

MADAGASCAR
Antananarivo

**Rapport de mission
exploratoire
du 16 au 25 Novembre 2014**

Rencontres avec les parties
prenantes de la lutte contre
le SIDA.

Stéphane WALGER, coordinateur de
la Plateforme Océan Indien (PILS)
Stanislas MOMMESSIN, chargé de
mission international (AIDES)
Dhiren MOHER, community liaison
officer (PILS)

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes et acteurs de la lutte contre le sida, de la société civile malgache et des institutions pour l'accueil et le temps consacré à nos rencontres. Nous apprécions votre collaboration et l'intérêt que vous portez au programme TRANSFERT.

Nous tenons particulièrement à remercier M. Christophe NOUALHAT de l'ONUSIDA, point focal lors de la préparation de cette mission et durant tout notre séjour à Madagascar. Sa grande connaissance du terrain, sa capacité à mobiliser les différents acteurs de la lutte contre le sida à Madagascar, ses conseils et ses suggestions nous ont été d'une grande aide.

Nous voulons également remercier M. Hajarijaona RAZAFINDRAFITO, Secrétaire Exécutif du CNLS qui nous a accompagnés pendant tout notre séjour pour son accueil, sa franchise sur la réponse nationale malgache et sa grande disponibilité.

Un remerciement spécial à tous les bénéficiaires des associations que nous avons rencontré, votre témoignage nous a touché et nous donne envie de nous battre à vos côtés pour améliorer la prise en charge globale des PVVIH à Madagascar, réduire la vulnérabilité des populations clés et faire émerger des leaders dans la zone OI.

Enfin, nous remercions AIDES et l'équipe Capacity Building de PILS pour la préparation de la mission, la recherche documentaire et l'efficacité logistique dans la mise en œuvre de la mission exploratoire.

Stéphane WALGER

Stanislas MOMMESSIN

Dhiren MOHER

SOMMAIRE

| | |
|--|-----|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| SOMMAIRE..... | 3 |
| LISTE DES ACRONYMES..... | 5 |
| I. SYNTHÈSE DE LA MISSION | 7 |
| II. CADRE DE LA MISSION..... | 8 |
| 2.1 Méthodologie de la mission | 8 |
| 2.2 Programme de la mission | 110 |
| III. LE PROGRAMME TRANSFERT | 121 |
| 3.1 PILS : Présentation de l'association | 142 |
| IV. PRÉSENTATION DE MADAGASCAR | 14 |
| 4.1 Contexte politique | 14 |
| 4.2 Contexte économique | 14 |
| 4.3 Situation épidémiologique du VIH | 15 |
| 4.4 Une forte prévalence du VIH au sein des HSH..... | 16 |
| 4.5 La prostitution, un moyen de survie | 17 |
| 4.6 La consommation de drogues injectables | 198 |
| V. REPONSES ASSOCIATIVES FACE AU VIH ET SIDA | 19 |
| 5.1 Synthèse de la mobilisation communautaire | 19 |
| 5.2 Le Réseau MAD'AIDS | 21 |
| 5.3 Le réseau SOLIDARITE DES MSM DE MADAGASCAR | 21 |
| 5.4 L'ASSOCIATION DES FEMMES SAMARITAINES (AFSA) | 22 |
| 5.5 L'association AINGA AIDES | 23 |
| 5.6 L'association SISAL..... | 24 |
| 5.7 Le réseau FIFAFI | 25 |
| 5.8 L'association ALLO FANANTENANA (511) | 26 |
| VI. LES ACTEURS DU SECTEUR PRIVE..... | 26 |
| 6. 1 La Fondation TELMA | 26 |
| 6. 2 La société Ambatovy..... | 28 |
| 6.3 La Coalition d'Entreprises Citoyennes de Madagascar (CECM) | 287 |

| | |
|---|----|
| VII. REPONSES NATIONALES (PNLS) | 29 |
| 7.1 Le plan stratégique national (PSN) 2013-2017 | 29 |
| 7.2 Le dispositif santé de l'état malgache..... | 30 |
| 7.3 Campagnes gouvernementales | 31 |
| 7.4 Place des populations-clés dans le plan stratégique national et dans les instances de représentations (CCM) | 31 |
| 7.5 Accès aux moyens de prévention (prix des préservatifs masculins / féminins...)..... | 31 |
| 7.6 Avancée et analyse de la réponse dans le monde du travail | 32 |
| VIII. INITIATIVES INTERNATIONALES | 34 |
| 8.1. Action Multilatérales | 34 |
| 8.1.1 Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme | 34 |
| 8.1.2 L'ONUSIDA | 34 |
| 8.2 Actions bilatérales | 35 |
| 8.2.1 Le programme DINIKA de L'Union Européenne | 35 |
| 8.2.2 La coopération Française : l'AFD et le SCAC | 36 |
| 8.2.3 Les autres acteurs bilatéraux | 36 |
| IX. LE DEPISTAGE | 37 |
| X. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES TOUCHEES | 38 |
| 10.1 Prise en charge médicale | 38 |
| 10.2 La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant | 38 |
| 10.3 Le soutien psychosocial | 40 |
| XI. RECOMMANDATIONS / PISTES DE TRAVAIL | 42 |
| XII. ANNEXE n°1 : Synthèse des focus-groupes avec les bénéficiaires des associations | 45 |
| XIII. ANNEXE n°2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES | 49 |
| XIV. ANNEXE n°3 : FICHE PAYS | 50 |
| XV. ANNEXE n°4 : RESSOURCES DOCUMENTAIRES ET BIBLIOGRAPHIE | 50 |

LISTE DES ACRONYMES

| | |
|---------------|--|
| AFD : | Agence Française de Développement |
| AFSA : | Association des Femmes Samaritaines |
| AR : | Ariary (monnaie nationale malgache) |
| ARV : | Antirétroviraux |
| BAD : | Banque Africaine de Développement |
| CCM : | Comité de Coordination Multisectorielle |
| CDI : | Consommateurs de Drogues Injectables |
| CECM : | Collectif des Entreprises Citoyennes de Madagascar |
| CNLS : | Comité National de Lutte contre le Sida |
| CSI : | Centre de Soins Intégrés |
| FEI : | France Expertise Internationale |
| FSD : | Fonds Social de Développement |
| HCR : | Homme à comportement à risque |
| HSH : | Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes |
| IST : | Infection Sexuellement Transmissible |
| LCS : | Lutte Contre le Sida |
| OSCM : | Organisations de la Société Civile Malgache |
| PILS : | Prévention Information et Lutte contre le Sida |
| PEC : | Prise En Charge |
| PES : | Programme d'Echange de Seringues |
| PNLS : | Programme National de Lutte contre le Sida |
| PFOI : | Plateforme Océan Indien (Renforcement de Capacités) |
| PNUD : | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PR : | Principal Réciendaire du Fonds Mondial |
| PS : | Professionnel(le)s du Sexe |
| PSN : | Plan Stratégique National |

| | |
|------------------|---|
| PVVIH : | Personne Vivant avec le VIH |
| RC : | Renforcement de Capacités |
| RDR : | Réduction Des Risques |
| ROI : | Région Océan Indien |
| SCAC : | Service de Coopération et d'Actions Culturelles |
| SE/CNLS : | Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida |
| SR : | Sous-Réциpiendaire du Fonds Mondial |
| SSR : | Sous-sous réциpiendaire du Fonds Mondial |
| TANA : | Antananarivo (Capitale du pays) |
| TROD : | Test Rapide à Orientation Diagnostique |
| TS : | Travailleurs/ses du Sexe |
| UE : | Union Européenne |

I. SYNTHÈSE DE LA MISSION

Cette première mission avait pour objectif principal de passer en revue les différentes pistes d'appuis possibles à la société civile malgache de LCS dans le cadre de la mise en œuvre de la plateforme de renforcement de capacités Océan Indien portée par PILS.

Après une crise politique et économique qui a placé Madagascar dans une grande vulnérabilité, le pays tente difficilement de remonter la pente. Madagascar est un des pays les plus pauvres au monde et les services publics sont dans un état déplorable.

La lutte contre le sida subit cette situation par un manque de moyens dans le secteur hospitalier, pas de véritable décentralisation des services destinés au PVVIH, des ruptures fréquentes d'ARV et des décès de patients au stade sida.

Madagascar connaît une épidémie concentrée. Une étude visant à connaître les contours de l'épidémie malgache a été menée en 2012 afin de mesurer l'impact de l'épidémie auprès des populations clés. Ainsi, la prévalence estimée chez les HSH est de 14,7%, chez les UDI de 7,1% et chez les TS de 1,3%.

Nous avons rencontré les associations qui travaillent avec ces populations clés. Leur travail est freiné par le manque de moyens financiers et de ressources humaines pour faire face aux enjeux liés aux nouvelles infections à VIH, le manque de leadership au sein des acteurs de la société civile pour porter les dossiers importants de plaidoyer comme la prise en charge globale des PVVIH (par exemple : l'accès aux ARV). Enfin, le manque de synergie entre les différentes parties prenantes notamment avec le secteur privé et les institutions rencontrées lors de notre mission est une pierre d'achoppement dans la LCS à Madagascar.

Les parties prenantes s'accordent pour dire qu'un nouveau départ est possible dans les prochaines années avec une meilleure stabilité politique, la relance économique et la possibilité d'être à nouveau éligible aux financements du Fonds Mondial et de l'Union Européenne pour la LCS.

Nous souhaitons que la plateforme Océan Indien joue pleinement son rôle de renforcement de capacités des associations de LCS malgaches durant cette phase 1 (2015-2016) en proposant un accompagnement personnalisé et axé sur les besoins essentiels des associations définis à travers le plan d'action ou le plan opérationnel stratégique.

La plateforme est un outil favorisant les échanges et le partage de savoir-faire dans le domaine de la LCS. Il peut ainsi encourager les synergies entre les différentes parties prenantes.

II. CADRE DE LA MISSION

Cette mission s'inscrit dans le cadre du programme TRANSFERT visant la mise en œuvre sur 2 ans d'une plateforme d'appui au renforcement de capacités des associations de LCS dans la zone océan indien portée par PILS.

