



REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA

Tanindrazana - Fandrosoana - Fahafahana

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE



Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida

2001-2006





Comité National

de lutte contre le

VIH/Sida

Antananarivo, Octobre 2002

AVANT PROPOS

L'épidémie de SIDA constitue une crise mondiale. Dans les pays les plus touchés, elle a anéanti des décennies de progrès. Les pertes en vie humaine et les souffrances qui en résultent au niveau des individus, des familles et des communautés font de ce fléau la plus grande tragédie de notre siècle.

Dès la découverte des premiers cas en 1987, le Gouvernement a manifesté sa volonté par l'élaboration et la mise en _uvre d'un plan à court terme et de deux plans à moyen terme qui se sont achevés en 2000.

L'enseignement que l'on peut en tirer est qu'une mobilisation sociale totale sera le seul moyen d'inverser le cours de l'épidémie.

Le présent Plan Stratégique National oriente cette nouvelle étape de la lutte. Il demande à tous, le Gouvernement, les autres institutions de l'Etat, la société civile, le secteur privé, les communautés et les partenaires internationaux d'associer toutes leurs forces et former un front commun, pour donner une dimension nouvelle à la lutte et réduire les facteurs de risque et de vulnérabilité des individus, des familles et des communautés.

Le Gouvernement a marqué sa détermination par l'intégration de la lutte multisectorielle contre le VIH / SIDA dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté d'une part, et en rattachant la Structure de Coordination au niveau de la Primature d'autre part.

Je ne saurais terminer sans féliciter et remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce Plan Stratégique National, qui se veut être un outil pour le renforcement du partenariat pour l'efficacité.

PREFACE

L'élaboration du Plan Stratégique National constitue une étape essentielle du processus de planification et de mise en _uvre de la lutte multisectorielle contre le VIH / SIDA à Madagascar.

La démarche adoptée dans son élaboration, fondée sur une large concertation des partenaires nationaux et internationaux concrétise la volonté politique des autorités et l'engagement effectif des communautés nationales et internationales.

Madagascar se trouve à un tournant décisif. Face à l'évolution de l'épidémie des mesures de lutte vigoureuse s'imposent dans un esprit de dialogue et de respect, pour la dignité des personnes et des familles.

L'accent sera mis sur la réduction des facteurs de risque et de vulnérabilité, y compris la pauvreté, ainsi que sur les individus et les familles par le développement de stratégies de prise en charge et soutien à base communautaire.

Le Plan Stratégique National est destiné à être un document de plaidoyer, de mobilisation et de référence pour la coordination sur la lutte multisectorielle contre le VIH/SIDA.

Il doit permettre aux partenaires nationaux et internationaux de mieux cibler leurs interventions.

Je voudrais, pour terminer, remercier tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce document et les inviter à l'utiliser dans leurs actions futures contre le VIH/SIDA.

Sommaire

[AVANT PROPOS 11](#)

[PREFACE 22](#)

[Sommaire 33](#)

[Liste des abréviations 55](#)

[INTRODUCTION 66](#)

[Cadre Global 77](#)

[Processus de Planification Stratégique 99](#)

[Contexte 1010](#)

[Informations générales sur Madagascar 1010](#)

[Démographie 1010](#)

[Traditions et culture malgache 1010](#)

[Religions 1010](#)

[Politique 1111](#)

[Administration 1111](#)

[Economie 1111](#)

[La Pauvreté a Madagascar : le grand defi 1111](#)

[Manifestation de la pauvreté humaine : 1212](#)

[Faiblesse du niveau d'instruction 1212](#)

[Brevet de la vie et médiocrité de l'état de santé 1212](#)

[Logement et conditions sanitaires 1313](#)

[Manifestation de la pauvreté monétaire 1313](#)

[SIDA et pauvreté 1313](#)

[ANALYSE DE LA SITUATION](#)

[Situation épidémiologique du VIH/SIDA](#)

[Analyse des Stratégies Nationales](#)

[Les bases du Deuxième Plan à Moyen Terme \(PMT2\)](#)

[Cadre institutionnel et gestion de la lutte contre le SIDA jusqu'en 2000](#)

[Les structures](#)

[Gestion de la lutte contre le SIDA](#)

[Coordination](#)

[Décentralisation](#)

[Formation](#)

[Recherche opérationnelle](#)

[Suivi/Evaluation du Programme de Lutte contre le SIDA](#)

[La réponse nationale : acquis et leçons apprises](#)

[La prévention de la transmission sexuelle du VIH](#)

[La communication pour un changement de comportement](#)

[La mise en œuvre de plans sectoriels et locaux](#)

[La promotion de l'usage du préservatif](#)

[Lutte contre les IST autres que le VIH/SIDA](#)

[Prévention de la transmission par voie sanguine](#)

[Prévention de la transmission mère-enfant](#)

[Surveillance épidémiologique](#)

[Réduction de l'impact sur les personnes infectées/affectées](#)

[Conclusions](#)

[LES FACTEURS DETERMINANTS](#)

[Les facteurs de Risque et de Vulnérabilité](#)

[Facteurs de risque liés aux comportements](#)

[Facteurs médico-sanitaires](#)

[Facteurs socioculturels](#)

[Facteurs socio-économiques :](#)

[Facteur sociopolitique](#)

[Les impacts actuels et futurs de l'épidémie de VIH/SIDA](#)

[CADRE STRATEGIQUE 2828](#)

[Cadre juridique](#)

[Principes directeurs 2929](#)

[DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTION POUR 2001-2006](#)

[Contrôle du risque d'explosion de l'épidémie de VIH/SIDA :](#)

[Les maladies sexuellement transmissibles :](#)

[Stigmatisation/rejet des personnes vivant avec le VIH/SIDA :](#)

[Prise en charge psychosociale et médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA :](#)

[Groupes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH et aux IST :](#)

[Comportements sexuels à risque :](#)

[Déficit d'information au niveau de la population malgache générale :](#)

[Situations de vulnérabilité :](#)

[Modes de transmission du VIH autres que sexuels : 2929](#)

[MECANISME DE FINANCEMENT ET MOBILISATION DE RESSOURCES 5151](#)

[Modalités de financement](#)

[Le budget 5454](#)

[Les sources de financement](#)

[Principes de financement](#)

[OBJECTIFS ET STRATEGIES DE 2001-2006](#)

[Axe stratégique 1 : Création d'un environnement propice à une lutte multisectorielle efficace](#)

[Objectif spécifique 1 :](#)

[Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès aux informations et aux moyens de prévention primaire](#)

[Objectif spécifique 2 :](#)

[Objectif spécifique 3 :](#)

[Objectif spécifique 4 :](#)

[Axe stratégique 3 : Réduction de l'épidémie sur les individus, les communautés et les institutions \(Développement des services de prises en charges\)](#)

[Objectif spécifique 5 :](#)

[Objectif spécifique 6 :](#)

[Objectif spécifique 7:](#)

[Objectif spécifique 8 :](#)

[Objectif spécifique 9:](#)

[CADRE INSTITUTIONNEL POUR LA GESTION DU PSN 5656](#)

[Cadre institutionnel](#)

[Mécanisme de Coordination](#)

[Développement de partenariat](#)

[Suivi et évaluation](#)

[Principes 3636](#)

[Le mécanisme de suivi et d'évaluation](#)

[Les objectifs du suivi et évaluation 3636](#)

[Les indicateurs clés](#)

[CONCLUSION 5656](#)

Liste des abréviations

CAQ : Comité d'Animation de Quartier

CCC : Communication pour un Changement de Comportement

CCN : Cellule de Coordination Nationale

CCR : Cellule de Coordination Régionale

CIDA : Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et gratuit

CMSC : Comité Mixte de Suivi et de Coordination

CNLS : Comité National de la Lutte contre le Sida

COI : Commission de l'Océan Indien

COMESA : Common Market East and South Africa

CSB : Centre de Santé de Base

CTC : Comité Technique de Coordination

CTV : Conseil et Tests Volontaires

CVA : Comité Villageois d'Animation

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

EDS : Enquête Démographique et Sanitaire

EMAD : Equipe de Management au niveau du district

EPM : Enquête Prioritaire auprès des Ménages

EVF : Education de la Vie Familiale

FMG : Francs Malgache

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GTE : Groupe Thématique Elargi

HJRA : Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona

IDH : Indice de Développement Humain

IEC : Information, Education et Communication

INSTAT : Institut National des Statistiques

IP : Indicateur de Prévention

IPM : Institut Pasteur de Madagascar

IPPTE : Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MICC : Ministère de l'Information, de la Culture et de la Communication

MICS : Multiple Indicator Clustery Survey

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

PIB : Produit Intérieur Brut

PMT : Plan à Moyen Terme

PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PSI : Population Services International

PSN : Plan Stratégique National

PVVS : Personne Vivant avec le Virus du Sida

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

SIDA : Syndrome Immuno-Déficience Acquise

SRA : Santé de la Reproduction des Adolescents

UNGASS : Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

DECLARATION DE L'UNGASS

L'élaboration d'un Plan Stratégique National finançable est l'un des principaux engagements pris par tous les leaders du monde entier dont les autorités de Madagascar lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (25-27 Juin 2001).

