et stratégique

- Définir les rôles et responsabilités de tous les partenaires inclus dans l'application des procédures de formation des professionnels de santé au diagnostic de l'infection à VIH ;
- Etablir un plan stratégique définissant les objectifs, les cibles prioritaires et les mécanismes de mise en oeuvre de la formation des professionnels de santé ;
- Développer des stratégies de mise en place des structures de laboratoires pour confirmer une suspicion clinique d'infection à VIH.

Au niveau technique

- Développer les directives techniques et éthiques en matière de diagnostic clinique de l'infection à VIH/SIDA ;
- Définir les normes et standards relatifs au diagnostic clinique de l'infection à VIH/SIDA (démarche qualité, prise en charge intégrée des IST et VIH, système de suivi et évaluation, etc.) ;
- Elaborer des guides et des modules de formation des médecins et des personnels soignants en matière de diagnostic de l'infection à VIH/SIDA ;
- Elaborer des modules de formation en IEC et conseil pré-test, à l'intention du personnel médical et des agents communautaires, en incluant l'accréditation des différents cadres de conseillers (senior, professionnel, volontaires, pairs, etc.) ;
- Mettre à jour le guide du formateur en counselling du VIH ;
- Développer un système d'aiguillage approprié pour référer les patients aux laboratoires pour confirmation diagnostique ;
- Assurer un contrôle de qualité des procédures de formation des personnels de santé avec un système de suivi-évaluation approprié.

Au niveau opérationnel

- Conduire une évaluation des besoins des médecins et personnels de santé en matière de diagnostic clinique de l'infection à VIH ;
- Assurer la formation des médecins, des personnels soignants à reconnaître une infection à VIH/SIDA, à offrir des services intégrés de dépistage et de traitement des autres IST, en respectant le consentement éclairé du client ;
- Assurer la formation le personnel médical et les agents communautaires à respecter la démarche personnalisée, consentante, volontaire anonyme et confidentielle au CTV des clients, pour consolider la confiance entre le conseiller et le client ;
- Former des médecins et des personnels soignants aux orientations des patients suspectes de SIDA vers les services de prise en charge (TME, ARV, Tub...) ;
- Former le personnel de santé à savoir aiguiller les patients identifiés aux laboratoires de référence et aux services de prise en charge globale et continue de l'infection à VIH.

RESULTAT 2 : ACCESSIBILITE DES PVVIH AUX ARV

S'ils ne guérissent pas SIDA, les médicaments antirétroviraux inhibent la réplication virale (VIH) et stimulent le système immunitaire pour combattre les infections. L'accès aux ARV est une composante d'une stratégie globale où toutes les dimensions de la prise en charge des PVVIH doivent être prises en compte dans un souci d'équité et de la durabilité des actions à entreprendre. Ainsi, les ARV seront administrés aux PVVIH présentant des signes clinico-biologiques d'immunodéficience.

Les grandes opérations à réaliser aux 3 niveaux de mise en oeuvre incluent:

Au niveau politique et stratégique

- Elaborer et valider la politique nationale et les principes directeurs relatifs au traitement ARV adapté aux pays en situation de ressources limitées, comme Madagascar.
- Réaliser des plaidoyers afin de susciter l'engagement politique et d'inciter les hauts responsables de l'Etat à faire une déclaration politique en faveur de l'accès aux ARV et le suivi-évaluation du programme.
- Formuler une politique nationale de financement, d'approvisionnement, de distribution de médicaments ARV de qualité et de fixation des prix des ARV.
- Créer un cadre de partenariat public/privé, nationaux/internationaux pour la fourniture de services ARV.
- Développer des réglementations ou des lois qui garantissent l'accès universel à la thérapie ARV (notamment l'accès aux médicaments ARV génériques de qualité).
- Promulguer et appliquer les législations appropriées et utiliser les règlements commerciaux internationaux pour assurer la disponibilité des médicaments ARV à des coûts abordables.

Au niveau technique

- Développer des directives pour l'utilisation des ARV ou développer des plans pour leur élaboration.
- Sélectionner les médicaments ARV à distribuer dans tout le territoire national.
- Réviser la liste des médicaments essentiels pour intégrer les médicaments ARV.
- Mettre en place un système d'approvisionnement et de distribution efficace et équitable des médicaments ARV.
- Appliquer largement le principe de la fixation de prix différencié des ARV, fondé sur les besoins du pays et ses capacités de paiement, pour faire chuter les prix des ARV.
- Mettre en place des règlements pour éviter les abus et le détournement des médicaments ARV.
- Développer des dispositifs assurant la gestion de la qualité des médicaments ARV.
- Développer une stratégie de monitoring et d'évaluation des interventions de traitement des PVVIH par les ARV.

- Identifier les sites pour les interventions ARV (niveau du système de santé : grands hôpitaux, médecins privés, lieu de travail, ...).
- Elaborer les guides techniques de mise en oeuvre des traitements ARV ainsi que le protocole de suivi des patients (observance, efficacité clinique, ...), les pré-requis à l'introduction des interventions ARV adapté au contexte local, à l'endroit des prescripteurs de soins.
- Organiser et rationaliser la prescription et l'utilisation du traitement ARV.
- Elaborer et adopter les schémas thérapeutiques ARV appropriés pour les différents groupes-cibles (adultes et adolescents, femmes en âge de procréer ou enceintes, enfants, co-infections Tuberculose - VIH, etc.).
- Définir le « paquets de laboratoire » assurant la surveillance biologique des patients sous ARV à différents niveaux du continuum de soins, en fonction des priorités : les tests strictement indispensables, les tests de base, les tests souhaitables et les tests facultatifs.