Afin de poser la première pierre de l'appui régional et de passer en revue les différentes pistes d'appuis possibles, une mission exploratoire a été menée par Stéphane WALGER, coordinateur de la plateforme Océan Indien pour PILS, Stanislas Mommessin, chargé de mission international à AIDES, et Dhiren MOHER, Community Liaison Officer de PILS afin de rencontrer les institutions et les représentants de la société civile engagés dans la LCS à Madagascar, du 16 au 25 novembre 2014.

Notre mission a été circonscrite à la seule ville d'Antananarivo. S'il est vrai que la plupart des réponses associatives et institutionnelles semblent émaner de la capitale malgache, Madagascar se caractérise aussi par un maillage de petites structures associatives en région. Or, pour des raisons financières et des contraintes liées au manque d'infrastructures à Madagascar, qui rendent les déplacements en province très longs, nous n'avons pas pu apprécier de manière exhaustive la déclinaison des activités de LCS en région. Toutefois, la rencontre de plusieurs réseaux dont les structures membres s'étendent à travers le territoire national, ainsi que de certaines associations constituées en fédération, a contribué à nous faire apprécier la situation malgache dans son ensemble.

Cette première mission avait pour objectif de faire un état des lieux de la situation malgache en termes épidémiologiques, de prise en charge de l'épidémie à VIH/sida et de mobilisation communautaire et associative dans ce pays. D'autre part, il s'agissait d'identifier des partenaires associatifs qui pourraient par la suite participer au projet TRANSFERT.

2.1 Méthodologie de la mission

La première phase du travail préparatoire de la mission a consisté à collecter et à rassembler des informations générales (historiques, politiques, économiques, sanitaires et sociales) et des informations plus spécifiques sur le VIH/Sida (épidémiologie, solutions de prise en charge médicale, annuaire des associations) compilée dans une fiche-pays sur Madagascar.

La deuxième phase du travail a consisté à effectuer la mission en elle-même en rencontrant sur place les associations et les acteurs institutionnels impliqués dans la LCS préalablement identifiés :

- 1) Entretiens avec les représentants des associations malgaches de LCS afin de mieux comprendre leurs activités, leurs priorités et leurs besoins ;
- 2) Entretiens avec les acteurs institutionnels de la LCS (Multilatéraux, bilatéraux, secteur privé et fondations) afin d'analyser la riposte nationale face à l'épidémie de VIH/SIDA et d'apprécier la place de la société civile dans leurs démarches.

Avant et durant la mission, nous avons pu compter sur des personnes-ressources, Hajarijaona RAZAFINDRAFITO – SE/CNLS, et Christophe NOUALHAT, Conseiller en Mobilisation Communautaire et Réseautage, Océan Indien - ONUSIDA, qui nous ont aiguillés lors des structures à rencontrer. Ainsi, nous avons rencontré les représentants des associations SISAL, AINGA AIDES, FIFAFI, EZAKA MSM de MADA, AFSA, ALLO FANANTENANA, et PSI.

Nous avons également rencontré les acteurs institutionnels suivants : le CNLS, l'AFD, le SCAC de l'Ambassade de France, l'Ambassadeur de Maurice et l'UE (Programme DINIKA).

Enfin, nous avons également rencontré certains acteurs du secteur privé engagés dans la LCS : la Fondation Telma, Ambatovy, et la Coalition des Entreprises Citoyennes de Madagascar.

| Heure | Jour 1 -16.11 MAURICE - TANA | Jour 2 – 17.11 Lundi | Jour 3 – 18.11 Mardi | Jour 4 – 19.11 Mercredi | Jour 5 – 20.11 Jeudi | Jour 6 – 21.11 Vendredi | Jour 7 – 22.11 Samedi | Dim | Jour 9 – 24.11 Lundi | Jour 10 – 25.11 TANA-MAURICE |
|------------------|--|---|---|--|--|--|---|---|--|---|
| 09 :00 12 :00 | ARRIVEE : Plan de vol : 14 :30 (MRU) – 15 :10 (TNR) | Activité 1 : 09:00 Rencontre CNLS/PNLS Hajarijaona Razafindrafito (Secrétariat Exécutif) | Activité 3 : 09:00 Rencontre UNAIDS Christophe NOUALHAT /ONGs de lutte contre le sida | Activité 5 : 09:00 Rencontre SISAL Andry RASOLOARIMANAN A + Focus Group Rencontre Bénéficiaires | Activité 7 : 09:00 Rencontre Asso AINGA AIDES Tantely DAVY + Focus Group Rencontre Bénéficiaires | Activité 9 : 09:00 Rencontre Asso FIFAFI Emmanuel RAKOTONIRI NA + Focus Group Rencontre Bénéficiaires | Activité 11 : 09:00 Rencontre Asso EZAKA MSM DE MADA Balou CHABART Focus Group Rencontre Bénéficiaires | | Activité 12 : 09:00 Rencontre Asso AFSA Dr Esther RARIVOHARILALA AFSA Focus Group Rencontre Bénéficiaires | RETOUR : Plan de Vol : 16 :55 (TNR) - 19 :40 (MRU) |
| 14 :00 16 :00 | | Activité 2 : Reporté au 21/11 (mail de l'AFD en date du 13/11) | Activité 4 : 14 :00 Rencontre avec l'Ambassadeur de Maurice – Mr LEMAIRE 15:30 SCAC de l'Ambassade de France Clémence Bessière | Activité 6 : 14:00 société TELMA - Danielle RAHAINGONJATOVO Consultant Expert Chargé de Projet | Activité 8 : 14:00 Société Ambatovy Irène DASO Manager, Compliance Program | Activité 10 : 14:00 Rdv CEC Josiane Robiarivony 16:00 Rencontre avec l'AFD - Danielle RABENIRINA | Activité 11 bis : | Activité 13 : 14 :00 Rencontre Asso ALLO FANANTENANA Sataniaina RABENIALA Vol S. Mommessin Tananarive 12h55 Réunion 15h15 Réunion 21h45-Paris 6h25 | | |
| 18 :00 20 :00 | Vol S. Mommessin Paris 10h40 Tananarive 23h40 | | | Activité 5 bis : SISAL Visites et évaluation des activités de terrain | Activité 7 bis : AINGA AIDES Visites et évaluation des activités de terrain | Activité 9 bis : FIFAFI Visites et évaluation des activités de terrain | Activité 11 ter : Asso EZAKA MSM DE MADA Visites et évaluation des activités de terrain | | Activité 14 : 18:00 Rdv avec Christine BELLAS CABANE Conseillère Régionale Santé - SCAC de | |

III. LE PROGRAMME TRANSFERT

Le programme TRANSFERT - Accompagnement à la création et à l'empowerment d'une plateforme de renforcement des capacités des associations de lutte contre le sida dans la région OCEAN INDIEN.

Depuis le milieu des années 90, l'association AIDES soutient des associations africaines et de lutte contre le sida. En 1997, privilégiant une démarche collective et inclusive, elle a initié le Réseau Afrique 2000, réseau de renforcements mutuels réunissant une quarantaine d'associations communautaires de LCS, répartis dans trois sous-régions : le Maghreb, l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale.

Désormais, afin d'ouvrir une nouvelle page dans son engagement auprès des partenaires internationaux, AIDES souhaite privilégier les dynamiques partenariales régionales en transférant progressivement les outils et savoir-faire développés par l'association depuis plus de dix ans d'activités de renforcement de capacités. Cela à travers le programme « Transfert » qui consiste en un accompagnement à la création et l'empowerment d'une nouvelle plateforme régionale d'appui aux associations de lutte contre le VIH/sida pour la ROI.

Cette plateforme vise l'inclusion de nouvelles associations de la région pour le renforcement de leurs capacités et le développement de synergies régionales en matière de LCS.

Le secrétariat permanent de la plateforme est domicilié chez PILS (Ile Maurice), qui est membre de la Coalition PLUS et bénéficie d'un leadership et d'une légitimité au niveau régional et international. Grâce à cette mission exploratoire, nous avons pu d'ailleurs vérifier ce fait auprès des partenaires potentiels, en demande de mutualisation des bonnes pratiques qu'a développées PILS.

Le renforcement de capacités cible :

- Les acteurs associatifs de la lutte contre le VIH/sida : Les programmes internationaux de PILS ciblent comme bénéficiaires directs les acteurs des associations développant sur le terrain des projets de prise en charge globale de PVVIH en lien avec les programmes de santé nationaux.
- Les usagers et publics-cibles des associations partenaires : sont les bénéficiaires indirects du Programme. Promouvoir et développer les capacités des personnes concernées par le VIH à prendre leur avenir en main, favoriser leur mobilisation au travers du plaidoyer des associations qui les représentent est une des idées fortes que PILS transpose à l'international.

3.1 PILS - Présentation de l'association¹

PILS, Prévention Information Lutte contre le Sida, est une ONG à base militante créée en 1996, à l'initiative de Nicolas RITTER, actuel directeur exécutif.

L'association met en place des projets et programmes de renforcement de capacités de la société civile de LCS et prend en charge le soutien psycho-social des personnes vivant avec le VIH. Son expertise, sa connaissance du terrain, son efficacité en terme de plaidoyer et son engagement militant font de PILS un acteur majeur de la réponse de la LCS dans la région océan Indien. Avec le soutien de son partenaire Coalition PLUS, PILS renforce son approche communautaire et son plaidoyer en intégrant davantage encore les Personnes Vivant avec le VIH au coeur de ses projets et programmes.

PILS est partenaire de plusieurs acteurs nationaux, locaux et régionaux de la riposte contre le sida dont : la National AIDS Secretariat, le Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie, Sidaction, Solidarité Sida, l'association RIVE à La Réunion, Aids and Rights Alliance for Southern Africa, le GNP+, Fight Aids Monaco, l'Union Européenne.

PILS est Principal Réciendaire du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida depuis 2012 pour la société civile mauricienne et membre de la Coalition Internationale PLUS depuis 2013.