La Déclaration d'engagement de l'UNGASS stipule en son article 37 ce qui suit :

« D'ici à 2003, concevoir et mettre en _uvre des stratégies nationales multisectorielles et financer des plans de lutte contre le VIH/SIDA qui s'attaquent directement à l'épidémie ; qui combattent l'opprobre, le silence et la dénégation ; qui traitent des aspects de la maladie en terme de sexe et d'âge ; qui éliminent la discrimination et l'exclusion ; qui encouragent la formation de partenariat avec la société civile et les milieux d'affaires et la participation active des personnes atteintes du VIH/SIDA, des personnes appartenant à es groupes vulnérables et des personnes particulièrement exposées, notamment les femmes et les jeunes ; qui sont dans la mesure du possible, financés grâce aux budgets nationaux, sans exclure d'autres sources de financement telles que la coopération internationale ; qui défendent et protègent activement tous les droits de la

personne et les libertés fondamentales, y compris le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ; qui intègrent une démarche soucieuse d'égalité entre les sexes ; qui tiennent compte des risques, de la vulnérabilité, de la prévention, des soins, du traitement et de l'appui et visent à atténuer les effets de l'épidémie ; et qui renforcent les capacités es systèmes sanitaire, éducatif et juridique. »

INTRODUCTION

Cadre Global

L'humanité toute entière s'accorde à considérer le VIH/SIDA comme la plus grande tragédie humaine et comme une menace sur le développement qu'il faut combattre quelque soit le contexte épidémiologique, politique, social ou économique.

Ainsi les mesures de lutte contre le VIH/SIDA prises par les autorités malgaches sont conformes aux engagements internationaux qui, depuis le Sommet du millénaire en Septembre 2000 et sous l'égide de l'ONU, mobilisent le monde entier dans une véritable guerre contre le VIH/SIDA.

Ces engagements internationaux reflétés dans la dernière déclaration d'engagement des chefs d'Etat lors de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) qui s'est tenue les 25, 26 et 27 juin 2001 à New-York, préconisent, entre autres, la formulation et la mise en _uvre, dans tous les pays, d'un plan stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, élaboré selon un processus participatif impliquant tous les acteurs nationaux et internationaux, tout en prenant en compte les spécificités nationales.

Aussi, tout en étant solidaire de l'action mondiale, la lutte contre le VIH/SIDA menée sur le front national s'intègre t-elle dans le cadre du partenariat international contre le VIH/SIDA recommandé par le consensus africain adopté en décembre 2000 à Addis Abeba.

Le consensus africain met l'accent sur le leadership à tous les niveaux (personnel, communautaire, régional et national) pour faire reculer la pandémie du SIDA. La mise en _uvre de ce consensus doit s'appuyer sur des plans stratégiques nationaux.

Le processus suivi dans l'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA (PSN) est en fait la concrétisation d'une réelle volonté politique des autorités malgaches et d'un engagement du peuple malgache pour combattre le fléau du SIDA en conciliant les considérations nationales et internationales. Son originalité réside dans le fait qu'il s'intègre parfaitement dans la stratégie nationale de réduction de la pauvreté, faisant de la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar, une lutte d'avant-garde pour le développement. Comme tout plan stratégique, il fait un état des lieux de la réponse nationale et internationale au moment de sa formulation et se veut un cadre dynamique ; en d'autres termes, ces objectifs sont appelés à évoluer en fonction du progrès enregistré dans la lutte et en fonction des connaissances.

RESUME DU Processus de Planification Stratégique

Période	Etapes du Plan Stratégique	Evènement de référence
Septembre 2000	Lutte contre le SIDA déclarée volet prioritaire du DSRP	Atelier de lancement du processus
13 Novembre 2000	- Rapport préparatoire de l'ADF 2000	- Préforum (Espace DERA)

	<i>- Ebauche d'analyse de situations et de réponses</i>	<i>- Appel au Partenariat international du Gouvernement</i>
<i>26-28 Mars 2001</i>	<i>Analyse de situations et réponses</i>	<i>Atelier national sur le SIDA et la pauvreté (Antsiranana)</i>
<i>28 Mars - 19 Avril 2001</i>	<i>Formulation du 1^{er} draft du Plan Stratégique National</i>	<i>- Appui technique d'un consultant (ONUSIDA/PNUD)</i> <i>- 1^{ère} retraite du Groupe Thématique ONUSIDA le 13 Avril 2001</i> <i>- Séminaire national de consensus (17-18 Avril 2001, Espace DERA)</i> <i>- 19 Avril : Adoption par la Cellule multisectorielle de coordination</i>
<i>17 Mai 2001</i>	<i>Adoption du Cadre d'Action et de Coopération entre le Gouvernement Malgache et le Groupe Thématique ONUSIDA</i>	<i>Cérémonie officielle de signature à la Primature</i>
<i>Juillet 2001</i>	<i>Intégration des conclusions de l'Atelier d'Antsiranana dans le Plan Stratégique</i>	<i>Harmonisation du processus de planification stratégique avec le processus du DSRP</i>
<i>22-31 Août 2001</i>	<i>Intégration du volet SIDA dans le DSRP</i>	<i>Appui technique ONUSIDA</i>
<i>Août - Décembre 2001</i>	<i>Développement de l'approche sectoriel</i>	<i>Adoption du PMPS</i>
<i>Décembre 2001</i>	<i>Adoption du Plan Stratégique National non budgétisé</i>	
<i>Janvier - Juin 2002</i>	<i>Lancement du processus de formulation d'un plan de suivi-évaluation et de budgétisation</i>	<i>Réparation du cycle de planification 2004-2008 (CCA/UNDAF)</i>
<i>Juillet-Sept. 2002</i>	<i>Révision du cadre institutionnel</i>	<i>- Groupe de travail suivi-évaluation</i> <i>- Consultant national en suivi-évaluation</i> <i>- Atelier sur le suivi-évaluation (Août)</i>
<i>Oct-Nov. 2002</i>	<i>Examen et adoption du Plan Stratégique national actualisé et budgétisé</i>	
<i>Décembre 2002</i>	<i>Validation du Plan Stratégique National par le Comité National</i>	<i>- Journée Mondiale SIDA 2002</i> <i>- 1^{ère} réunion du Comité National</i>

Contexte

Informations générales sur Madagascar

Géographie

Situé entre 11°57' et 25°30' de latitude sud et entre 43°14' et 50°27' de longitude Est, à cheval sur le Tropique du Capricorne, Madagascar se trouve dans l'hémisphère sud, dans le sud-ouest de l'Océan Indien et séparé de la côte sud-est de l'Afrique par le Canal de Mozambique.

Avec ses 587.401 km² de superficie, Madagascar est considéré comme un micro-continent. Sa taille lui met à la quatrième place des plus grandes îles du monde après le Groenland, la Nouvelle-Guinée et Bornéo. L'île s'étend sur une longueur de mille cinq cents kilomètres entre le Cap Sainte-Marie au sud et le Cap d'Ambre à l'extrême Nord, et sur près de cinq cents kilomètres dans sa plus grande largeur. Madagascar possède plus de 5.000 kilomètres de côte baignée, à l'ouest, par le Canal du Mozambique et, à l'est, par l'Océan Indien avec de nombreux îlots. L'île présente un relief très accidenté qui rend les déplacements terrestres assez difficiles. Le pays est caractérisé par sa richesse en biodiversités très appréciées par les touristes et par une diversité unique en matière de climat. Le climat très contrasté à prédominance tropicale est tempéré sur les plateaux, chaud et humide sur les parties orientales, subtropical sur les parties occidentales et tropical et sec dans le sud.