Au niveau opérationnel

Au préalable :

- Lancer une campagne d'information relative aux avantages et inconvénients des traitements ARV, destinée au secteur public et au secteur privé, aux patients, aux familles, proches et à la population générale.
- Donner une information fiable sur les médicaments génériques et les questions relatives à la qualité de ces produits.

Ensuite :

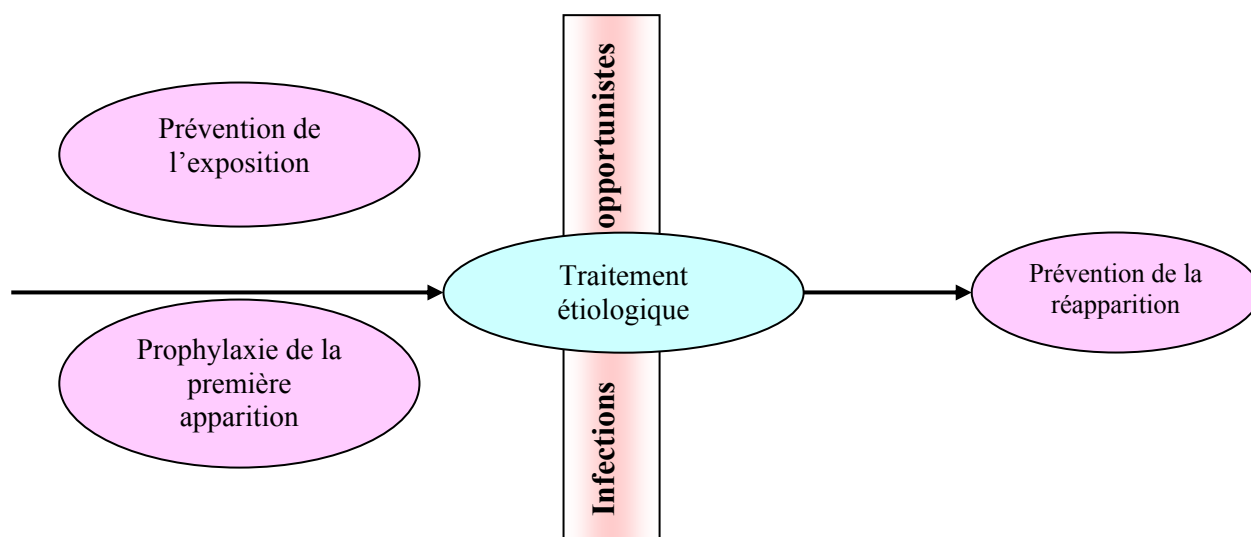
- Assurer l'approvisionnement fiable, régulier et à long terme des médicaments au niveau des centres de santé ou des sites choisis.
- Assurer la formation continue et la mise à jour d'informations correctes et des connaissances du personnel médical et paramédical à l'utilisation rationnelle des ARV, pour maintenir de bonnes pratiques cliniques, à la dispensation et à la surveillance des traitements ARV.
- Mettre en œuvre les interventions ARV, en intégrant les traitements ARV aux services public ou privé selon les ressources locales et selon les approches d'intervention choisies (pilotes, verticales,...) : critères de mise en route, schémas thérapeutiques de première et de deuxième intention selon les groupes cibles, observance du traitement qui est à mener à vie, pharmacorésistance, surveillance clinique et biologique selon le niveau d'accessibilité des tests au sein du continuum de soins.
- Collaborer avec la famille des PVVIH, les volontaires de la communauté pour suivre, évaluer l'observance, la tolérance, l'efficacité du traitement ARV.
- Renforcer la capacité des patients à assumer l'observance.
- Mettre en place un système de contrôle de la distribution (abus d'utilisation), de la prescription des ARV.

RESULTAT 3 : ACCESSIBILITE DES PVVIH AUX SERVICES DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Dans les pays à faible revenu où il est encore difficile de mobiliser les ressources, il faut que les PVVIH puissent au minimum pouvoir accéder aux médicaments qui atténuent la douleur et à la prophylaxie et traitement des infections opportunistes les plus simples comme la pneumonie et la tuberculose, cette dernière maladie étant la plus meurtrière chez les personnes infectées par le VIH.

Ainsi, les services de prévention et de traitement des infections opportunistes seront offerts aux différents niveaux du système de santé selon la disponibilité des ressources requises, dont le niveau de compétence en prise en charge.

L'approche adoptée pour ce résultat comprend : (i) la prévention de l'exposition aux infections opportunistes ; (ii) la prévention de la première apparition et traitement des infections opportunistes ; (iii) la prévention de la réapparition des infections opportunistes.



Les Grandes Opérations suivantes serviront de pistes à la planification opérationnelle de la prévention et traitement des infections opportunistes.