3.2 AIDES - Présentation de l'association²

Créée en 1984, à l'initiative du sociologue Daniel Defert et reconnue d'utilité publique en 1990, AIDES est la première association française de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales en France et l'une des plus importantes au niveau européen. AIDES est aujourd'hui présente dans plus de 70 villes françaises, au plus près des personnes touchées, et entretient de nombreux partenariats à l'international. Son président actuel est Bruno Spire.

AIDES s'engage à respecter l'identité culturelle, la sexualité, le mode de vie, les appartenances idéologiques et les choix thérapeutiques de chacun. Espace libre de confrontation d'idées, gage de non-jugement, de confidentialité et d'anonymat, AIDES est indépendante de toute famille religieuse, morale, politique ou scientifique.

Pour éviter l'écueil du "service", AIDES veille à ce que les personnes concernées, celles qui sont elles-mêmes touchées et celles qui sont leurs proches, soient au cœur des décisions, des projets et de leur réalisation. Nos actions sont mises en place pour répondre aux besoins et

¹ Plus d'infos sur www.Pils.mu

² Plus d'infos sur www.aides.org

aux souhaits des personnes concernées et prennent en compte les particularités locales. Il s'agit de faire du sur-mesure, pas de reproduire à la chaîne des actions qui peuvent être la bonne réponse à un endroit, mais pas forcément à un autre. AIDES permet aux personnes qui le souhaitent de se mobiliser et d'agir. D'être acteur plutôt que "client" ! Cette mobilisation collective est primordiale puisqu'elle rend plus légitimes encore les revendications des personnes touchées par le VIH/sida et les hépatites virales.

IV. PRESENTATION DE MADAGASCAR

Madagascar est la cinquième île du monde en superficie (592 040 km), elle est bordée à l'ouest par le canal du Mozambique qui la sépare de l'Afrique continentale. Sa capitale est Antananarivo. Le pays est entouré par d'autres îles et archipels dont l'île Maurice, les Seychelles, les Comores et La Réunion. Madagascar compte 22 millions d'habitants répartis dans 22 régions, les moins de 15 ans constitue 49% de la population.

4.1 Contexte politique

Après 5 années d'impasse politique et à l'issue d'un processus de médiation mené par la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC), des élections présidentielles et législatives ont été organisées à Madagascar à la fin de l'année 2013. Le nouveau président élu, Hery Rajaonarimampianina, a pris ses fonctions le 25 janvier 2014 ; le 11 avril suivant, il a désigné son Premier ministre, Roger Kolo, qui bénéficie du soutien de 12 partis politiques représentés à l'Assemblée nationale. Un nouveau gouvernement, composé de 31 ministres et secrétaires d'État, a été constitué.

À la suite de ces scrutins, de nombreux partenaires internationaux ont normalisé leurs relations avec Madagascar, rompant avec la période de rejet de la prise de pouvoir hors des voies constitutionnelles par la Haute autorité de transition (HAT) en 2009.

Le Gouvernement a fait de la « lutte contre la pauvreté grâce à une croissance inclusive » son objectif principal et identifié trois piliers prioritaires : l'amélioration de la gouvernance, la relance économique, et l'expansion de l'accès aux services sociaux de base.

4.2 Contexte économique

Le pays se classe à la 155e place (sur 187 pays et territoires) dans le Rapport sur le développement humain 2014 et n'atteindra pas les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à l'échéance de 2015, dont notamment les cibles relatives aux taux de mortalité infantile, de scolarisation nette et d'achèvement du cycle primaire et, surtout, l'élimination de l'extrême pauvreté (67,8% de la population vit avec moins de 1 dollar par jour), alors que cet objectif semblait pourtant à la portée du pays en 2007. En matière de climat des affaires, le pays continue d'être mal placé (148e sur 189 pays selon le rapport Doing Business 2014).

L'économie malgache est très fragile et sa capacité à absorber des chocs additionnels est au plus bas. Ouverte aux échanges internationaux, elle est particulièrement exposée au ralentissement dans la zone euro sachant que celle-ci absorbe 50% de ses exportations de biens et lui procure 80% de ses recettes touristiques et 15% de ses investissements directs étrangers (IDE).

Madagascar est aussi très vulnérable aux catastrophes naturelles (cyclones, épisodes de sécheresse et inondations). On estime qu'un quart de la population, soit cinq millions de personnes, vit actuellement dans des zones fortement exposées aux catastrophes naturelles. En 2008, les cyclones avaient provoqué des pertes économiques d'un montant équivalant à 4 % du PIB.

4.3 Situation épidémiologique du VIH

Le choix de cette première mission d'exploration s'est porté naturellement vers Madagascar compte tenu de la situation épidémiologique sur le territoire et du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH (54 000 selon le UNAIDS GAP REPORT 2014), dont **1 % sont sous traitement ARV**.

Avec une séroprévalence estimée à 0.4% sur 22 millions d'habitants, Madagascar connaît une épidémie concentrée. Une étude visant à connaître les contours de l'épidémie malgache a été menée en 2012 afin de mesurer l'impact de l'épidémie auprès des populations clés. **Ainsi, la prévalence estimée chez les HSH est de 14,7%, chez les UDI de 7,1% et chez les TS de 1,3%.**

Enfin, 56% des PVVIH malgaches diagnostiquées sont des femmes. C'est pourquoi, le dernier PSN invoque une réorientation de la stratégie de dépistage vers les populations les plus exposées. En effet le recours au dépistage à Madagascar est très en deçà des enjeux avec **seulement 1.000 PVVIH diagnostiquées sur les 54.000 estimées !**

Enfin, avec seulement 1.2% des PVVIH malgaches estimées bénéficiant d'un traitement ARV (620 personnes en 2014), la cascade malgache est loin d'être optimale.

Si les défis à Madagascar sont énormes, les raisons évoquées quant au déficit des réponses apportées à la lutte contre le sida sont les faiblesses du système de santé, tant en termes d'accès au dépistage que d'accès aux structures de soins. Les possibilités de prises en charge restent très centralisées. Ainsi, la file active malgache se caractérise par beaucoup de perdus de vue. Par ailleurs, ils semblent que le milieu hospitalier soit très discriminant envers les PVVIH. **Enfin, les ruptures de stock d'ARV sont récurrentes.**

L'autre raison évoquée est le manque global de moyens dû à la faible séroprévalence de Madagascar qui limiterait les possibilités du pays à capter des fonds internationaux. Dans le cadre du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial, Madagascar en est à l'étape de rédaction de la note conceptuelle dans laquelle les axes stratégiques sont la réduction de la transmission sexuelle à hauteur de 80%, optimiser l'utilisation du préservatif, et augmenter le recours au dépistage des populations-clés.

Du fait de sa situation géographique, Madagascar est confronté à une augmentation significative de la consommation de drogues injectables. Or, le matériel d'injection stérile à usage unique reste très peu accessible, tout comme les traitements de substitution. Enfin le cadre juridique rend le contexte encore plus difficile puisqu'une loi pénalise la consommation des produits psycho-actifs.

Malgré l'insularité et la faible exposition au virus, l'isolement géographique et les programmes de prévention et de prise en charge des IST, Madagascar pourrait éventuellement évoluer vers une croissance épidémique du VIH. En effet, les facteurs de risque dont le multipartenariat sexuel, et tout particulièrement le travail du sexe, la mobilité professionnelle, et le taux de prévalence élevé des infections sexuellement transmissibles demeurent très présents.

Enfin, la société civile malgache se caractérise par un nombre très élevé de petites structures réparties dans tout le territoire. Une quinzaine d'associations de LCS font partie du réseau Mad'Aids. Une douzaine d'autres font partie d'un réseau d'associations MSM et TS dénommé Fimizore. Or, au regard de la situation épidémiologique, on peut s'interroger sur l'efficacité de ce maillage d'associations pourtant extrêmement dense.

4.4 Une forte prévalence du VIH au sein des HSH

D'après les chiffres donnés par le réseau FIFAFI³, plus de 60% des hommes pris en charge pour infection à VIH sont des HSH. Une dernière analyse participative fait au niveau d'un groupe de HSH a montré que malgré les efforts de plaidoyer entrepris durant les dernières années, les HSH ressentent encore le poids de la stigmatisation et de la discrimination surtout dans le cercle familial. Cette stigmatisation au sein de la famille réduirait tout soutien et appui et contraindrait les HSH à la migration volontaire.

Le manque de formation des très jeunes HSH en situation de rupture sociale et familiale limiterait leurs accès à des emplois décents. **De ce fait, pour palier à cette situation, beaucoup de HSH auraient recours au travail du sexe pour vivre.**

Cependant ce choix de vie accroît une fois de plus leur vulnérabilité. L'analyse a montré que les HSH subissent toutes sortes d'abus et de violence de la part de leurs clients et du personnel en uniforme. De plus, la situation financière précaire dans laquelle la majorité des HSH se trouveraient diminue leurs aptitudes à négocier une relation sexuelle protégée. Le travail de nuit expose les HSH aux violences perpétrées par les clients qui refusent de payer. Par ailleurs, il y aurait un rajeunissement des TS HSH, alimentée par la demande accrue du tourisme sexuel, les nouveaux venus ayant entre 14 et 22 ans.

Pourtant les HSH ne peuvent pas compter sur la protection des agents de police car eux même seraient auteurs d'abus et de violence à leur égard. Pour palier la stigmatisation, bon nombre d'entre eux cacheraient leur préférence sexuelle en vivant mariés. Cependant vivre en couple avec une femme ne les empêcheraient pas d'avoir des relations extra conjugales avec d'autres hommes.

4.5 La prostitution, un moyen de survie⁴

La prostitution est un phénomène courant à Madagascar, un moyen pour survivre. Dans un contexte d'extrême pauvreté, le travail sexuel se base pour une part sur l'exode rural de personnes s'installant dans les grandes villes pour y trouver plus de possibilités de rentrées d'argent. Il est le plus souvent intermittent, les jeunes filles occupant un emploi officiel, mais qui n'est pas suffisant pour subvenir à leurs besoins. Enfin, le divorce constitue une étape souvent décisive dans l'entrée en prostitution pour des femmes qui ont charge d'enfants.