Démographie

La population de la Grande Île est d'origine indonésienne et africaine. Sa langue, malgré des mots d'origine bantoue, a également des racines indonésiennes. A partir du quatorzième siècle, quelques groupes d'origine arabe se sont établis dans la région Nord et Sud Est du pays. Il existe aujourd'hui dix huit ethnies qui parlent la même langue, le Malgache. La population est estimée à environ 15 000 000 d'habitants. L'accélération de l'accroissement naturel est un phénomène relativement récent (2,8% par an). En raison de son caractère insulaire et de sa position géographique éloignée des grands courants migratoires mondiaux, Madagascar a très peu d'échanges de population avec l'extérieur et les phénomènes migratoires internationaux y sont négligeables. Mais depuis la découverte de gisements des pierres précieuses, Madagascar connaît un afflux important d'opérateurs et d'exploitants miniers.

Une caractéristique de la population malgache est sa grande jeunesse : plus d'un malgache sur 2 a moins de 20 ans (âge médian de la population : 16,3 ans) ; 18,3% de la population, c'est-à-dire un peu moins d'un malgache sur cinq, a moins de 5 ans et la proportion du troisième âge (65 ans et plus) reste faible (3% environ).

Le rapport de dépendance élevé fait que la plus grande partie des ressources du pays est consacrée à la préservation du niveau de vie de la population. Il reste donc peu de moyens pour investir. La répartition par sexe est de 99 hommes pour 100 femmes. Les femmes en âge de procréer représente 23 % de la population. La jeunesse est le groupe le plus menacé par le SIDA.

Le niveau d'urbanisation du pays a augmenté de 16 % en 1975 à 23% en 1993. La densité de population est de 21 habitants/km². Ce chiffre cache une grande disparité entre les régions. Les densités varient ainsi de 62 habitants/km² dans la province d'Antananarivo à 9h/km² dans la province de Mahajanga. Ainsi, la province d'Antananarivo qui occupe moins de 10% de la superficie du pays abrite 29% de la population totale tandis que les provinces de Mahajanga et de Toliary qui représentent plus de la moitié de la superficie du pays (53%) ne regroupent qu'un peu plus du quart de la population (26%). Les hautes terres et la façade orientale occupant 13% du territoire concentrent plus de la moitié de la population.

Traditions et culture malgache

L'origine complexe du peuple malgache explique la diversité et la complexité des coutumes dont certaines constituent des facteurs de vulnérabilité pour la transmission du SIDA. Des cérémonies

traditionnelles offrent des occasions de liberté sexuelle. D'autres pratiques telles que l'alliance de sang (fati-dra) pourraient favoriser la transmission du VIH.

Religions

La croyance traditionnelle manifeste l'existence d'un seul Dieu associé au culte des ancêtres. En dehors de la religion traditionnelle, Madagascar compterait environ 40% de chrétiens répartis à dans 4 grandes églises ainsi que 200.000 musulmans implantés surtout sur la Côte ouest et dans la Capitale, Antananarivo. Les différentes religions contribuent à façonner des systèmes de valeurs qui influencent les pratiques sociales.

Politique

Madagascar a retrouvé une certaine stabilité sur le plan politique depuis 1997, après une période d'effervescence s'étalant de 1991 à 1996. En effet, en 1991, la fièvre de la démocratisation et de la libéralisation qui s'est emparée de la plupart des pays en développement, en particulier ceux du continent africain, a mis en place un régime parlementaire. Cette situation a conduit à une instabilité institutionnelle empêchant les gouvernants de prendre des mesures efficaces.

Depuis 1997, le régime politique est présidentiel avec un Premier Ministre qui est le Chef du gouvernement chargé de l'exécutif. L'Assemblée nationale composée de députés élus exerce un pouvoir législatif. Le Sénat exerce également une fonction législative. Il est composé de sénateurs élus au deux tiers (2/3) et de sénateurs nommés par le Président de la République au tiers (1/3). La stabilité retrouvée en 1997 a permis aux autorités de mettre en _uvre des réformes pour redresser la situation socio-économique et faire reculer la pauvreté. La constitution votée en 1998 organise l'Etat en six provinces autonomes : Antananarivo, Toamasina, Antsiranana, Mahajanga, Fianarantsoa et Toliary. L'autonomie des provinces donne une nouvelle dimension à la décentralisation en responsabilisant les gouvernements locaux et les collectivités décentralisées dans la gestion des affaires publiques. Les nouvelles structures visent à permettre aux autorités locales de mieux identifier les besoins des populations et d'y apporter des solutions plus adaptées.

Administration

Le Gouvernement malgache a opté pour la décentralisation et la responsabilisation des provinces autonomes dans la gestion des affaires publiques. Les six provinces ou Faritany sont divisées en préfectures et sous-préfectures (Fivondronampokontany) puis en Firaisampokontany et finalement en Fokontany, la plus petite unité administrative fonctionnelle.

Economie

Madagascar a mis en _uvre son premier programme d'ajustement après une période marquée par l'interventionnisme de l'Etat dans l'économie. Le programme d'ajustement qui préconise, entre autre la libéralisation du commerce extérieur, s'est traduit par une plus grande ouverture de l'économie vers l'extérieur, à partir de la fin des années 80, suivie de la relance des secteurs à fort potentiel d'exportation, comme le tourisme, depuis le début des années 90. Néanmoins la majorité de la population vit de l'agriculture. En 1997, Madagascar s'est clairement prononcé en faveur d'une économie libérale et assoie sa croissance sur la promotion de l'investissement privé en particulier l'investissement direct étranger. Ce choix met le pays en plein dans le contexte de la mondialisation avec ses manifestations directes notamment l'intensification des mouvements de capitaux et, surtout, des personnes. Par ailleurs, la stratégie de croissance adoptée par le pays repose, entre autres, sur la promotion des secteurs à forte valeur ajoutée comme l'industrie et le tourisme.

L'un des principaux secteurs les plus dynamiques de l'économie malgache à l'heure actuelle est le textile, lequel doit son essor à la zone franche. Créée en 1992, la zone franche compte actuellement 140 entreprises employant plus de 50.000 personnes. Le développement de la zone franche et, en particulier, l'industrie textile tient au fait que la main d'œuvre malgache est bon marché tout en étant habile. La promiscuité, qui y règne, favorise la propagation des maladies sexuellement transmissibles.

En vue de stimuler la croissance, le Gouvernement s'est fixé comme objectif de développer le secteur tourisme, un des secteurs où le potentiel économique du pays est le plus appréciable. La contribution du secteur tourisme au niveau économique et social est conséquente. Les recettes en devises générées par le Tourisme, en 2000, s'élèvent à 830 milliards FMG, soit 10% des recettes totales d'exportation (exportations de biens et services non financiers). Il arrive en deuxième rang après la pêche crevette. Le nombre de touristes arrivés à Madagascar est de 160.000. Le tourisme constitue le principal motif de visite et de séjour des voyageurs se rendant dans la Grande île. Le développement du tourisme, très intense depuis le milieu des années 90, s'est accompagné d'un développement du travail de sexe et de la recherche de l'argent facile pour les jeunes filles.

La Pauvreté à Madagascar : le grand défi¹

Les normes internationales définissent les pauvres comme les individus dont les revenus sont insuffisants pour acheter, en plus des éléments non alimentaires indispensables², une ration alimentaire de 2133 calories par jour, le minimum censé être nécessaire pour entretenir une vie normale et active.

A partir de cette définition, le seuil de pauvreté monétaire³ a été estimé en 1999 à 736.644 Fmg par an, par individu. Sur la base de ces considérations, ce sont environ 67,3% des malgaches qui se trouvent dans la catégorie des pauvres en 1999.