Au niveau politique et stratégique

- Mener un plaidoyer pour une mobilisation sociale au niveau des responsables des divers secteurs pour une meilleure connaissance des opportunités thérapeutiques offerts par la prophylaxie des infections opportunistes ;
- Développer un partenariat national/international, public/privé pour assurer la disponibilité et l'accessibilité aussi bien organisationnel, géographique, que culturel de la prise en charge et la gestion des infections opportunistes et négocier les modes d'achat et la réduction du prix des médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes ;
- Elaborer des stratégies de prévention spécifique pour une lutte commune et synergique contre l'épidémie engendrée par la co-infection Bacille de Koch-VIH ;
- Développer des stratégies pour l'approvisionnement et la distribution efficace des médicaments et matériels pour la prophylaxie et le traitement des tumeurs et infections opportunistes ;

- Développer des stratégies pour l'intégration des médicaments nécessaires pour la prophylaxie des IO dans la liste des médicaments essentiels ;
- Elaborer des stratégies de monitoring et d'évaluation de la qualité des interventions en matière de prophylaxie et prise en charge des infections opportunistes selon le protocole national.

Au niveau technique

- Elaborer un protocole de recherche sur l'incidence locale des infections opportunistes.
- Elaborer et adopter des guides de prophylaxie et de traitement des infections opportunistes incluant les normes et standards de prise en charge efficace pour :
 - ✓ la prévention de l'exposition : les guides comporteront des conseils liés à l'exposition relative aux comportements sexuels, sur le lieu de travail, lors de contact avec des animaux domestiques, sur l'alimentation, et l'environnement, etc.
 - ✓ la prophylaxie et traitement proprement dite, les guides mettront en exergue les critères d'inclusion des patients, les médicaments sélectionnés, les critères d'utilisation rationnelle des médicaments, les schémas thérapeutiques, la durée du traitement, le suivi, la surveillance clinique et biologique des PVVIH, la surveillance continue de la résistance, des conditions de cessation et de l'évaluation de l'efficacité clinique de la prophylaxie ;
 - ✓ la prévention de la réapparition : les guides relateront les conseils, le soutien aux patients et les modalités thérapeutiques (prophylaxie à vie ou à arrêter).
- Elaborer des modules de formations des professionnels de santé aux soins relatifs à la prise en charge des infections opportunistes ;
- Elaborer des brochures et modules de formation des groupes de soutien communautaire et des familles sur la prise en charge de certaines infections opportunistes à domicile ;
- Déterminer les lieux de dispensation des programmes de prophylaxie et traitement des infections opportunistes en tenant compte du niveau de disponibilité, d'accessibilité et d'utilisation des ressources au sein du continuum de soins (à domicile, communautaire, services de santé publics et privés).

Au niveau opérationnel

Au préalable :

- Mener des recherches opérationnelles en vue de déterminer le taux d'incidence des maladies liées au VIH, les opportunités et les obstacles à la mise en place d'un programme de prophylaxie et traitement des infections opportunistes ;
- Aménager les infrastructures de services de santé et sociaux garantissant une prise en charge dans l'anonymat et la confidentialité des PVVIH.

Mise en oeuvre au niveau des services de santé :

- Renforcer la capacité des personnels de santé, des associations à base communautaire, des pairs éducateurs et de la famille des PVVIH prodiguant des soins à différents niveaux du continuum de soins par des formations et recyclage régulier en matière de prophylaxie et traitement des infections opportunistes : (i) conseil et mesures de prévention de l'exposition; (ii) diagnostic, prévention médicamenteuse et traitement des infections opportunistes : prophylaxie au Triméthoprime - Sulfaméthoxazole, Isoniazide, ... ; (iii)

vaccination et PVVIH; (iv) avantages de la prophylaxie des infections opportunistes ; (v) soutien aux PVVIH et famille ; (vi) suivi et surveillance et (vii) système de référence au sein du continuum de soins ;

- Appliquer les protocoles thérapeutiques en assurant une utilisation rationnelle des médicaments pour la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes ;
- Appliquer une collaboration et une synergie des actions des programmes de lutte anti-tuberculeuse et de lutte contre l'infection à VIH/SIDA ;
- Mettre en place des systèmes de suivi et de surveillance clinique et biologique des PVVIH soumises à une prophylaxie et traitement des infections opportunistes : (i) observance de la prophylaxie au TMP-SLM, à l'Isoniazide ; (ii) surveillance clinique et biologique (Taux d'Hémoglobine, Hémogramme,...) de la toxicité et les effets indésirables des médicaments ; (iii) surveillance continue de la résistance et de l'efficacité clinique de la prophylaxie ; (iv) surveillance de l'efficacité clinique du TMP-SLM dans le traitement d'autres pathologies non liées au VIH.

Mise en œuvre au niveau communautaire et à domicile :

- Mener des activités d'IEC/CCC sur les pratiques sexuelles à moindre risque, l'hygiène alimentaire, l'hygiène corporelle, l'hygiène des animaux domestiques, les mesures de précautions liées à l'exposition environnementale ;
- Renforcer la capacité des associations et organismes à base communautaire par des séances d'information et de discussion régulière sur la prophylaxie des infections opportunistes surtout : les soins à domicile, le diagnostic, l'observance au traitement et l'orientation des patients en cas de nécessité.