La prostitution à Madagascar est largement alimentée par un tourisme sexuel exponentiel, de la part de ressortissants occidentaux, français et réunionnais en majorité, et plus largement

³ Voir la présentation du réseau FIFAFI p.24

⁴ Voir Synthèse du Focus-group TS p. 45

européens, mais également africains, pour qui Madagascar est une destination connue en la matière.

Avec le pouvoir d'achat plus élevé des touristes occidentaux, le tourisme sexuel est synonyme d'échanges d'argent plus importants. Mais les clients des prostituées sont également nationaux. Ainsi, la vie nocturne d'Antananarivo est largement façonnée par la prostitution, extrêmement visible dans la rue comme dans les bars et discothèques. Il est impossible de sortir dans les rues et les clubs de la capitale le soir sans être sollicité par des TS. Des vendeurs à la sauvette proposent d'ailleurs des préservatifs bon marché à la sortie des restaurants.

Ce phénomène est présent et en constante progression dans toutes les régions de l'île notamment dans les régions plus touristiques et les zones portuaires (Tamatave).

Selon l'enquête PSI-TRaC réalisée auprès des TDS en 2014 :

- 72% des TDS utilisent toujours ou la plupart du temps un préservatif avec les clients
- 82% des collègues d'une TDS encouragent son utilisation
- 8% d'entre elles utilisent le préservatif féminin contre 20% en 2009
- En cas d'IST, 75,8% d'entre elles ont fait un test VIH et ont reçu le résultat
- 40,5% ont pensé être à risque concernant le VIH

Lors des rencontres organisées au sein des associations, les TS nous font part de leur souhait de sortir de la prostitution mais le contexte économique est un frein pour elle à la reprise d'un travail légal.

La prévalence estimée à VIH chez les TS malgaches est de 1,3%.

4.6 La consommation de drogues injectables⁵⁶

La consommation de drogues est en augmentation constante à Madagascar, l'héroïne transite par le pays pour servir le trafic des autres îles de l'océan indien notamment l'île de la Réunion et l'île Maurice. Les autorités parlent de Madagascar comme d'une plaque tournante avec ses 4 000 km de côtes très peu surveillées. Le cannabis s'écoule également au niveau local ainsi que le khat dont la consommation est croissante.

La prévalence du VIH au sein des CDI est plus élevée (7,1%) que la moyenne nationale au sein de la population générale, confortant le caractère concentré de l'épidémie.

Les risques de propagation du VIH à travers les CDI s'avèrent préoccupants. Ceci découle d'une insuffisance de précautions prises par ces derniers dans l'injection de drogues.

De la même manière, les jeunes CDI dont les pratiques d'injection de drogues et les comportements sexuels sont comparables à ceux des plus âgés ne sont pas moins exposés que ceux-ci mais voient leurs risques croître avec la durée qui les maintiendrait dans l'addiction aux drogues injectables. Les CDI sont composés en majorité de gens instruits en ayant atteint un niveau d'études égal ou supérieur au secondaire du 1er cycle. En effet, les CDI déclarant n'avoir jamais fréquenté l'école ou l'avoir quittée au niveau primaire ne représentent que 12% ou moins à Antsiranana et Toamasina, et 27% à Antananarivo.

L'héroïne et la cocaïne sont les drogues les plus consommées par les CDI, droguent qu'ils sniffent également. Selon les jeunes consommateurs rencontrés au sein de l'association AINGA AIDES dans la capitale, la consommation est principalement récréative, elle se pratique à domicile, seul ou avec des amis.

A Antananarive, 22% des CDI déclarent l'utilisation d'aiguilles/seringues déjà utilisées par d'autres. Parmi eux, 75% déclare avoir pratiqué ce partage d'aiguilles/seringues de façon systématique « à chaque injection » au cours des six derniers mois. **Il y aurait environ 12 000 consommateurs de drogues dans la capitale.**

Le Fonds Mondial a pourvu le pays en matériel d'injection, principalement des seringues très peu utilisées par les CDI en raison de la taille inadaptée des aiguilles. Les CDI se fournissent principalement en pharmacie et se débrouillent avec ce qu'ils trouvent pour nettoyer les

⁵ Voir Synthèse du Focus-Group CDI p. 44

⁶ Etude comportementale et biologique chez les consommateurs de drogues injectables dans les zones urbaines à Madagascar - CNLS - 2012

aiguilles/seringues qu'ils se sont partagées en utilisant des méthodes de nettoyage présumées peu efficaces (rinçage avec du produit liquide tel que alcool, eau chaude, eau froide, savon,...).

En 2014, seule l'association AINGA AIDES proposait un programme de RDR CDI et reste la seule à compter des bénéficiaires CDI à qui elle propose un PES sur Tana avec un matériel d'injection pourtant inadapté.

Une nouvelle étude RDS sur les CDI a été conduite en 2014, les résultats de l'étude seront publiés début 2015.

5. REPONSES ASSOCIATIVES FACE AU VIH ET SIDA

5.1 Synthèse de la mobilisation communautaire

Ce qui est notable à Madagascar, c'est la structuration en réseaux des associations. L'île compte pas moins de 3 réseaux. Ainsi, FIMIZORE regroupe les associations de PS et MSM. Solidarité des MSM, regroupe quant à lui les associations de MSM et est lui-même membre du réseau FIMIZORE. Enfin, le Mad'Aids est un réseau plus généraliste qui regroupe à la fois les associations de LCS et les associations identitaires. Mad'Aids et Fimizore sont tout deux sous-récepteurs du FM. L'architecture associative malgache privilégie donc les maillages de petites structures réparties sur le territoire plutôt que les grosses associations nationales. Concernant le Réseau Solidarités des MSM, il s'agit plutôt d'une stratégie d'extension de la couverture d'accès aux moyens de prévention, faute de moyen technique et financier pour se constituer en une entité plus importante, au risque d'une déperdition de la force politique du mouvement. Solidarité des MSM tente de rendre accessible préservatifs et gels au-delà de la seule capitale à travers le travail de terrain d'une trentaine de pairs-éducateurs que le réseau forme. Mais faute de moyens, aucun plan de formation continue ne peut être mis en place et les messages de prévention restent limités aux questions élémentaires.

Le réseau Mad'Aids tente quant à lui de mener des activités de renforcements de capacités auprès de ses membres, notamment au niveau technique. Il en reste que les questions de plaidoyer qui sont pourtant extrêmement importantes au vu des enjeux (ruptures d'ARV, accès au dépistage, quasi-absence de réponses politiques en termes de santé publiques depuis la crise de 2009...) sont peu investies par la société civile. De même que peu de leaders communautaires ont émergés des rangs des associations.

Cependant, dans un contexte de réponse publique très défaillant, la société civile se substitue à plus d'un titre à l'Etat, notamment en assurant la prise en charge psycho-sociale et tentant

de réduire la part des perdus de vue alors que les ruptures d'ARV sont fréquentes. Au-delà de ça, certaines associations proposent même une PEC des IST comme SISAL, ou un PES comme AINGA AIDES. Mais ces initiatives sont relativement isolées et n'existent qu'à Antananarivo.

5.2 Le Réseau MAD'AIDS

Créé en 2007, Le Réseau MAD'AIDS coordonne la mise en œuvre des interventions de prise en charge psychosociale et de soutien en direction des populations vulnérables. L'ONG Réseau MAD'AIDS est composé de 29 associations membres se trouvant dans 21 régions de Madagascar. Les stratégies de mise en œuvre de MAD'AIDS, en matière de prise en charge psychosociale, vise surtout à maintenir les Personnes vivant avec le VIH dans la file active.

Le réseau procède à une sélection des associations, analyse les capacités des associations récipiendaires avant d'envisager la signature d'une convention de subvention.

Il assure également l'organisation de l'assemblée générale du réseau, comme en 2013 avec un financement du SCAC de l'Ambassade de France, où les membres ont exposé leurs besoins en termes de RC.

Constitué en ONG depuis novembre 2014, SSR du fonds mondial, le réseau MAD'AIDS compte répondre au "Call for SR" du Fonds Mondial.

5.3 Le réseau SOLIDARITE DES MSM DE MADAGASCAR

Créé en 2008 avec l'appui technique et financier de l'ONG « International HIV/AIDS Alliance Madagascar » et de l'ONUSIDA, le réseau Solidarité des MSM est une fédération d'associations à but non lucratif.

Le réseau regroupe 17 Associations nationales œuvrant auprès des HSH et est présent dans 7 grandes villes à Madagascar qui sont : Antananarivo, Toamasina, Fianarantsoa, Mahajanga, Toliara, Antsiranana, et Nosy Be.

Une trentaine d'éducateurs pairs formés en matière de réponse aux IST/VIH/Sida et en matière de lutte contre la stigmatisation et discrimination des populations clés constituent l'une des forces des associations membres du réseau. La formation initiale des éducateurs pairs est réalisée à Antananarivo. Cependant, faute de moyens permettant des déplacements en région comme sur la capitale, le suivi-évaluation des activités en région reste très difficile et il est particulièrement compliqué de mener des ateliers d'actualisation des connaissances.

Le déploiement des éducateurs pairs sur le terrain est défini selon un mapping communautaire. Il consiste à réaliser des visites à domiciles, des discussions collectives et des interventions en soirées privées mêlant prévention du VIH et sensibilisation aux droits. Si nécessaire, les personnes sont orientées vers les structures de soins. En 2013, 600 MSM avait été sensibilisés.

En 2013, le réseau a élargi ses membres. D'autres associations ont été créées dans les sites suivants : Ambato Boeny, Morondava, Antsirabe, et Antsohihy. Ainsi, Solidarité des MSM privilégie l'appui à la création de petites structures locales autonomes opérant très localement afin d'étendre la couverture préventive des MSM à tout le territoire. Ce qui peut paraître comme une déperdition des forces vives, relève finalement d'un choix stratégique selon lequel le réseau tente d'appuyer des dynamiques communautaires afin de toucher le plus grands nombre de MSM à travers le territoire. C'est en quelque sorte une solution palliative faute de moyens techniques et financiers qui permettrait de se constituer en grande entité nationale qui porterait d'une seule voix les principales missions du réseau qui sont de réduire la vulnérabilité HSH vis-à-vis du VIH, lutter contre toutes formes de discrimination et de stigmatisation, et promouvoir toutes formes de partenariat visant à réduire la propagation des IST et VIH/SIDA. Or, tous les territoires malgaches ne disposent pas non plus des mêmes outils, et seules Antananarivo bénéficient de dotation en préservatifs et gels lubrifiants.