La détresse en termes de revenus monétaires se double d'un dénuement en termes de savoir. En 1999, près de la moitié de la population est analphabète, dont 61% issus du milieu rural (contre le tiers pour le milieu urbain). Bien que l'on ait observé une amélioration par rapport à 1997, tous les enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas l'école, le taux net de scolarisation du primaire étant seulement de 70,1% pour l'ensemble du pays. Ceux qui ne vont pas à l'école ou qui la quittent assez tôt, sont issus en grande partie, des couches les plus pauvres, et ce phénomène est plus accentué en milieu rural.

Pour ne retenir qu'un seul des indices synthétiques utilisés par les spécialistes, l'Indice de Développement Humain (IDH)⁴ de Madagascar lui classe parmi les pays à faible développement humain et lui met au rang de 147^{ième} sur 174 pays⁵ en 1997.

La pauvreté favorise l'adoption de stratégies personnelles privilégiant la recherche de solutions "miraculeuses" au mépris de la loi, de l'intégrité de la personne humaine et de la préservation de l'environnement. Pour les pauvres et les non-pauvres menacés de basculer dans la pauvreté, cela se traduit par un engouement pour les jeux de hasard, la décision de migration ou d'émigration vers des zones ou pays plus prospères, le recours à la délinquance, la prostitution, le développement de la corruption, la surexploitation des ressources naturelles non renouvelables.

Les axes stratégiques incluent, entre autres, l'élaboration de programmes d'actions efficaces au niveau des secteurs prioritaires tels que l'éducation, la santé, l'alimentation en eau et les infrastructures de base, notamment les pistes rurales. La recherche de l'équité dans la répartition des fruits de la croissance qui est une priorité pour les prochaines années, consiste à mener les actions prioritaires au niveau des secteurs sociaux, de manière à ce que la lutte contre la pauvreté

réduise de façon tangible l'écart entre les riches et les pauvres en matière d'accès aux services publics essentiels et de qualité de la vie.

Les allocations budgétaires prioritaires en faveur des secteurs sociaux seront donc à poursuivre et à intensifier de manière à assurer la fourniture des services de santé de base aux pauvres, notamment à travers des CSB bien approvisionnés en médicaments et dotés de personnels médicaux compétents, et à continuer et améliorer les campagnes de sensibilisation contre les maladies sexuellement transmissibles, notamment contre le VIH/SIDA, afin, au moins, de garder le faible taux de prévalence actuel. La lutte contre le SIDA sera intensifiée par le renforcement de l'approche multisectorielle dans le prochain plan national de lutte contre le SIDA.

Manifestation de la pauvreté humaine

Faiblesse du niveau d'instruction

A Madagascar, 5 individus sur 10 n'ont reçu aucune instruction et 4 sur 10 ont le niveau de l'enseignement primaire ; seulement 1 sur 10 a le niveau secondaire et moins de 1 individu sur 100 possède le niveau universitaire.

Breveté de la vie et médiocrité de l'état de santé

En général, les Malgaches meurent jeunes ; l'espérance de vie des malgaches à la naissance est de 57 ans et 31 malgaches sur 100 meurent avant l'âge de 40 ans. La breveté de la vie est, en partie, liée à une mortalité infantile élevée ; 96 nouveau-nés sur 1000 meurent avant l'âge de 1 an ; sur 1000 enfants qui atteignent leur premier anniversaire, 70 meurent avant leur cinquième anniversaire. 160 enfants sur 1000 n'atteignent pas l'âge de 5 ans. Par ailleurs, les Malgaches ont un état de santé précaire du fait de la forte prévalence des maladies endémiques telles que : le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires, la bilharziose, la tuberculose. La précarité de l'état de santé se manifeste également par le mauvais état nutritionnel des enfants ; plus précisément, par rapport au référentiel standard international⁶, 48% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance, 14% d'émaciation et 33% d'insuffisance pondérale.

Logement et conditions sanitaires

La majorité des malgaches - une proportion estimée à 80% de la population - habitent dans des maisons de type traditionnel, faites de matériaux primaires bruts - terre cuite, bois ou paille - et construites pour la plupart dans des zones non viabilisées. Les Malgaches s'entassent en général à 5 ou 6 personnes dans des pièces de 25m². De plus, les habitations sont rarement équipées de structures d'assainissement : robinetterie, plomberie, toilettes. La quasi-totalité des ménages, c'est à dire 93%, ne disposent ni de plomberie, ni de robinetterie, tandis que 60% des ménages ne disposent pas de toilette du tout. Les ¾ des malgaches sont privés d'eau potable. Pour plus de la moitié de la population, la principale source d'approvisionnement en eau reste les rivières, lacs, étangs, marres, sources naturelles. Le ¼ de la population s'approvisionnent à partir de puits et seulement 10% de la population ont des branchements particuliers.

Manifestation de la pauvreté monétaire

A Madagascar, la pauvreté se manifeste principalement par la faiblesse du revenu, l'insuffisance de l'instruction, la breveté de la vie et la précarité des conditions d'existence de la population.

Le revenu moyen des malgaches, mesuré par le PIB par habitant, est évalué en 1999 à 1,6 millions de fmg, soit 251 \$. Une évaluation basée sur les flux nets enregistrés au niveau des ménages, font état d'un niveau de revenu encore plus bas, 693 000 fmg, soit 120 \$, selon les résultats de l'enquête

prioritaire auprès des ménages en 1999 (EPM 1999). Dans tous les cas, un malgache gagne en moyenne moins de 1 \$ par jour.

De plus, le revenu est inégalement distribué aux dépens du monde rural. Dans la capitale Antananarivo, le niveau du revenu est deux fois plus élevé qu'en milieu rural. Une personne issue du milieu rural percevait 590 000 fmg ou 95 \$ en 1999, contre 1,386 millions de fmg, soit \$ dollars pour un habitant de la Capitale. De même, un cadre salarié du secteur formel gagne en général trois fois plus qu'un petit exploitant agricole, lequel ne gagne que 475 000 fmg, soit 96 \$.

Le revenu de la majorité des malgaches couvre à peine leurs dépenses essentielles. Le principal critère de bien-être, fondé sur niveau des dépenses individuelles de consommation, révèle que 71% des malgaches vivent en dessous du seuil de pauvreté². Par ailleurs, les dépenses de consommation des ménages malgaches sont dominées, à 70%, par l'alimentation ; ce qui laisse peu de possibilité à satisfaire les autres besoins vitaux comme la santé, l'éducation et le logement. Le poste santé ne représente que 2,4% des dépenses des ménages, l'éducation 2,4% et le logement 7,3%. Cela signifie qu'en 1999, les ménages malgaches ont dépensé en moyenne 72 000 fmg, (12 \$) pour se soigner, 75 000 fmg (12,2 \$) pour s'instruire ou instruire leurs enfants et 220 000 fmg (31 \$) pour se loger.

L'intensité de la pauvreté, mesurée par l'écart relatif moyen de la consommation des pauvres par rapport au seuil de pauvreté, est actuellement de 0,3, tandis que la sévérité de la pauvreté, évaluée par la variabilité moyenne par rapport au seuil de pauvreté, s'établit à 0,5. Ces chiffres signifient que les dépenses de consommation des pauvres représentent, dans l'ensemble, 70% des dépenses correspondant au seuil de pauvreté et que pour une forte proportion de pauvres, le niveau de dépenses est la moitié de ce qui est défini par le seuil de pauvreté.

SIDA et pauvreté

La lutte contre la pauvreté est inséparable de la lutte contre le SIDA compte tenu des relations de cause à effet qu'entretiennent ces deux fléaux. La pauvreté, premier facteur de vulnérabilité à Madagascar, pousse les individus à des comportements qui les exposent à l'infection par le VIH et au SIDA. Le SIDA atteint les personnes économiquement productives dont le décès laisse des survivants (orphelins, veuves/veufs, dépendants) qui, le plus souvent, basculent dans la pauvreté du fait de la perte des revenus de la famille. Il faut cependant noter que la richesse également est un facteur qui expose à l'infection par le VIH du fait qu'elle facilite l'accès aux plaisirs de la vie, y compris les plaisirs sexuels.