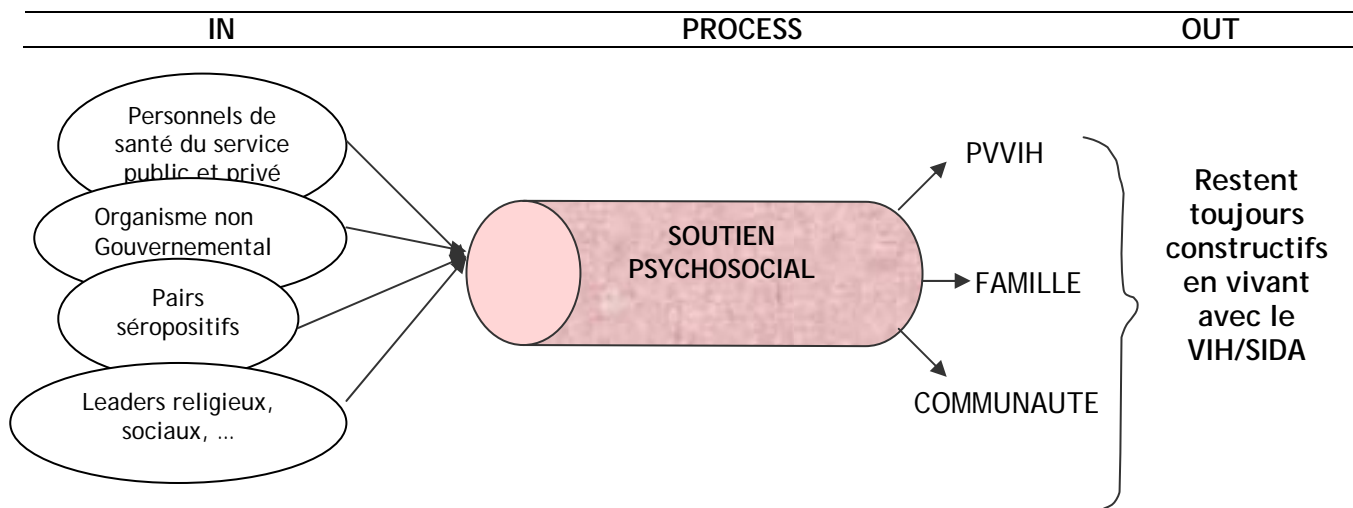
VII. LE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AUX PVVIH, A LA FAMILLE ET A LA COMMUNAUTE

Conformément à la Déclaration d'engagement de l'UNGASS, la composante de prise en charge psychosociale vise à ce que des stratégies soient élaborées afin de fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées, aux familles et communautés affectées par le VIH/SIDA. Ce soutien est indispensable pour affronter le stress permanent du vécu de la séropositivité, de la chronicité et de la progression fatale de la maladie mais aussi, pour une compliance dans le traitement.

Le conseil, le soutien spirituel, le soutien en fin de vie ou lors d'un deuil, l'appui à l'observance des traitements ARV, les discussions sur le bien fondé de révéler le statut sérologique au partenaire ou même à la famille, sont autant d'éléments de la prise en charge psychosociale.

Les conseils pré- et post-tests, la réduction de la stigmatisation et discrimination font parties du soutien psychosocial, mais sont traités à part dans les autres interventions.

Le schéma ci-après résume la complémentarité des actions des différentes parties prenantes dans le soutien psychosocial des PVVIH :



Les membres de la famille, les partenaires, les communautés, les personnels soignants ont chacun un rôle à jouer dans la prise en charge psychosociale.

Il est primordial d'introduire au sein du cursus de la faculté de médecine, des instituts de formation en sciences sociales, des établissements de formation des paramédicaux et d'assistante sociale, un module de formation en prise en charge psychosociale des PVVIH. Pour que toutes ces ressources humaines soient préparées à contribuer à la lutte contre le SIDA à travers la prise en charge psychosociale.

Une alliance multisectorielle et pluridisciplinaire est cruciale pour le succès de la prise en charge psychosociale (psychologue, prêtre, pasteur, guérisseurs traditionnels, ONG,...). La participation active des PVVIH dans le cadre de soutien par les pairs séropositifs a aussi démontré un certain succès dans plusieurs pays.

Les enfants rendus orphelins et affectés par le VIH/SIDA ont besoin d'une assistance spéciale. En plus de la prise en charge psychosociale, il est important de veiller à ce qu'ils soient scolarisés, aient accès à un logement, à une bonne nutrition et à des services sanitaires et sociaux sur un pied d'égalité avec les autres enfants.

RESULTAT 1. LE SOUTIEN PSYCHO-SOCIAL EST OFFERTS AUX PVVIH ET FAMILLES AFFECTÉES POUR LES AIDER A FAIRE FACE AU STRESS LIÉ À LA SEROPOSITIVITÉ ET À LES SOUTENIR DANS LEUR TRAITEMENT.

Pour ce faire, les grandes orientations suivantes sont à considérer :

Au niveau politique et stratégique

- Elaborer une stratégie au niveau national pour fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées, aux familles et communautés affectées par le VIH/SIDA.
- Elaborer des stratégies créant un environnement favorable aux orphelins infectés et affectés par le VIH/SIDA.

Au niveau technique

- Développer les services à différents niveaux du continuum de soins (incluant les ONG, les réseaux confessionnels, les services communautaires et le domicile) pouvant offrir le soutien psychosocial.

- Elaborer les directives techniques (normes et standards) pour la prise en charge psychosociale à chaque groupe spécifique (jeunes, enfants, femmes, drogués,...) et adaptés à chaque niveau des services (hospitalier, prise en charge à domicile,...).
- Développer les modules de formation en prise en charge psychosociale tant pour la formation initiale que continue.