C'est pourquoi, les perspectives du réseau sont de renforcer les dispositifs de PEC psychosociaux en régions et lutter contre les discriminations plus vives encore en province. Dans ce contexte, l'association songe à sensibiliser les leaders religieux, très écoutés à Madagascar.

L'association est SSR du Fonds Mondial via l'association AFSA. Cependant, le réseau n'a pas participé au dialogue-pays, déléguant la représentation des MSM aux réseaux FIMIZORE et Mad'Aids dont il est membre. Or, la prévalence parmi les MSM justifierait selon eux d'une représentation propre.

Elle bénéficie du soutien financier de l'ambassade des Etats Unis à travers un projet relatif à la défense des droits des LGBT et à la prévention du VIH/ Sida chez les MSM.

Le réseau ne dispose pas de local spécifique et se retrouve dans l'appartement de la présidente. Il dispose d'un matériel informatique sommaire, sans connexion internet.

5.4 L'Association des Femmes Samaritaines (AFSA)

Fondée en 1990, l'AFSA a pour principale mission la RDR sexuelle des TS dans le pays. Les membres d'AFSA sont la plupart des ex professionnelles du sexe, à l'image de sa présidente.

Le conseil d'administration était au complet lors de notre visite, un board manifestement très impliqué et très proche des bénéficiaires.

La mission d'AFSA est de promouvoir l'intégration sociale des TS afin de limiter l'infection des IST et VIH en se basant sur l'approche par les pairs. Ses principales actions sont les discussions participatives, les visites à domicile auprès des patients et de leur famille, des séances de communication pour le changement de comportement, la distribution des préservatifs, la formation des PE, le référencement vers les centres de santé et le dialogue communautaire.

L'association AFSA est SR du Fonds Mondial et soutient l'association Solidarité des MSM de Madagascar. Elle opère dans 5 régions à travers un réseau de pairs éducateurs TDS.

5.5 L'association AINGA AIDES

AINGA AIDES est née en 1996, fondée par un groupe d'étudiants souhaitant investir le champ du développement. En cela, AINGA AIDES a un objet plus large que la seule LCS, en travaillant également sur l'environnement et la lutte contre la pauvreté, projets dont nous n'avons pas vraiment saisi les contours. Concernant le volet relatif à la LCS, AINGA AIDES mène des programmes auprès des populations les plus vulnérables, PS, CDI et jeunes marginalisées, via un réseau de 188 éducateur-pairs.

L'association est assez structurée en termes de représentation politique avec son CA de 7 personnes se réunissant 2 fois par an et en termes financiers en disposant d'un budget consolidé. Elle souhaite cependant pouvoir développer un projet associatif assorti d'un plan stratégique.

AINGA AIDES est la seule association malgache menant un programme de RDR envers les injecteurs. A ce titre, elle est sous-réциiendaire du Fonds Mondial. Compte tenu de la prévalence parmi cette communauté estimée à environ 7% et afin de documenter cet aspect épidémiologique malgache perçu par tous les acteurs comme étant émergent, que nous avons principalement axé notre rencontre avec AINGA AIDES sur la consommation de produits psycho-actifs, notamment en organisant un focus-groupe auprès des bénéficiaires du projet.

Le projet envers les CDI s'étend dans 5 régions à travers 6 antennes auxquelles sont rattachés 21 éducateurs pairs. Le projet est né en 2010 suite à une étude bio-comportementale décrivant la CDI comme un phénomène émergent dont l'ampleur nécessitait une réponse adéquate. Or, l'usage de drogue à Madagascar est sévèrement réprimé et AINGA AIDES a dû s'appuyer sur le CNLS pour mener un plaidoyer auprès des autorités afin de mettre en place le projet. Localement à Antananarivo, AINGA AIDES a poursuivi ce plaidoyer en organisant des

ateliers de sensibilisation destinés aux forces de police afin que les éducateurs pairs puissent mener leur activités de terrain. Ce plaidoyer a touché également les bénéficiaires puisque l'association a réussi au moins localement à ce que les consommateurs puissent circuler librement à la condition de ne détenir que 0.3 grammes d'héroïne sur eux sans être inquiétés par la police.

En 2014, 571 CDI ont été touchés par AINGA AIDES. 70 ont réalisé un dépistage dont 4 ont reçu un résultat positif.

Les limites du projet sont encore nombreuses :

- Seul le site d'Antananarivo dispose d'un PES ;
- Or, pour ce seul PES, les seringues distribuées par le Fonds Mondial ne sont pas adaptées aux modes de consommation des injecteurs qui souhaiteraient des seringues à insuline (comme dans beaucoup d'autres pays par ailleurs) ;
- Aucun programme de traitement de substitution n'est encore disponible à Madagascar ;
- Le programme s'étend sur seulement 7 régions sur 22 que compte Madagascar. Or, tous les sites où on a constaté une forte consommation de drogues injectables ne peuvent être investis. La nouvelle note conceptuelle rédigée dans le cadre du dialogue-pays acte une mise à l'échelle du programme de RDR.

5.6 L'association SISAL

SISAL se présente sous la forme d'une clinique de PEC des IST, qui constitue stratégiquement pour l'association une porte d'entrée pour la sensibilisation du VIH. Idéalement, SISAL souhaiterait pouvoir également dispenser des ARV afin de centraliser tous les services auprès de leur file active de PVVIH soutenue par ailleurs dans le cadre de leur programme de PEC psycho-sociale et afin de palier les ruptures de stocks récurrentes d'ARV. Or, l'association doit disposer d'un médecin référent pour ce faire.

L'association n'a pas renouveler ses instances politiques depuis 2008. C'est certainement la raison pour laquelle son directeur, par ailleurs très actif dans la LCS à Madagascar, joue un rôle à la fois politique et opérationnel dans la gestion de l'association et en est de fait le principal interlocuteur. Ainsi, SISAL ne dispose pas de plan stratégique, ni de projet associatif et gère ses programmes par projet, au gré des possibilités de financements. Cependant, **l'association est très active dans le plaidoyer notamment en ayant dénoncé à maintes reprises les ruptures d'ARV.**

L'association a bénéficié par le passé d'un soutien de Solidarité Sida, qui a arrêté depuis tout soutien à la société civile malgache en raison de restrictions budgétaires. SISAL reste cependant mentionné à ce titre dans le site de ressource documentaires francophones sur le VIH/ Sida de la Plateforme ELSA. Elle est aujourd'hui largement soutenue par Fight AIDS Monaco.

SISAL bénéficie d'une implantation locale dans le quartier populaire des "67 hectares" qui n'est plus à démontrer. Ainsi, lors de notre visite, la salle d'attente était bondée.

Par ailleurs, l'association mène un programme de PEC psycho-sociale des jeunes PVVIH dont nous avons rencontré les bénéficiaires. Majoritairement composé de MSM, mais aussi de jeunes filles ayant des enfants, ce groupe constitue une mobilisation communautaire dynamique sur laquelle **l'association pourrait tenter de faire émerger des leaders communautaires**, trop peu présents à Madagascar. C'est en tout cas ce que le groupe a exprimé.

5.7 Le réseau FIFAFI

FIFAFI est une association de soutien des PVVIH qui assure différentes activités de soutien psycho-sociale tels que les VAD, les orientations vers les services médicaux ou le médecin référent, les activités d'éducation thérapeutique, ainsi que des groupes de paroles.

L'association se définit officiellement comme une structure grand public, mais sa file active se compose à 60% de MSM et à 10% de TS. De même que son *board* correspond à cette constitution communautaire, sans se définir pour autant comme des porte-drapeaux de telle ou telle communautés.

Plusieurs antennes de FIFAFI existent à travers le territoire malgache, mais sont relativement autonomes les unes des autres politiquement et financièrement. Celle d'Antananarive reste la principale antenne, forte de 10 à 15 éducateurs pairs qui suivent environ 300 PVVIH. La situation de leur local, partagé avec le réseau Mad'Aids dont ils sont membres, au sein-même du CSI, contribue à créer un pôle globale de dépistage, prise en charge médicale et suivi psycho-social en un seul et même endroit.

Pourtant FIFAFI est confronté à un certain nombre de problèmes. Tout d'abord les ruptures régulières d'ARV restent au cœur de leurs préoccupations, d'autant plus qu'ils sont en contact direct avec les bénéficiaires. Or, ils déplorent le manque de structuration du plaidoyer qui devrait être porté selon eux par le réseau Mad'Aids, qui centralisent toutes les remontées d'informations de ce type de par leurs membres. Par ailleurs, ils regrettent qu'aucun membre

de FIFAFI ne se soit révélé leader communautaire pour dénoncer les dysfonctionnements du système de santé malgache.

D'autre part, FIFAFI a des difficultés à capter des financements. Leur budget en 2014 s'élevait à seulement 5.000 euros, qu'ils reçoivent du réseau Mad'Aids en tant que SSR. FIFAFI regrette donc son manque d'autonomie tant politique que financière qui leur donne le sentiment d'être des sous-traitants, et l'explique par leur manque d'outils en termes de méthodologie de projet. A titre d'exemple, ils ne disposent pas d'outils de suivi informatique de leur file active qui leur permettrait de valoriser leur travail de suivi des PVVIH.

5.8 L'association ALLO FANANTENANA (511)

Créée en 2008, à l'initiative du CNLS, l'association Allo Fanantenana propose un numéro d'écoute, d'information, de soutien et d'orientation des jeunes sur les infections sexuellement transmissibles, la santé sexuelle et reproductive, les abus et violences, les dépendances à l'alcool et aux drogues, la prévention et la promotion des droits des enfants et des jeunes. Anonyme et confidentiel, le 511 est accessible gratuitement sur tous les réseaux mobiles et fixes à Madagascar. 7 à 8 millions de malgaches ont un téléphone mobile.