VIH/SIDA et pauvreté s'influencent mutuellement et le contexte malgache se prête parfaitement à cette double causalité. La pauvreté qui frappe 71% des malgaches met une frange importante de la population malgache dans une situation de vulnérabilité face au VIH/SIDA. Réciproquement, le VIH/SIDA est une menace pour la productivité et le développement des secteurs sociaux - éducation et santé - avec comme conséquence le risque de détérioration des conditions de vie, donc le risque de l'aggravation de la pauvreté.

L'expérience des autres pays plus touchés par le VIH/SIDA montre que c'est le segment de la main d'œuvre le plus productif qui est le plus souvent plus touché par la maladie. Madagascar dont la croissance repose sur la disponibilité d'une main d'œuvre qualifiée, notamment dans le secteur textile, s'expose au risque de voir sa compétitivité s'effriter, si le VIH/SIDA venait à se répandre parmi la population active et, en particulier, la main d'œuvre qui est demandée par ces entreprises.

L'expérience des pays fortement touchés par le VIH/SIDA montre également que le personnel enseignant est très souvent affecté par la maladie avec la conséquence que cela peut avoir sur l'éducation. A Madagascar où les secteurs sociaux sont encore très fragiles, où en particulier le secteur de l'éducation est handicapé par l'insuffisance des enseignants, une épidémie du VIH/SIDA peut avoir des conséquences dramatiques sur l'éducation donc sur les capacités humaines.

Mais le VIH/sida plonge aussi les communautés, les sociétés entières et l'économie dans l'incertitude et l'insécurité. Si l'infection continue de se propager dans le pays, les décès causés par l'épidémie générera un nombre inimaginable d'orphelins et entraînera l'effondrement de notre économie, composée seulement d'enfants orphelins et de personnes âgées car une bonne partie de la population de la tranche d'age de 14 à 30 ans sera décimée.

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA ⁸

Cette situation est marquée par une forte tendance à la hausse de la prévalence du VIH, notamment chez les femmes, les jeunes, les ruraux et les travailleuses du sexe. Les deux premiers cas d'infection à VIH ont été dépistés en 1987 à Madagascar. Le taux de séropositivité des prélèvements testés va de 0.05 % en 1988 à 0.09 % en 1993 et à 0.3 % en 1998. Il a doublé au cours des cinq premières années et a triplé au cours des cinq années suivantes. En d'autres termes, le taux a été respectivement de 1 séropositif pour 2 200 tests, 1 séropositif pour 1 140 et 1 séropositif pour 330.

En décembre 2001, le système de séro-surveillance a notifié 271 cas de séropositifs sur 218 297 personnes testées, dont 45 cas de SIDA. De 1987 à ce jour, la séroprévalence suit une évolution exponentielle. Mais tout porte à croire, en l'absence d'enquête de séroprévalence au sein de la population générale, que des zones d'ombre existent. Par ailleurs, une enquête de séro-surveillance de l'infection à VIH chez les patients IST basée sur les techniques d'échantillonnage pour une assurance de qualité d'un lot (LQAS) montre que la prévalence est supérieure à 1% à Toliary, Morondava, Toamasina, Antsiranana et Sainte - Marie, régions à haute potentialité touristique et économique.

Notons tout simplement que 11.4% sont des travailleurs (euses) du sexe, 10.3% sont des agriculteurs ou éleveurs, 5.9% des commerçants, 4.1% du secteur hôtelier, 2.2% des étudiants / scolaires, 3.6% des militaires et des marins et 1.5% des chauffeurs, 7.4% de ménagères.

Toutefois, 48.7% appartiennent à des groupes professionnels non précisés et « autres secteurs ». Autrement dit, le virus circule au niveau des groupes à risque. L'examen du statut matrimonial montre que les célibataires sont les plus touchés (32.1%), puis les mariés (28%). Les enfants représentent 2.2%. La situation matrimoniale n'est pas précisée dans 32.1% des cas.

Par contre, les femmes paraissent plus touchées que les hommes avec 48.7% contre 42.8% (8.5% ne sont pas précisés) : la vulnérabilité biologique des femmes pour le VIH universellement admise l'expliquerait. L'âge moyen des séropositifs est de 27.5 ans pour les femmes et de 34.4 ans pour les hommes. La tranche d'âge la plus touchée correspond à celle de l'entrée sur le marché du travail (20-29 ans). Les jeunes sont les plus frappés par l'infection : la tranche d'âge de 20 à 29 ans regroupe 37.8%, celle de 30 à 39 ans : 25.7% et celle de 40 à 49 ans : 13.5%. La tranche de 15 à 19 ans montre 9% de séropositifs.

ANALYSE DES STRATEGIES NATIONALES

La lutte contre les IST et le VIH/SIDA des quinze dernières années a paré au plus pressé mais a presque occulté une stratégie de prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH et le SIDA. Le suivi médical est assuré par les institutions du Ministère de la santé et la prise en charge psychosociale timidement initiée par certaines ONG.

Les bases du deuxième plan à moyen terme (PMT2).

De 1988 à fin 2000, le Ministère de la santé s'est chargé de la conception, de la mise en _uvre et de la mobilisation des ressources du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS).

⁸ Rapport du Laboratoire national de référence VIH/SIDA.

Les axes stratégiques du PMT2 sont : (i) l'intensification de la prévention du VIH/SIDA et des IST par une politique accrue de mobilisation sociale ; (ii) une plus grande efficacité dans le contrôle des IST ; (iii) l'intégration de la lutte contre les IST et le VIH/SIDA dans les soins de santé primaires ; et (iv) une coordination plus opérante. Le PMT2 est axé sur les 5 domaines prioritaires suivants : (i) la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST ; (ii) la prévention de la transmission de la transmission sanguine du VIH et des IST ; (iii) la surveillance épidémiologique du VIH et des IST ; (iv) la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; et (v) la gestion, la coordination, le suivi et l'évaluation du PNLS.

Cadre institutionnel et gestion de la lutte contre le SIDA jusqu'en 2000.

Les structures.

Le PNLS, fonctionnel depuis 1988, s'articule autour des 4 structures suivantes :

(i) Le Conseil National de Lutte contre les IST/SIDA (CNLS) qui réunit les départements ministériels concernés et chargés des décisions politiques. Ce Conseil est assisté par un Comité Mixte de Coordination regroupant les institutions gouvernementales précitées et leurs partenaires techniques et financiers.

(ii) Un Comité Technique de Coordination (CTC), appuyé par 3 commissions techniques de travail : commission « clinique et épidémiologie », « IEC » et « éthique et droits humains ». Ce CTC propose les stratégies de lutte contre les IST/SIDA.

(iii) Un Comité Mixte de Suivi et de Coordination (CMSC) : multisectoriel.

(iv) Le Secrétariat du PNLS : il est assuré par le service IST/SIDA du Ministère de la santé.

Ces structures n'ont pas fonctionné correctement à cause de diverses contraintes dont le problème de la coordination, car le Ministère de la santé n'a pas de vocation intersectorielle.

Gestion de lutte contre le SIDA.

Le Ministère de la santé a eu la responsabilité de la mise en œuvre du programme SIDA, de la coordination multisectorielle et de la mobilisation des ressources jusqu'en fin 2000.

· Coordination

Le Bureau Central de Coordination (BCC) du PNLS a assuré la coordination intra sectorielle et intersectorielle jusqu'en fin 2000. Cette coordination intersectorielle a posé quelques problèmes au département de la santé qui n'a pas une vocation interministérielle.

· Décentralisation

Les différents niveaux des structures de l'Etat et des collectivités décentralisées ont été impliqués dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNLS. Des comités régionaux de lutte contre le VIH/SIDA ont été constitués au niveau des 6 provinces. Des responsables régionaux de programmes IST/SIDA ont été désignés. Les équipes de management des districts (EMAD) sont chargées de la mise en œuvre du PNLS.

· Formation

Des sessions de formation ont eu lieu dans les domaines suivants : (i) techniques de dépistage rapide du VIH pour une sécurité transfusionnelle ; (ii) prise en charge syndromique des IST ; (iii) planification par objectifs ; (iv) techniques de communication ; et (v) surveillance de deuxième génération. *Le renforcement des capacités des ONG/associations et des secteurs autres que la santé n'a apparemment pas été une priorité du PMT2.*

· Recherche opérationnelle

Le volet « recherche » a été coordonné par le *Laboratoire National de Référence VIH/SIDA*. *La recherche socio-comportementale est peu développée*. Des résultats des enquêtes réalisées par l'Institut national des statistiques (INSTAT) dans le cadre de l'Enquête démographique et de santé (EDS) et de l'Enquête permanente auprès des ménages (EPM) ainsi que des initiatives régionales ou thématiques ont servi aux réorientations des stratégies de lutte.