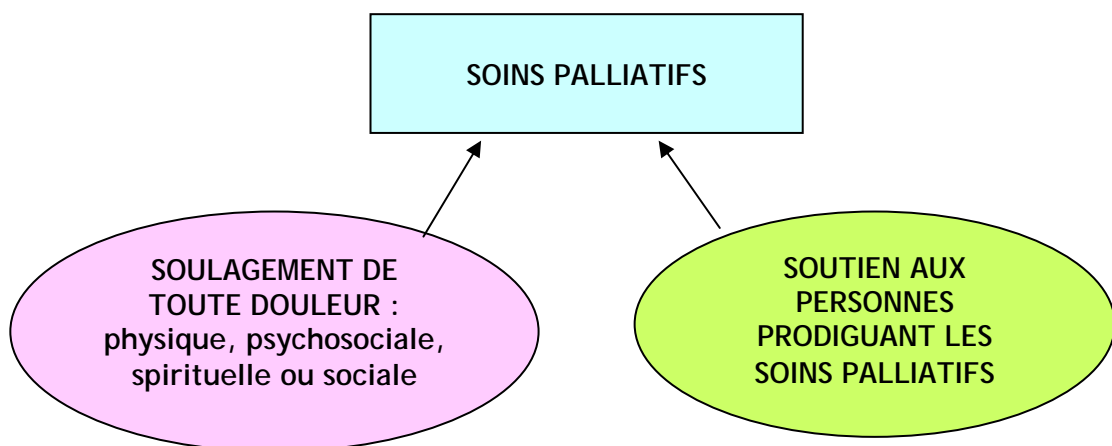
Au niveau opérationnel

- Former les personnes aux différents niveaux du système (dont les éducateurs -pairs) et dans les instituts de formation médical et paramédical pour être capable d'offrir la prise en charge psychosociale.
- Apporter les appuis nécessaires aux PVVIH pour qu'elles se sentent prêt à divulguer leur séropositivité à titre de témoignages.
- Offrir le soutien psychosocial pour l'observance des traitements médicaux dont les ARV.
- Créer des alliances avec les leaders religieux pour l'accompagnement spirituel des PVVIH.
- Fournir des services sanitaires, d'aide psychosociale, de scolarisation, d'accès à un logement et à une bonne nutrition aux orphelins.

VII. LA FOURNITURE DE SOINS PALLIATIFS AUX PVVIH

En raison de l'évolution inévitable de l'infection à VIH vers l'apparition de maladies entraînant un alitement prolongé, un succès complet contre le VIH/SIDA suppose l'accès des PVVIH à une option de traitement appelée les soins palliatifs, destinés à assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients atteints de maladies mortelles et incurables.

Les deux éléments cruciaux des soins palliatifs sont :



La finalité de l'intervention consiste donc à améliorer la qualité de vie des patients infectés par le VIH atteints de maladies mortelles et incurables par le biais des soins palliatifs.

Elle doit faire l'objet d'une réflexion pour son opérationnalisation, qui doit être greffée sur la mise en place du réseau de soutien psychosocial aux PVVIH et de renforcement du traitement des malades.

ANNEXE 2

MADAGASCAR :
La réponse locale, une nécessité stratégique

CONSIDERATIONS GENERALES

Pour une lutte efficace contre le VIH/SIDA, il faut que la compétence de la société pour faire face à l'infection se propage plus rapidement que le virus. Cette propagation ne peut se faire de manière technocratique, mais doit s'opérer à la façon d'un véritable phénomène biologique, où les « cellules » du corps social développent progressivement leur immunité et se connectent entre elles pour partager et renforcer leur compétence.

Une société compétente face au VIH/SIDA se définit comme une société qui, dotée d'une information correcte sur l'infection à VIH, s'approprie les facteurs individuels et collectifs de risque et de vulnérabilité et formule par elle-même les solutions à un problème, qu'elle perçoit comme une priorité. Les actions à mener en matière de lutte contre le VIH/SIDA, impulsées par ses leaders, sont ainsi mise en œuvre par ses bénéficiaires et menées en conformité avec les priorités définies localement.

La stratégie de réponse locale est axée sur la création d'un partenariat entre les autorités administratives, la communauté et les services (publics et privés) pour leur implication directe dans la lutte contre les IST et VIH/Sida au plus bas niveau périphérique : la commune.

Le « premier pilier » de la réponse locale comprend la mobilisation des autorités administratives au niveau des régions et la mise en place du Comité Local de Lutte contre le Sida (CLLS) comme équipe multisectorielle de planification, coordination et suivi de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida au niveau des communes, à travers le développement d'un Plan Local de Lutte contre le Sida (PLLS).

Dans le cadre de l'exercice d'élaboration du PLLS, le CLLS procède à une analyse du risque pour une définition locale de la vulnérabilité « contextuelle » - fortement liée au contexte économique (mobilité des hommes) et culturel -. Cette analyse locale (monographie) permet au CLLS de programmer une réponse adaptée au contexte local. En effet, il est généralement admis que les situations de faible prévalence, comme celles de Madagascar, représentent une opportunité pour une lutte efficace, où les interventions ciblant les groupes à risque élevé peuvent ralentir ou réduire la transmission du VIH de façon significative.