Depuis 2009, année de mise en place de la ligne verte, l'association a reçu 120 000 appels (100 appels jours en moyenne), 80% des appelants ont moins de 25 ans. Pour le 1er semestre 2014, les appels traités sont au nombre de 25 108. Les thèmes les plus abordés sont la santé sexuelle et reproductive (28 %), le VIH/Sida (26 %), les IST (25 %), les dépendances aux produits addictifs (12 %), les problèmes sociaux, les us et coutumes (7 %) et les Abus et violences (2 %).

Allo Fanantenana propose également des envois de SMS avec ses partenaires.

6. LES ACTEURS DU SECTEUR PRIVE

6.1 La Fondation TELMA

La Fondation TELMA développe des partenariats à long terme avec des organisations et associations reconnues pour leur efficacité, dans le cadre de projets ayant un impact direct et pérenne sur l'amélioration de la qualité de vie de la population concernée. Les objectifs de la

fondation sont d'améliorer l'accès aux soins et à l'éducation tout en s'inscrivant dans une logique de développement durable. Reconnue d'utilité publique, la Fondation TELMA privilégie une approche participative des communautés concernées dans l'exécution des projets sélectionnés. Dans la LCS, la Fondation Telma a déjà contribué à mettre en place un projet de santé sexuelle et reproductive incluant la prévention des IST, sur le site de Diego. Par ailleurs la fondation est en attente de proposition de projets relatifs à la LCS, qui toucheraient notamment les populations clés, mais n'a pas véritablement reçu à ce jour de proposition crédible. Par conséquent, ils ont fait le constat de faiblesse relative de la société civile malgache.



Pour autant, la porte de la fondation reste ouverte à toute proposition. Lors de notre rencontre avec la directrice exécutive, nous avons partagé la nécessité de relancer (par et pour les acteurs concernés), la dynamique entre le secteur privé et les associations de LCS. Des pistes sont à explorer notamment dans le domaine de la communication à travers les campagnes grand public de prévention et d'information et l'utilisation des nouvelles technologies comme le SMS pour réaliser des enquêtes dynamiques où collecter des données terrain pour constituer une base de données. De même que Telma, peut mettre soutenir techniquement des associations ou des projets en mettant par exemple à disposition une flotte de téléphone mobile aux acteurs de projet. La directrice a également mentionné l'appui à des projets évènementiels ou à des campagnes de communication d'ampleur nationale qui associeraient la LCS à l'image de la marque sans hésitation, et en utilisant le réseau des magasins de distribution de la marque.

NB. **Telecoms Sans Frontières** est également présent à Madagascar pour réduire la fracture numérique : <http://www.tsfi.org/fr/actions/reduction-de-la-fracture-numerique/181-sixieme-centre-telecom-communautaire-tsf-a-madagascar->

6. 2 La société Ambatovy

Ambatovy est une compagnie minière de nickel et de cobalt de grande capacité de production à Madagascar. Avec un investissement total de plus de 7 milliards de dollars, Ambatovy est le plus important investissement étranger jamais réalisé à Madagascar et l'un des plus grands en Afrique subsaharienne. Elle compte parmi les plus importantes mines de nickel latéritique du monde.

Les investissements sociaux d'Ambatovy comprennent le parrainage, les donations, des programmes dans l'éducation et la santé, des offres de formation et de perfectionnement professionnels, de réhabilitation des moyens de subsistance par le biais d'activités génératrices de revenus, ainsi qu'un large éventail d'autres projets de développement durable. Ambatovy prévoit qu'au long des 30 années de son cycle de vie, ces investissements permettront d'améliorer sensiblement la qualité de vie de milliers de citoyens malagasy. Par ailleurs, comme toutes les grandes entreprises malgaches qui comptent plusieurs milliers d'employés, Ambatovi se doit de consacrer une partie de ses fonds d'entreprise à des actions de santé et d'éducation. A ce titre, l'entreprise a organisé des journées de prévention des IST/ VIH/ Sida à destination de ses 6.000 employés de 52 nationalités différentes, en partenariat avec le CNLS pour le développement d'outils de sensibilisation et de marketing social. L'entreprise met également l'accent sur la stigmatisation des PVVIH, notamment en diffusant des témoignages de personnes touchées en partenariat avec l'association FIFAFI. A l'année, les employés d'Ambatovy disposent gratuitement de préservatifs et peuvent solliciter les 90 éducateurs-pairs formés à la problématique de la santé sexuelle. Enfin, deux fois par an, Ambatovy organise des sessions de dépistage volontaire.

Lors de notre rencontre, on nous a fait comprendre que la LCS était pour l'entreprise une priorité. Ainsi, Ambatovy a la possibilité de soutenir ponctuellement -financièrement ou matériellement - un projet qu'elle jugerait pertinent.

6.3 La Coalition d'Entreprises Citoyennes de Madagascar (CECM)

La Coalition d'Entreprises Citoyenne de Madagascar face aux IST, VIH Sida, au paludisme et tuberculose (CECM) regroupe une vingtaine d'entreprises membres. Avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, la CECM renforce les capacités des entreprises membres à développer une politique et un plan d'action de réponse aux IST, VIH et Sida en milieu de travail, développe des supports de sensibilisation et des outils de communication adaptés aux entreprises. Elle est à ce titre l'interlocuteur entre l'ONUSIDA et le monde de l'entreprise à Madagascar, et participe au CCM comme au dialogue-pays, dans le champ de la LCS dans le secteur privé.

Dans le cadre du financement COI-AIRIS (2001), en partenariat avec le Conseil National de Travail, la CECM a assuré le Secrétariat technique de la mise en œuvre de ce projet. Avec l'appui technique et financier de la GIZ, la CECM a produit deux films documentaires. Le premier film est un plaidoyer

auprès des dirigeants d'entreprises sur la valeur ajoutée d'avoir sa propre politique de lutte et son plan d'action pour développer des activités de réponse aux IST, VIH en milieu de travail. Le deuxième film est consacré à la mise en relief des bonnes pratiques d'activités de réponse aux IST et VIH auprès des entreprises membres de la CECM.

L'enjeu principal de la Coalition est de faire en sorte que toutes les entreprises développent au même niveau de qualité des programmes de RDR et de lutte contre la stigmatisation des PVVIH. Or, si certaines entreprises se distinguent par leur volontarisme, d'autres n'appliquent pas ce que la loi leur impose pourtant. La coalition mène donc un travail de lobby dans le secteur privé afin d'uniformiser les pratiques.

7. REPONSES NATIONALES (PNLS)

7.1 Le plan stratégique national (PSN) 2013-2017

Le nouveau plan stratégique 2013-2017 élaboré en 2012 est structuré autour de la vision "Madagascar, un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès dû au Sida et zéro discrimination", conformément aux objectifs mondiaux. Il a été donc convenu d'adopter une approche axée sur les résultats et de déterminer des stratégies par résultats (impacts, effets et produits).

Ce plan s'est fixé pour objectifs généraux de :

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

Ce plan était structuré en quatre axes stratégiques, notamment :

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

7.2 Le dispositif santé de l'état malgache

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

Le Ministère de la santé publique de Madagascar dispose des structures spécialisées suivantes :

- **Laboratoire National de référence** : laboratoire national disposant du plateau technique de plus haut niveau. Il est chargé du contrôle de la qualité des examens biologiques pratiqués dans le réseau des laboratoires du pays.
- **Institut Pasteur** : établissement de l'Institut Pasteur reconnu d'utilité publique qui réalise des travaux de recherche appliquées en lien avec les priorités de santé nationales, dispose de laboratoires de référence OMS pour un certain nombre de maladies (Poliomyélite, Rougeole, Grippe, Mycobactéries, etc.), dispose de centres de services spécialisés (centre de biologie clinique, centre international de vaccination, centre de traitement antirabique, laboratoire d'hygiène des aliments et de l'environnement). *Les bilans sont payants, seul les malgaches ayant "les moyens" peuvent obtenir un bilan complet.*
- **Centre National de Transfusion sanguine** : a pour mission d'assurer la disponibilité des produits sanguins sécurisés sur l'ensemble du territoire national.
- **Centrale d'Achats des Médicaments essentiels et du Matériel médical (SALAMA)** : qui est chargé de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et en matériels médicaux de toutes les formations sanitaires publiques et des organismes privés à but non lucratif à Madagascar. SALAMA assure l'approvisionnement et la

distribution des ARV, médicaments destinés au traitement des infections opportunistes et des infections sexuellement transmissibles, des réactifs et consommables de laboratoire pour le dépistage du VIH et le suivi biologique des personnes vivant avec le VIH.

7.3 Campagnes gouvernementales

La production et la diffusion de programmes d'information et d'éducation sur le VIH et le Sida sur les chaînes de radios et de télévision du pays ont été réalisées par les différents intervenants en lien avec le réseau des journalistes formés en la matière. Toutefois, il n'y a pas eu de plan coordonné de communication par les médias garantissant la permanence des programmes et le lien avec les besoins de la réponse nationale. En particulier, le niveau d'utilisation des médias pour la promotion des services VIH disponibles (counselling et dépistage, marketing social du préservatif, prise en charge des IST et des PVVIH) a été relativement insuffisant.

7.4 Place des populations-clés dans le plan stratégique national et dans les instances de représentations (CCM)

Les instances de coordination nationale sont composées de représentants des secteurs public et privé, y compris des gouvernements, des institutions multilatérales ou bilatérales, des organisations non gouvernementales, des instituts universitaires, des entreprises privées et des personnes vivant avec les maladies. Au sein du CCM, le réseau Mad'Aids représente à lui seul les populations clés.