· Suivi et évaluation du programme de lutte contre le SIDA.

Le suivi du programme s'est fait à travers des réunions de coordination semestrielles. Une évaluation a été faite à la fin de chaque plan à moyen terme.

LA REPONSE NATIONALE

Le niveau actuel des réalisations des objectifs du Sommet du millénaire et de la compatibilité des approches nationales avec les recommandations internationales avec les principaux indicateurs retenus montre que 17 indicateurs sur 35 ne sont pas disponibles : ou ils n'ont fait l'objet d'aucune étude (dépenses pour la prévention VIH pourcentage des usagers de drogues injectables (UDI) échangeant leur matériel, pourcentage de UDI n'ayant jamais échangé leur matériel) ou les activités n'existent pas (prévention de la transmission de la mère à l'enfant ou TME du VIH pour renforcer le paquet prénatal, disponibilité des médicaments antirétroviraux, soins palliatifs).

En 2000, l'indice d'effort du programme SIDA malgache⁹ reste en -deça de la moyenne africaine. En effet, les valeurs respectives des composantes de cet indice ont été les suivantes : (i) soutien politique : 53% ;(ii) formulation de politique : 58% ; (iii) structure organisationnelle : 59% ; (iv) ressources du programme : 43% ; (v) évaluation, monitoring et recherche : 51%, (vi) législation et réglementation : 81% ; (vii) programmes de prévention : 58% et programmes de soins : 21%.

Ce sont donc des axes d'intervention potentiels. Une priorité pour la prévention de la TME et la disponibilité des antirétroviraux paraît évidente. Les indicateurs disponibles montrent que *des efforts restent à faire*. Ils concernent la transmission des connaissances et le changement des comportements des groupes vulnérables et à risques, l'intensification de la promotion des préservatifs, le plaidoyer pour la tolérance et la vulgarisation de l'approche syndromique. L'environnement social et institutionnel influe sur l'ampleur et la faisabilité des politiques de prévention et de prise en charge thérapeutique et psychosociale. Cette réponse s'articule autour de la réponse institutionnelle, de la réponse juridique et législative, ainsi que de la réponse en matière de prestations de service.

La réponse institutionnelle: un engagement et des actions multisectorielles pour la lutte contre le VIH/ SIDA.

Le leadership politique, condition nécessaire pour agir dans ce domaine délicat, doit être appuyée par un leadership religieux actif, un leadership engagement communautaire et un soutien international efficace.

Le leadership politique.

Après le constat d'échec de la structure originelle du programme de lutte contre le SIDA (de 1988 à 2000), Madagascar a opté pour une «Cellule de coordination nationale » (CCN) des actions de lutte contre le VIH/SIDA, rattachée à la Primature. Cette cellule, composée de membres issus des secteurs publics et privés, de la société civile, des ONG et des groupes à risques, témoigne de la volonté d'une approche multisectorielle.

Le BCN assiste la CCN et en assure le secrétariat. Le réajustement du système de coordination a été rendu nécessaire par l'importance des enjeux aussi bien politiques que socio-économiques. Une fluidité des informations en vue d'une complémentarité des actions dans le cadre du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA est indispensable.

La mobilisation sociale et le partenariat se concrétisent à travers l'élargissement du groupe thématique, l'engagement du Cabinet de la Primature et l'adoption d'un plaidoyer national sur la multisectorialité du problème du VIH/SIDA. L'élaboration du DSRP montre une volonté politique d'intégrer la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre du développement du pays.

Les relations entre le Ministère de la Santé et la CCN sont floues. Hiérarchiquement, ces entités dépendent de la Primature. Mais la CCN et à plus forte raison, le COMITÉ NATIONAL n'est pas l'égal d'un ministère. L'articulation ne peut donc se situer qu'au niveau du Premier ministre ou du Vice-premier ministre. Il s'agit d'éviter la non-appropriation de cette approche par les parties concernées. Le rôle technique du Ministère de la Santé doit s'affirmer.

⁹Measuring the level of effort in the national and international response to HIV/AIDS ; The AIDS Program Effort Index (API), UNAIDS/The Policy Project, February 2001, 31p.

La mobilisation des partenaires potentiels de la société civile reste faible à cause de l'insuffisance des campagnes d'explication, de sensibilisation et des structures de surveillance et de soins. L'avènement des provinces autonomes peut être mis à profit pour une décentralisation pertinente des structures de coordination, de sensibilisation et de suivi. Les équivalents provincial et sous - préfectoral de la Cellule de Coordination des actions de lutte contre le VIH/SIDA et du « point focal » existent dans 8 localités. Cette décentralisation aiderait à une meilleure appropriation par les communautés et à une meilleure prise en compte des spécificités socio - culturelles et économiques loco - régionales.

Les directives pour la mise en _uvre du plan stratégique national manquent. En effet, ce plan comprend des éléments qui peuvent être mis en _uvre immédiatement par le biais d'actions administratives et d'autres exigeront une législation spécifique ou l'obtention d'un financement.

Le leadership religieux.

Les autorités religieuses ont contribué dans la conception du plan national stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et lors des colloques sur « SIDA et religion ». Elles encouragent et soutiennent les clubs d'éducation à la vie familiale. Deux grandes Eglises, FJKM et FLM, ont élaboré leurs plans stratégiques respectifs en 2001.

Toutefois, la promotion exclusive des préservatifs reste un sujet de discord. Les parents et d'autres éducateurs les rejoignent sur cette position : « c'est une incitation à la débauche ». Or, les expériences montrent le contraire : un recul de l'âge à l'initiation sexuelle et une amélioration de la prévalence des rapports protégés pour ceux qui sont en activité sexuelle. Les recommandations et résolutions des organes consultatifs et exécutifs des différentes confessions (commissions épiscopales pour les uns, synodes pour les autres,...) ne sont pas toujours débattues en dehors de leurs cercles respectifs. Une mise en commun ne serait que bénéfique.

L'implication du secteur privé.

Les entreprises textiles « franches » d'Antananarivo et de Toamasina en collaboration avec leurs organisations sanitaires respectives OSTIE et OMSI ont établi un programme de sensibilisation sur les IST et le VIH/SIDA en milieu de travail. Ce milieu se caractérise par la jeunesse et le niveau de vie relativement bas de leurs employés ainsi que par une forte concentration géographique.

Le leadership et l'engagement communautaire

La remise à l'ordre du jour du « fokolonona » (association de quartiers) se présente comme une opportunité pour « parler ouvertement et durablement du SIDA » au sein de la communauté et auprès des tradipraticiens.

L'association des parents d'élèves peut être une porte d'entrée pour un plaidoyer en faveur de cette lutte dans les collèges et lycées. Les associations des jeunes (sportives ou culturelles) peuvent aussi être des cercles de réflexion et des champs d'action pour des comportements sans risque de transmission du VIH/SIDA. Les clubs anti-SIDA au sein des établissements scolaires couvrent actuellement une cinquantaine de fivondronam-pokontany.

Ce sont les ONG qui sont les plus actives dans la mobilisation sociale : elles ciblent essentiellement les jeunes, les travailleuses du sexe et les entreprises franches. On compte actuellement une vingtaine d'ONG travaillant dans la lutte contre la propagation du VIH/SIDA. Elles ciblent surtout les régions urbaines. Elles sont de trois sortes : les ONG internationales (Médecins du Monde, Population Services International, PACT, Family Health

International, The Dodwell Trust), les ONG d'obédience confessionnelle (ADRA, CRS, FFKM, DINEC, Ligue pour la lecture de la Bible, SALFA, SAF/FJKM), et les ONG « laïcs » d'envergure nationale ou régionale (Croix Rouge malgache, ASSONG, OSTIE, AMIT, Intermédia, STOPSIDA, FAVEMIA, FIVMATA...). Certains de ces ONG sont des associations des groupes vulnérables d'une localité : travailleuses du sexe, homosexuels...