La définition des groupes cibles inclut les jeunes, les Travailleurs de Sexe (TdS), les groupes passerelles (clients) pour couper la chaîne de transmission (notamment les secteurs de l'économie entraînant migrations internes et externes) et les femmes vulnérables (autres que les TdS).

Le PLLS comprend des petites actions faisables (PAF) qui sont initiées directement par la commune/communauté (par exemple, plaidoyer, mobilisation des OCB/Associations par le maire, autorités locales donnent l'exemple pour le dépistage) ou qui demandent un appui.

Cet appui est fourni à travers le Fonds d'Appui à la Prévention (FAP) qui constitue en quelque sorte le « second pilier » de la réponse locale. Il s'agit d'un mécanisme de financement qui vise à : (i) renforcer les capacités d'intervention des organisations et institutions d'ores et déjà impliquées dans la prévention des IST/VIH/Sida ; (ii) encourager une plus grande implication des ONG, OCB et du secteur privé dans la lutte contre les IST/VIH/Sida et donc, (iii) développer leurs capacités opérationnelles et pérenniser leur participation.

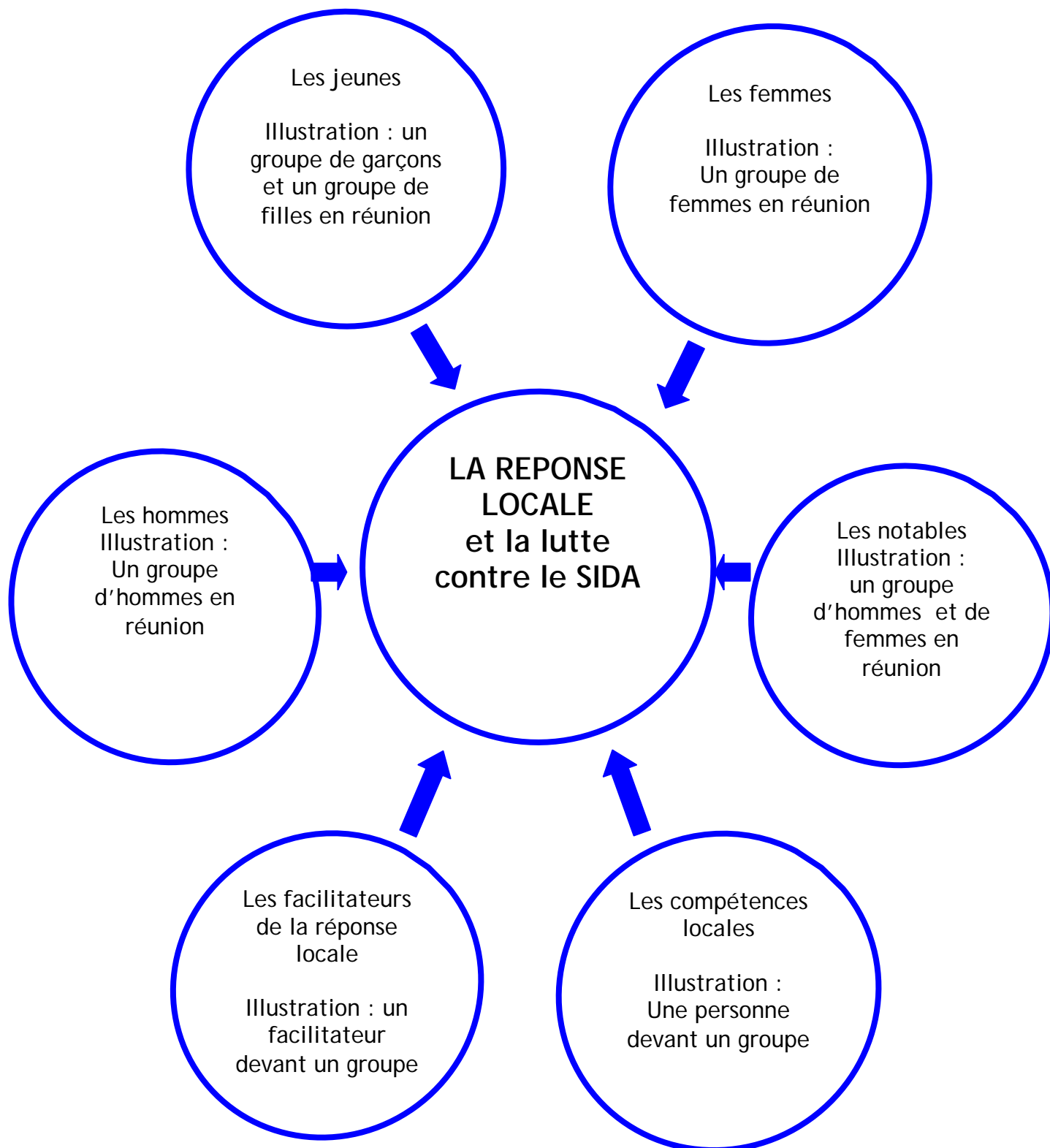
Ainsi, la lutte contre le VIH/SIDA ne peut en aucun cas être une initiative de « Haut en Bas ». Le succès de la lutte dépendra de l'implication active des communautés, de l'innovation et la créativité à la base, catalysées par un leadership facilitant.