7.5 Accès aux moyens de prévention (prix des préservatifs masculins / féminins...)

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

Le programme de marketing social est exécuté par l'ONG internationale PSI. Les préservatifs sont vendus sous le label « Protector Plus » plus pour les condoms masculins et « Feeling » pour les fémidoms. PSI a ainsi développé un réseau de distribution sur l'ensemble du territoire national avec des grossistes et des points de vente au niveau des épiceries et boutiques,

stations d'essence, grandes surfaces, pharmacies et au niveau des ONG/Associations. Le préservatif masculin « Protector Plus » est vendu à **200 Ariary (moins de 10 centimes d'euros) le paquet de 3** et 400 Ar le paquet de 8, tandis que le « Feeling » est vendu à 100 Ar le paquet de 3. PSI assure également une distribution gratuite de préservatifs sans label (« No logo ») à titre promotionnel.

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

7.6 Avancée et analyse de la réponse dans le monde du travail

Le CNLS a publié en juillet 2013 «La politique nationale de riposte au sida dans le monde du travail». La politique s'articule autour de trois axes stratégiques prioritaires :

Axe stratégique 1 : Promotion des droits et protection des travailleurs affectés par le VIH et le sida

Axe stratégique 2 : Renforcement de l'engagement des décideurs et des partenaires sociaux du monde du travail

Axe stratégique 3 : Promotion de l'accès universel des travailleurs aux informations et à tous les moyens et services de prévention, de soutien et de prise en charge des IST, du VIH et du Sida

La réponse du monde du travail :

- Existence du Conseil National Tripartite (CNT) qui est l'organe reconnu en charge de promouvoir, coordonner et suivre les actions en milieu de travail ; Le CNT est composé des Représentants de l'Etat, des Organisations des Employeurs et des Travailleurs.
- Mise en place de **la Coalition des Entreprises Citoyennes de Madagascar (CECM)** en 2008 qui regroupe une trentaine de grandes entreprises, œuvrant dans les domaines des IST, du VIH, de la tuberculose et du paludisme
- Existence d'un comité de pilotage de la riposte au VIH et au sida en milieu de travail, composé de 20 membres en 2011. Les entités composant ce comité sont le Ministère en charge du travail, le CNT, la CECM, le SE/CNLS

Au titre du renforcement des capacités :

- Des formations en matière de VIH et de sida, cadre législatif existant, planification et suivi en faveur des membres du CNT, des CRTT, des comités VIH et sida des entreprises et des partenaires tels que la CNaPS, les SMIE, la société civile
- Des formations en counselling pour les SMIE, les CRTT et les CRR
- Des formations en matière de VIH et de sida, de communication pour le changement de comportement et du Recueil des directives du BIT à destination des éducateurs-pairs.

Réalisations en 2011-2012 :

- 2 nouveaux décrets sur la lutte contre le VIH et le sida dans le monde du travail adoptés
- 40 chefs d'entreprises au sein du GEM et FIVMPAMA sensibilisés et mobilisés pour mener une lutte contre le VIH et le sida
- 9 centrales syndicales au sein de la CTM informées et sensibilisées sur le VIH et le sida
- 30 délégués syndicaux formés sur le VIH et le sida
- 160 éducateurs secouristes-sauveteurs du travail formés par l'OSTIE
- 16 médecins de l'OSTIE formés en counseling, dépistage et prise en charge
- 7 séances d'éducation et de sensibilisation intégrant le volet VIH et sida auprès des entreprises réalisés, 33 éducateurs-pairs formés et 5 comités d'hygiène et de santé des entreprises mis en place et 367 dépistages volontaires effectués, par AMIT.

8. INITIATIVES INTERNATIONALES

8.1. Action Multilatérales

8.1.1 Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Le principal bénéficiaire du Fonds Mondial est le Secrétariat Exécutif du CNLS avec une dotation de 11,5 millions de dollars pour la période allant d'octobre 2009 à juin 2015.

Titre de la dotation : Répondre à la lutte contre le VIH et les IST à Madagascar; une approche impliquant les populations clés dans les zones les plus exposées.

Le programme supporté par cette dotation a pour objectif de maintenir Madagascar à un niveau de prévalence du VIH inférieur à 1% et améliorer la qualité de vie des PVVIH. Le programme est concentré sur les populations clés dans 8 régions. Les fonds de la dotation seront utilisés pour procurer des traitements ARV et la prévention et le traitement des infections opportunistes; pour dispenser des services de prévention incluant le conseil, le test et le traitement des IST, le conseil et le dépistage du VIH, le planning familial, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et les services de distribution de préservatifs; organiser des campagnes de communication sur le stigma/discrimination; organiser des campagnes ciblées de plaidoyer et des campagnes d'informations. Le programme vise les travailleurs du sexe et leurs clients, les MSM, les détenus, les CDI, les jeunes marginalisés, les PVVIH et les femmes enceintes.

Le CNLS doit soumettre sa note conceptuelle en janvier 2015 pour la prochaine phase de financement en juillet 2015.

8.1.2 L'ONUSIDA

Le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est un organisme spécialisé des Nations Unies créé en 1995 et destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées de l'ONU pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA.

L'ONUSIDA rassemble les efforts et les ressources de 10 organisations du système des Nations Unies, appelés co-parrainant (le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUSIDA, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale). Son rôle fondateur est de coordonner les activités des différents programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

En 2006, Madagascar a adhéré à la Déclaration d'Engagement sur le VIH/Sida avec le soutien de l'ONUSIDA et d'autres partenaires du développement, y compris la société civile. Cette

Déclaration d'Engagement consiste en un engagement pris à l'échelle mondiale par les pays signataires pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.

La réalisation de l'accès universel constitue une étape de l'accomplissement de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) «stopper la propagation du VIH et inverser la tendance de l'épidémie de sida ». Les cibles visées pour la réalisation de l'accès universel concernent les progrès accomplis par Madagascar dans 4 domaines clé de la riposte nationale au VIH : la couverture des traitements antirétroviraux, la prévention de la transmission mère-enfant du virus, le conseil et test du VIH, la connaissance des modes de transmission.

Dr Claire Mulanga, est le Directeur-pays

8.2 Actions bilatérales

Madagascar se caractérise par la présence limitée de bailleurs internationaux francophones qui soutiennent habituellement les projets de LCS en Afrique subsaharienne. Ainsi seule Solidarité Sida soutenait encore l'association SISAL avant de réorienter son action vers d'autres pays jugés plus prioritaires en termes épidémiologiques en 2012.

8.2.1 Le programme DINIKA de L'Union Européenne

Nous avons eu le plaisir de rencontrer Sophie FERNAGU, Responsable suivi et évaluation du programme DINIKA de l'Union Européenne, programme financé à hauteur de 10 millions d'euros sur 3 ans dans 3 régions (Analamanga, Atsimo-Andrefana, Analanjirifo). Ce programme multisectoriel vise principalement le renforcement de capacités de la société civile malgache.

L'objectif général est de promouvoir la bonne gouvernance aux niveaux local et national en œuvrant pour une plus grande indépendance et une crédibilité accrue des organisations de la société civile malgache (OSCM). Les objectifs spécifiques sont de renforcer les capacités stratégiques, institutionnelles et opérationnelles des OSCM afin de leur permettre d'être des partenaires responsables, informés et compétents de la vie économique et renforcer le plaidoyer pour accroître la sensibilisation des citoyens sur les droits sociaux, économiques et politiques.

Le choix de financement des projets associatifs semble assez ouvert, nous avons, par conséquent, encouragés nos partenaires à soumettre leur projet au programme DINIKA.

UE - Nouveau financement post Crise : Le chef de Délégation de l'Union européenne à Madagascar, Antonio Sanchez-Benedito Gaspar, a fait part ce 20 novembre 2014 de l'annonce par la Commission européenne de l'octroi, au titre d'appui non remboursable à Madagascar, d'un portefeuille **de 95 millions d'euros**, soit l'équivalent de 304 milliards d'ariary, pour renforcer les capacités de l'administration à répondre aux urgences laissées par la crise. L'objectif est d'améliorer les services publics essentiels, comme la sécurité, la santé, l'éducation.

8.2.2 La coopération Française : l'AFD et le SCAC

A travers le FSD, le SCAC de l'Ambassade de France peut soutenir financièrement les associations qui répondent à son appel à projet. Ce fut le cas par exemple du réseau Mad'aids en 2014, qui souhaitait mettre en place un projet de renforcement des capacités des structures membres, et qui a pu organiser une AG ainsi qu'une semaine entière de formation.

En janvier 2015 le SCAC lancera un nouvel appel à projet dont l'objet est la structuration de la société civile en matière d'actions envers les plus démunis (jeunes, femmes, mais aussi, les populations vulnérables au VIH) auxquels peuvent répondre les associations de LCS qui n'ont pas été bénéficiaire de FSD et en répondant à l'appel à projet disponible sur le site internet de l'Ambassade de France.

L'AFD dispose d'un bureau de coopération à Antananarivo. En matière de santé, sa mission principale est de soutenir le Ministère de la Santé dans la mise en oeuvre de son plan d'action. Or l'AFD a du s'adapter au contexte de crise politique qui caractérise depuis 2009 Madagascar. Et si la transition politique du pays est entamée, le seul ministère dont la configuration n'a pas évolué depuis le gouvernement de transition est celui de la santé.

En raison de l'instabilité politique, et au-delà de la lutte contre le VIH/ Sida, l'AFD a constaté un grand déficit en termes de réponses médicales, y compris pour la frange de la population la plus aisée. Dans ce contexte, les ONG et les acteurs bilatéraux se substituent palient le plus souvent les carences de l'Etat. L'AFD pilote notamment un projet d'appui aux équipes médicales des districts du pays via des formations, afin de développer le réseau de personnel soignant qualifié en région. Ces formations ont pu bénéficier à 20 médecins.

8.2.3 Les autres acteurs bilatéraux

L'Ambassade des Etats Unis

L'Ambassade des Etats Unis finance à hauteur de 24.000 USD un programme mis en œuvre par l'association Solidarité des MSM relatif à la défense des droits LGBT et la prévention du VIH/Sida et IST des MSM.