LA RÉPONSE JURIDIQUE ET LÉGISLATIVE.

Le Code de Santé publique malgache date de 1962, époque à laquelle le SIDA n'est pas connu. En cours de révision depuis 1998, le code réactualisé tarde à sortir. *Les obstacles en sont d'ordre conceptuel, financier et pratique.* Ce code doit tenir compte non seulement des réalités malgaches mais aussi des différentes résolutions internationales en matière de « droits humains et SIDA ».

Le retard constaté à la révision du Code de santé publique est dû à l'approche retenue : le ministère prépare le texte, consulte un certain nombre de personnes, diffuse le projet de texte à tous les départements ministériels et aux différents ordres professionnels (ordres des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes) pour remarques et suggestions avant de le proposer au Parlement. Tout ce processus n'a point prévu une phase préparatoire (information et mise en condition des parlementaires, des éducateurs, des juristes, des groupes professionnels et de la communauté).

En effet, ces consultations collectives nécessaires pour la révision du Code peuvent aussi aider à l'élaboration des politiques, à la mise en œuvre des programmes relatifs au VIH/SIDA et aux organisations communautaires d'effectuer leurs tâches avec efficacité, notamment dans les domaines de l'éthique, du droit et des droits humains. En matière de VIH/SIDA, le Code doit traiter du dépistage volontaire et du consentement éclairé, de la notification des informations codées, de la notification aux partenaires, de la détention (ou de l'isolement ou de la quarantaine), de la sécurité transfusionnelle et de la lutte contre l'infection. Il va de soi que le code ne peut pas traiter tous les aspects y afférents.

D'autres textes sont nécessaires¹⁰ pour le compléter et le clarifier. Sont cités à titre d'exemples, les codes de déontologie des différentes professions concernées par la lutte, la réactualisation du **code du travail par rapport à l'épidémie du VIH/SIDA**, les **mesures anti-discriminatoires**. (procédures d'embauche et de licenciement, procédures judiciaires, administration pénitentiaire, entrée et/ou séjour dans le pays, protection sociale, logement, éducation, vie familiale et reproductive, assurances et autres services financiers, accès aux autres services publics). Ce sont autant de « vides juridiques » qu'il convient de combler dans les meilleurs délais.

Certains textes touchent la législation pénale et le régime pénitentiaire et doivent traiter les délits de transmission et d'exposition au risque de transmission, la stratégie du moindre mal (programme d'échanges d'aiguilles et de seringues pour les usagers de drogues injectables), la prostitution, les actes sexuels et les prisons. Ils doivent être compatibles avec les obligations internationales en matière de droits humains.

D'autres textes doivent renforcer et/ou préciser le principe anti-discriminatoire énoncé dans l'article 8 de la Constitution : « les nationaux sont égaux en droit et jouissent des mêmes libertés fondamentales protégées par la loi sans discrimination fondée sur le sexe, le degré d'instruction, la fortune, l'origine, la race, la croyance religieuse ou l'opinion ». En outre, l'article 19 insiste que « l'Etat reconnaît à tout individu le **droit à la protection de sa santé dès la conception** ». Enfin, l'article 28 stipule que « nul ne peut être lésé dans **son travail ou dans son emploi** en raison du sexe, de l'âge, de la religion, des opinions, des origines, de l'appartenance à une organisation syndicale ou des convictions politiques ». Mais les textes seuls ne suffisent pas.

Le suivi de l'application des textes est nécessaire : les services de la Brigade de m_urs et des tribunaux deviennent de plus en plus actifs, notamment à Antananarivo. Les associations de jeunes, les groupements de femmes, les organisations militant pour les droits humains ainsi que les associations de PF et les écoles sont autant de créneaux qui peuvent véhiculer la prévention et/ou la prise en charge des violences sexuelles.

LA RÉPONSE «PRESTATIONS DE SERVICES»

Elle s'est caractérisée par une approche fragmentaire (non holistique) de l'épidémie. L'accent a été essentiellement mis sur la prévention (information, incitation aux changements de comportements, distribution et commercialisation sociale des préservatifs). Cette approche s'est justifiée car la thérapeutique proposée a été peu efficace et inaccessible. Actuellement, on connaît l'effet préventif et curatif des médicaments utilisés dans les

infections opportunistes mais aussi celui des anti-rétroviraux en association (trithérapie). Par ailleurs, la part de l'infection à VIH dans la recrudescence de la tuberculose à Madagascar reste peu documentée pour deux raisons : l'abandon du dépistage du VIH parmi les tuberculeux et le cloisonnement entre les services s'occupant du VIH/SIDA et de la tuberculose.

En fait, l'accès aux soins et au traitement proposés dans des conditions rigoureuses d'application apparaît comme la meilleure incitation au dépistage et à la prévention. Cette offre n'est pas encore disponible, car onéreuse. Les opportunités se présentent dans le courant des initiatives des Médecins sans frontières (MSF) pour l'accès aux médicaments. MSF estime que l'adoption des génériques devrait ramener le coût d'une trithérapie à 200 USD par an.

¹⁰ Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme.

Mesures de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humain, économique et social.

ONUSIDA, Union interparlementaire, Genève 1999, 166p.

Sous l'encadrement d'un certain nombre d'ONG et la supervision scientifique d'institutions universitaires et ministérielles, un suivi médical et microbiologique des travailleuses du sexe est initié à Antsiranana, à Toamasina à Antananarivo et à Toliara. Le suivi est coordonné par les associations des travailleuses du sexe (exemple FIVMATA à Antsiranana).

La vulgarisation de l'approche syndromique pour le traitement des IST bute contre la faible couverture de la formation continue, la rotation trop rapide des prestataires formés et la rupture de stock des médicaments (utilisés pour d'autres maladies). Des curricula de formation sur l'approche syndromique pour le traitement des IST existent et sont utilisés.

Toutefois, l'adhésion totale du gouvernement et du secteur privé à la politique des médicaments génériques essentiels contribue à en diminuer les prix. Par ailleurs, le budget alloué aux médicaments par le secteur public, bien qu'encore insuffisant, n'a cessé d'augmenter de 1991 (0.16 USD par habitant) à 1998 (0.38 USD par habitant)¹¹. La participation des usagers au financement du système de santé (dont les effets pervers aux dépens des plus pauvres sont à corriger) a contribué à réduire les ruptures de stock des médicaments.

La Centrale d'achats des médicaments, après une phase de démarrage laborieuse, commence à être relativement rodée dans l'acquisition des produits pharmaceutiques et consommables médicaux en vue d'honorer les besoins du secteur public et des ONG agréées.

La commercialisation sociale des préservatifs¹² a fait que ce produit est disponible partout. Elle a connu une hausse de 250 % (près de 5.8 millions d'unités vendues) de 1996 à 2001. Rapportées à une population de 15 à 24 ans estimée à 3 millions de personnes, ces ventes confirment le faible taux de rapports sexuels protégés chez les jeunes, alors qu'en 1997, par exemple, 56.5 % des femmes de 15-19 ans et 91.7 % des femmes de 20-24 ans ont déjà eu des rapports sexuels au moment de l'enquête¹³.

Les réactifs pour tests rapides de la présence du VIH, l'équipement nécessaire et le personnel qualifié ne sont pas toujours disponibles au bon moment ni au bon endroit.

Les services de conseils et tests volontaires restent rares. Quelques expériences d'«assistance téléphonique sur le SIDA» (à Antsiranana par exemple) et de conseils et tests volontaires (à Antananarivo, Toamasina et Toliara) sont menées. Aucune information y afférente n'est disponible.

Une politique nationale de la sécurité transfusionnelle, basée sur la prescription rationnelle de sang propre, a été élaborée et diffusée en 1999: son application reste à évaluer.

Le « task force » IEC a été d'un apport non négligeable dans les domaines de la vaccination et de la nutrition. Il a regroupé tous les intervenants dans ces domaines et a décidé sur la pertinence et l'efficacité des stratégies et des

supports d'IEC ainsi que des messages et canaux proposés. Une telle structure de concertation et de coordination des activités IEC dans la lutte contre le VIH/SIDA est indispensable. Le ministère de la santé s'est heurté au défi d'organiser la riposte tout en sollicitant et en appuyant la participation effective des autres secteurs sans en avoir les moyens ni le mandat. En fait, ce ministère ne peut pas coordonner les actions des autres ministères.