Un leadership facilitant qui : (i) apprécie les atouts et les forces locales ; (ii) cherche à comprendre, plutôt qu'à juger ; (iii) encourage l'interaction entre les divers partenaires ; (iv)

écoute plutôt que parle ; (v) pose des questions, plutôt que fournit les réponses et (vi) apprend plutôt qu'enseigne.

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

LES ACTEURS DE LA REPONSE LOCALE



LES OBJECTIFS DE LA REPONSE LOCALE

La réponse locale est définie comme la réponse par les gens là où ils vivent et travaillent.

Ainsi, la réponse locale vise à :

- amener chaque personne de la communauté à se sentir personnellement responsable dans la bataille engagée contre les IST/ VIH /SIDA.
- amener les personnes à réfléchir en petits groupes homogènes (jeunes gens, jeunes filles, femmes, hommes, notables hommes et femmes, groupes à risques) pour s'informer, développer des compétences locales et des activités pour lutter efficacement contre les VIH/SIDA.
- amener les communautés à ne plus avoir peur des personnes vivant avec le VIH et à les entourer de leur affection.
- développer localement des actions pour lutter contre les IST/VIH/SIDA dans le cadre des Organisations Communautaires de Base (OCBs).

LA DEMARCHE DE REPONSE LOCALE

- La démarche doit être participative et se développer à partir d'une réflexion locale en petits groupes pour lutter efficacement contre les IST/VIH/SIDA.
- Cette démarche se réalise au sein de la communauté avec l'appui de facilitateurs (agents de santé, de développement ou autres personnes ressources).
- La démarche est concertée et volontaire avec la mise en place de plans d'action individuels, de groupe et communautaires.
- La démarche de réponse locale implique toute la communauté dans la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA.

LES ETAPES DE LA REPOSE LOCALE

Les jeunes, les femmes, les hommes, les notables sont actifs
et responsables à toutes les étapes de la démarche

- 8 L'évaluation des activités de prévention du VIH/SIDA
par les personnes des groupes homogènes
et la communauté
suivie d'une nouvelle auto-évaluation
des compétences
- ↑
- 7 Le suivi des réalisations par les groupes
et par la communauté
- ↑
- 6 L'information et la formation des personnes
dans des groupes
selon les besoins identifiés
- ↑
- 5 La programmation des
activités par les groupes et par la communauté
- ↑
- 4 L'organisation de la communauté en CLLS et OCBs
pour la réalisation des activités de prévention,
précédée d'une auto-évaluation des compétences
en matière de lutte contre le VIH/SIDA
- ↑
- 3 L'identification des problèmes et des solutions
par chaque groupe homogène et la communauté
- ↑
- 2 La prise de conscience des groupes
et de la communauté par rapport à leur part de responsabilité
dans les problèmes de santé, de VIH/SIDA
et de développement
- ↑
- 1 Monographie (Etude de milieu)

LE KIT REPONSE LOCALE

Une réponse locale efficiente et efficace comprend les éléments suivants :

- CLLS opérationnel : composition multisectorielle, termes de référence bien définis, très clairs et maîtrisés ;
- Exercice d'AUTO-EVALUATION des compétences face au VIH/SIDA réalisé, sous-tendu par l'analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité chez la population concernée et l'établissement des cartes de vulnérabilité, des risques et des interventions en cours, aussi précis que possible pour faciliter la priorisation des actions et éviter toute saturation ou des chevauchements d'intervention ;
- Plan Local de Lutte contre le VIH/SIDA (PLLS) élaboré suivant un processus participatif : priorisation et hiérarchisation des actions suivant les besoins et l'urgence dictés par le contexte tout en mettant l'accent sur les Petites Actions Faisables (PAF) ;
- ONGs/OCBs encadrés et financés : équipement en outils nécessaires (fiches de projet génériques basées sur les activités génériques - selon le niveau de risque de la commune -, guide d'animation, kit de matériels de sensibilisation...) ;
- Services de prévention et ou de prise en charge des IST/VIH/SIDA disponibles et rendus opérationnels conformément aux normes et directives nationales ;
- Dispositif d'accompagnement opérationnel : Organisme de facilitation active et efficace sur le terrain ;
- Système de suivi/évaluation approprié mis en œuvre pour s'assurer du suivi des progrès réalisés sur le terrain.

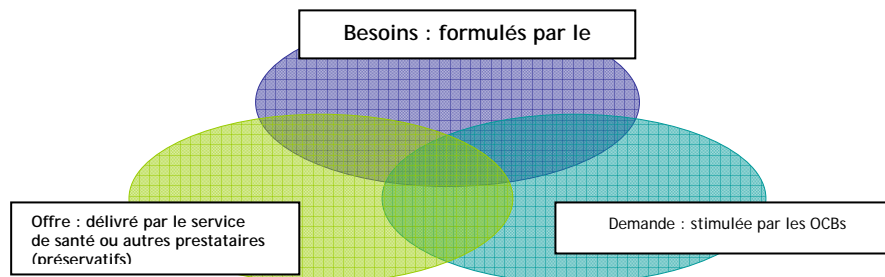
APPLICATIONS CONCRETES

De manière concrète, la mise en œuvre de la démarche de réponse locale a permis à certaine localité du pays de parvenir à :

- une conscientisation de la réalité - encore fantomatique - du VIH/Sida dans un contexte de multiples priorités de santé publique et développement (au niveau des autorités administratives et de la population bénéficiaire).
- Un amorce du passage de l'ABC (Abstinence, Bonne Fidélité, Condom) à l'ABCDEFG en tenant compte de la spécificité locale.

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

- Interface entre les besoins et la demande et l'offre pour les services cliniques (et les préservatifs)

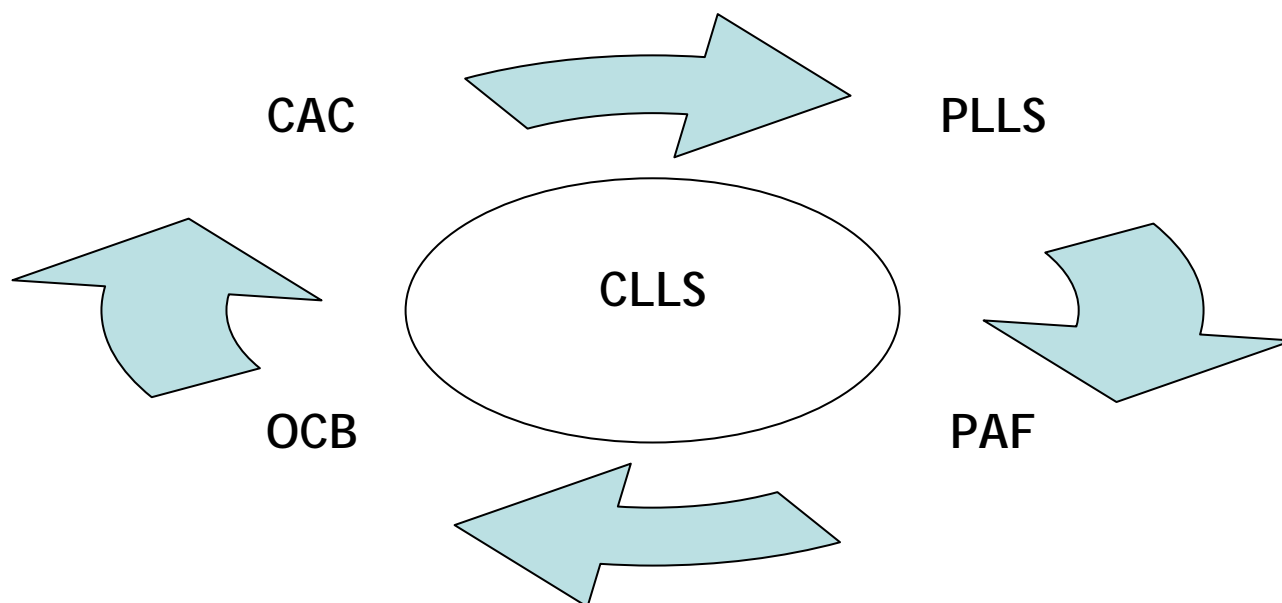


- Continuum sur le plan des services : Prévention (CTV, PTME, IST, Précautions Universelles, Sécurité Transfusionnelle) et Prise en charge clinique et psychosociale.

« E » pour Ecoute et Empowerment

- Mise en place du CLLS comme équipe multisectorielle et appropriation de son rôle par instrument d'auto-évaluation (Cadre d'Auto-évaluation de Compétence - CAC-).
- Analyse du risque et définition de la vulnérabilité « contextuelle » - fortement liée au contexte économique (mobilité des hommes) et culturel :
 - ✓ la vulnérabilité varie selon le contexte local et est identifiée par le CLLS pour une réponse ciblant les secteurs vulnérables et leurs clients (monographie) ;
 - ✓ la localisation et modalités de la réponse varie donc selon le contexte local et est définie par le CLLS : (i) ciblage de réponse vers les secteurs touchant les groupes vulnérables (accent particulier sur les jeunes) ; (ii) accent sur les TDS là où elles sont formelles ; (iii) accent sur les groupes passerelles (clients) là où les TDS sont informelles pour couper la chaîne de transmission (notamment les pôles de développement économique, entraînant migrations internes et externes) ; (iv) accent sur les femmes vulnérables (autres que les TDS), par exemple, les filles-mère, les femmes des groupes professionnels mobiles, les femmes divorcées) ;
 - ✓ Définition du PLLS par le CLLS pour identifier des petites actions faisables (PAF) : (i) qui sont initiées directement par la commune/communauté (par exemple, plaidoyer, mobilisation des OCBs par le maire, les autorités locales donnent l'exemple pour le dépistage) ; (ii) qui demandent un appui (fourni dans le cadre du Fonds d'Appui à la Prévention FAP - pour une action par et pour les bénéficiaires).
- Implication des OCBs dans la communication pour le changement de comportement avec l'aide des Organismes de Facilitation - OF - (la démarche se détaillant comme suit : (i) encadrement des OCBs par les OF pour une meilleure couverture de proximité; (ii) Formation par les ONGs internationales, à travers leurs partenaires nationaux (ONG locales) - renforcement des compétences -, des OCBs pour une amélioration de la qualité et pérennisation du mécanisme.

- Feedback des OCBs au CLLS (mécanisme cyclique)



« F » pour Financement

- Intégration du PRLS/PLLS dans le Plan régional/communal de développement.
- Canalisation de l'aide au développement vers les bénéficiaires = acteurs de développement.

« G » pour Garantie des résultats

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