Un système de surveillance par réseau sentinelle (de première génération) est fonctionnel. Il permet de suivre la tendance de la séroprévalence. La notification des cas de SIDA et de VIH est utilisée pour suivre de près les caractéristiques et les tendances de l'épidémie. Les données démographiques et personnelles, entre autres, celles relatives aux catégories de transmission, renforcent la valeur des données sur la surveillance et ont été exploitées dans la mesure du possible. Elles ont permis d'identifier les groupes à risque pour lesquels les efforts ont été intensifiés : les adolescents et les jeunes, les femmes et les travailleuses du sexe. Un système de surveillance par réseau sentinelle (de première génération) est fonctionnel. Il permet de suivre la tendance de la séroprévalence. La notification des cas de SIDA et de VIH est utilisée pour suivre de près les caractéristiques et les tendances de l'épidémie. Les données démographiques et personnelles, entre autres, celles relatives aux catégories de transmission, renforcent la valeur des données sur la surveillance et ont été exploitées dans la mesure du possible. Elles ont permis d'identifier les groupes à risque pour lesquels les efforts ont été intensifiés : les adolescents et les jeunes, les femmes et les travailleuses du sexe.

¹¹ Annuaire des statistiques du secteur santé

¹² Rapport d'activités 2001 PSI Madagascar

¹³ EDS 1997

L'existence des îlots de prévalence du VIH supérieure à 1% est une source d'inquiétude. Toutefois, en comparant les données obtenus par la notification des cas, la forte prévalence des IST et la protection de l'infection à VIH et le SIDA, on doit conclure à une sous - notification. La sous - notification est à la fois la contrainte et la hantise du système de surveillance par réseau sentinelle. Les raisons en sont : (i) l'inaccessibilité, la mauvaise qualité ou l'absence des services de conseils et de soins, (ii) les soucis de confidentialité et la crainte de marginalisation des communautés traditionnellement soudées, (iii) le manque de participation du secteur privé à la surveillance ; (iv) l'incapacité de motiver les agents de santé à fournir des données fiables; et enfin (v) les contraintes logistiques. La sous - notification met en cause la représentativité des données de notification. La sous - notification entrave souvent l'utilité de la notification des cas, en tant qu'outil de surveillance régulière.

ANALYSE DE LA REPONSE INTERNATIONALE.¹⁴

Le soutien international pour la lutte contre l'infection à VIH et le SIDA se fait à travers le système des Nations Unies, la coopération bilatérale et multilatérale et les ONG d'envergure internationale.

Le système des Nations Unies

Depuis sa création en janvier 1996, l'ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, assume en priorité la responsabilité au sein du système des Nations Unies (SNU), d'aider le pays à renforcer leurs moyens d'action contre l'épidémie du VIH/SIDA. Les institutions des Nations Unies y contribuent : le PNUD, l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale, le BIT, et le PAM.

Ces organisations ont uni leurs forces pour deux raisons essentielles : (i) la nécessité d'élargir l'action face à l'épidémie à des secteurs allant de la santé au développement économique; (ii) la nécessité d'assurer un rôle directeur et de mieux coordonner l'appui du SNU au pays. L'ONUSIDA suit une approche concertée unique en son genre face à un problème fondamental de santé et de développement. A travers ce programme, Madagascar peut faire appel à l'expertise élargie des organismes coparrainants et d'autres Institutions des Nations Unies. Au niveau du pays, l'ONUSIDA comprend : (i) le groupe thématique (chargé de l'élaboration des politiques et de la sensibilisation), composé des représentants des différents organismes ;(ii) le groupe de travail technique ;(iii) le conseiller de programme ou point focal ONUSIDA, chargé du conseil, du soutien et de la coordination.

La concrétisation de l'action conjointe:

Le Groupe Thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA a été créé pour soutenir une action multisectorielle élargie face à l'épidémie du VIH/SIDA. Il est devenu le mécanisme clé de l'action coordonnée et conjointe des Nations Unies à Madagascar. Cet effort de coordination, de concertation et d'harmonisation s'observe également dans les thèmes et les zones d'intervention. En effet, les organisations mettent en commun leurs ressources (financières, matérielles, et techniques) et leurs avantages comparatifs dans leurs interventions.

L'implication personnelle des Chefs d'agence dans le groupe thématique est l'aboutissement d'un processus accéléré d'appropriation et d'institutionnalisation de l'ONUSIDA par les organismes coparrainants. Cet engagement s'est vite concrétisé par la désignation d'un point focal (à plein temps ou en temps partiel) au sein de chaque agence des Nations Unies. Des directives stratégiques et/ou pratiques ont été diffusées sous forme de brochures (cadre de mise en _uvre de la lutte ; VIH/SIDA : nutrition, soins et soutien ; VIH/SIDA et emploi ; VIH/SIDA et droits humains...)

Chaque agence a son propre mécanisme de travail. Certaines organisent des réunions périodiques de coordination interne sur le VIH/SIDA. D'autres le projettent. Une meilleure documentation est à prévoir pour renseigner sur la nature exacte et sur l'importance de l'implication de chaque agence pour les objectifs de l'ONUSIDA. Le même exercice est souhaitable pour les objectifs du Plan cadre de l'assistance au développement des Nations Unies (UNDAF).

¹⁴ Répertoire des acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA à Madagascar. ONUSIDA, Groupe Thématique élargi, février 2002.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA

Il joue un quadruple rôle d'organisation, d'appui technique, d'interface et de promotion de partenariat.

Son rôle d'organisateur vise à faciliter ou à créer un esprit d'équipe. L'appui technique se fait par le biais de la documentation des meilleures pratiques ou par l'envoi d'experts. Le secrétariat assure l'interface entre les agences des Nations Unies, le Gouvernement et les autres partenaires. Le rôle de la promotion du partenariat reste la base de toute action de développement. Le plan d'action du partenariat international pour la lutte contre le VIH et le SIDA à Madagascar 2001 - 2003 en est une des concrétisations.

Par le biais de petits fonds, le Secrétariat a visé à catalyser de nouvelles pistes stratégiques qui soutiennent l'institutionnalisation de la lutte (objectif atteint) et d'un comportement d'équipe (objectif non encore complètement atteint).

Un autre aspect de l'institutionnalisation de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le Coordonnateur Résident des Nations Unies qui est responsable en dernier ressort du fonctionnement efficace de l'ONUSIDA a intégré dans l'organigramme de son agence le programme commun ONUSIDA en novembre 2001. Celui-ci figure parmi les 5 unités directement rattachées au Coordonnateur Résident. C'est ainsi que le Conseiller de programme fait partie de l'équipe du Coordonnateur Résident du système des Nations Unies.

Cet engagement se traduit également par la contribution des agences co-parrainants au fonctionnement du secrétariat. Au total, l'action conjointe de l'ONUSIDA est en bonne voie, l'institutionnalisation de la lutte contre le VIH/SIDA est réelle, mais la coordination et l'harmonisation des interventions peuvent être améliorées.

UNICEF : Mise en _uvre de programme plus particulièrement axés sur les enfants infectés ou touchés par le VIH/SIDA, sur la promotion de la santé des adolescents et des jeunes dans les milieux scolaires, et extra-scolaires, ainsi que la prévention de la transmission mère-enfant.

PNUD : Intensification de la sensibilisation aux conséquences de l'épidémie sur le développement ; développement de la collaboration avec les ONG, et questions de gouvernance.

OMS : Mise en place et renforcement du système de santé pour assurer la prévention et des soins de santé complets (surveillance épidémiologique, sécurité transfusionnelle).

FNUAP : Financement, dans le contexte de la santé de la reproduction, des soins de santé primaires : formation, matériels d'IEC, conseils, éducation scolaire et extra-scolaires (éducation à la vie familiale, éducation en matière de population), avec attention particulière aux femmes et adolescents.

UNESCO : Promotion, élaboration et participation à la mise en _uvre de programmes de formations aux compétences essentielles afin d'aider les jeunes à mieux comprendre les risques, et donc, à prendre des mesures pour réduire les risques d'infection par le VIH.