USAID

USAID apporte son appui aux Organisations Internationales à travers le financement des ONG dans la mise en œuvre des actions de réponse aux IST/VIH et Sida que ce soit au niveau communautaire, au niveau régional et national (ONG Santé Net II, CRS, Peace Corps)

JICA

La JICA apporte sa contribution en matière de recherches et études ainsi qu'à l'élaboration de politiques et normes.

GIZ

Le secteur privé a été appuyé par la GIZ, à travers l'appui technique et financier de la Coalition d'Entreprise Citoyenne de Madagascar (CECM) dans la mise en place de politique et programme d'action de réponse aux IST/VIH et Sida en milieu de travail. Deux films sur le plaidoyer auprès des dirigeants d'entreprises et sur les bonnes pratiques de réponse en milieu de travail ont été produits en 2012.

L'Ambassade de Suisse

Saha Inter Coopération a été l'ONG qui a bénéficié de l'appui financier de l'ambassade pour mener des actions de réponse aux IST/VIH et Sida auprès des organisations paysannes au niveau régional.

Fight Aids Monaco

Fight Aids Monaco finance la clinique de prise en charge des IST, ainsi que le programme de suivi psychosocial des jeunes PVVIH mis en place par l'association SISAL

9. LE DEPISTAGE

Il existe 1670 centres de dépistage publics et privés dans l'île répartis dans 112 SDSP (Service de District de Santé Publique). En 2013, 325 756 tests ont été effectués dont 231 615 auprès des femmes enceintes, 327 se sont révélés positifs. Le dépistage fait partie du P.M.A (Paquet Minimum d'activités) des Centres de Santé de Base. Ces données ont été présentées par le DR Nirina RASAMIMANANA - Médecin Référent SALFA lors du colloque VIH OI qui s'est tenue à La Réunion en octobre 2014.

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

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

10. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES TOUCHEES

10.1 Prise en charge médicale

Depuis 2011, le nombre de PVVIH identifiées et celles qui sont éligibles au traitement ARV et y ayant accès se sont largement accrus. Cette situation résulte des efforts d'extension de l'accès aux services de prévention et de traitement, avec un accent particulier sur l'amélioration de la qualité des services, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, l'augmentation du nombre des centres de santé de base intégrant le VIH et la santé de la reproduction, l'augmentation du nombre de centre de référence disposant d'un plateau technique de laboratoire de qualité et pouvant initier le traitement ARV et le suivi des PVVIH. La disponibilité de services de proximité de prise en charge globale des PVVIH constitue l'un des grands défis.

Néanmoins, les efforts pour maintenir les PVVIH sous le traitement devraient être poursuivis, En 2013, Madagascar a enregistré au total 78 PVVIH perdues de vues (soit environ 7% de ceux ou celles qui sont suivis), et une réduction du taux de survie des PVVIH 12 mois après l'initiation du traitement ARV de 94% en 2007 à 70.9% en 2012 et 68.8% en 2013. Des dispositifs pour l'amélioration du suivi des PVVIH ont été mis en place. Cependant, le faible

niveau socioéconomique des PVVIH associé à l'absence d'un appui externe de soutien psychosocial, le problème d'accessibilité géographique aux centres de référence combinée à des ruptures de stocks en intrants de santé (réactifs de dépistage et ARV) et l'absence d'un dispositif de soutien à l'adhérence au traitement constituent les problèmes majeurs de la prise en charge globale des PVVIH.

| Couverture Médicale | | |
|--|----------------------|-------------------------------|
| Nombre déclaré de personnes suivant un traitement antirétroviral (2014) | 670 | Madais |
| File active (2014) | 1162 | Madais |
| Estimation de la couverture du traitement antirétroviral pour 15 + ans (en %) | 1 % | UNAIDS GAP Report 2014 |
| Estimation de la couverture du TARV pour les femmes enceintes | 62 % | UNAIDS GAP Report 2014 |
| Accès au TARV pour les adultes | moins de 25 % | UNAIDS GAP Report 2014 |

Par ailleurs, le principal problème soulevé par les PVVIH elles-mêmes⁷ et toutes les associations que nous avons rencontrées est les ruptures de traitements récurrentes. Et si les traitements sont disponibles, il arrive très souvent que les médecins changent de molécules inopinément, faute de disponibilité de leur traitement habituel. Les PVVIH ont *en théorie* accès au comptage de CD4 tous les 3 mois, depuis qu'une machine est disponible depuis août 2014 uniquement au CSI d'Antananarive. Mais ce sont parfois les réactifs qui manquent... La charge virale n'est pas accessible. Les bilans complémentaires, qui concernent directement la PEC du VIH (comme la mesure de toxicité d'un traitement par exemple) ou pas, sont très onéreux et donc inaccessibles. Enfin les traitements des infections opportunistes sont inexistantes.

Les traitements accessibles à Madagascar sont de 1^{ère} et 2^{ème} ligne. Mais les PVVIH perçoivent la mise à disposition de l'Atripla qui réduit le nombre de prise médicamenteuse par jour, comme un réel point positif.

10.2 La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

⁷ Voir Synthèse du focus-Group PVVIH p.48

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

La proportion des femmes enceintes ayant reçu le TARV pour réduire la TME sur le total des femmes enceintes VIH positives estimées par le modèle SPECTRUM (2 160 en 2011) est de 4,9%. La proportion des nouveau-nés VIH positifs parmi ceux de nés de mères séropositives bénéficiaires du programme a été de 18% en 2010 et de 47% en 2011. Ces taux sont trop élevés et appellent à améliorer la qualité du service PTME.

Par ailleurs, le dépistage et la prise en charge de la syphilis chez la femme enceinte ont été intégrés dans le paquet de services PTME, en vue de l'élimination de la syphilis congénitale.

Ainsi en 2011, 73% des 18 676 femmes enceintes détectées séropositives à la syphilis ont reçu au moins 1 dose de traitement de la syphilis.

10.3 Le soutien psychosocial

La prise en charge psychosociale de ces PVVIH est assurée par le réseau MAD'AIDS et les associations membres. Pour améliorer la réponse dans ce domaine, un comité de soutien social et économique aux PVVIH a été mis en place, des renforcements de capacités de médiateurs en éducation thérapeutique du VIH et/ou médecins référents sur la prise en charge pédiatrique ont été organisés, en accompagnement de la mise à disposition d'outils de gestion ou de document de référence (fiche d'éducation thérapeutique, guide de prise en charge pédiatrique, lois protégeant les droits des PVVIH).

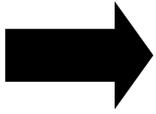
Selon les données disponibles, 627 PVVIH soit environ 60% de la file active ont bénéficié d'un soutien psychologique à travers des counseling et 97 PVVIH indigents ont bénéficié d'un soutien financier.

D'autres types d'appui (appui nutritionnel, éducation thérapeutique, soutien scolaire, etc) ont également été octroyés aux PVVIH. Ainsi, 624 PVVIH ont bénéficié d'un minimum de deux services de prise en charge psychosociale (soutien psychologique accompagné d'un autre type d'appui).

Pour palier les ruptures d'ARV récurrentes, les associations pourraient assurer une partie de la PEC médicale, comme souhaiterait le développer SISAL. Mais les associations doivent

disposer d'un médecin référent, formé durant 2 ans au CSI. Les candidats potentiels ne sont donc pas très nombreux. C'est donc par défaut et par souci de complémentarité que les associations investissent le champ du psycho-sociale.

11. RECOMMANDATIONS / PISTES DE TRAVAIL



RENFORCER LE LEADERSHIP AU SEIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE MALGACHE DE LCS

La société civile malgache est considérée comme une des composantes de la société et contribue dans le développement du pays, elle est reconnue comme le principal outil permettant aux citoyens de participer à la vie démocratique et socio-économique du pays.

Le concept de la société civile a toujours existé à Madagascar et a traversé l'histoire de la vie associative malgache. Les sujets de préoccupations principales sont l'organisation collective du travail, les achats collectifs, le règlement de conflits, la gestion de périmètre villageois.

Son institutionnalisation et son expansion ont été favorisées par des mécanismes légaux plus appropriés comme les Associations ou les ONG. Cependant, la société civile n'a pas toujours tous les moyens pour jouer et assumer pleinement son rôle à Madagascar. Les textes régissant la société civile sont non seulement méconnus mais également le concept reste encore flou. Le niveau de mobilisation citoyenne et d'engagement citoyen de la société civile est encore faible à Madagascar.

L'ensemble des parties prenantes rencontrées lors de notre séjour s'accordent pour dire que la société civile malgache de LCS a besoin d'un leadership fort pour se faire entendre. Un leadership basé sur les droits en plaçant l'intérêt des personnes au-dessus de toute autre considération.

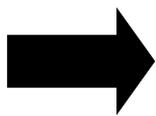
Nous voyons là une opportunité de renforcer les capacités techniques et organisationnelles des organisations de la société civile pour améliorer leur gouvernance interne, renforcer les capacités en communication, en mobilisation sociale, en plaidoyer, en capacité de mobilisation de fonds et de soutien coordonné des partenaires techniques et financiers.

Plaidoyer - Rupture des ARV

De 2007 à 2012, Madagascar a connu des ruptures d'ARV dus d'une part à des retards de mobilisation des fonds auprès des partenaires, d'autre part, à des faiblesses dans la gestion des stocks par les formations sanitaires. **Cette situation perdure encore en 2014** au dire des acteurs associatifs et des bénéficiaires des OSCM qui pour certains, cassent leur traitement pour "terminer le mois".

La société civile se doit d'interpeller les pouvoirs publics sur les stratégies adoptées pour l'approvisionnement, la mise à disposition et une meilleure gestion des stocks des ARV :

- Organiser périodiquement et de manière systématique les inventaires des stocks d'ARV au niveau des points de prestation.
- Mettre en place une procédure permettant de vérifier la cohérence entre les résultats programmatiques et les consommations d'ARV.
- Contractualiser avec un laboratoire spécialisé pour les contrôles qualité des ARV et autres intrants médicaux du programme VIH.



ACCOMPAGNER ET RENFORCER LE PROJET PILOTE DE CENTRE DE SANTE INTEGRE A ANTANANARIVE EN PARTENARIAT AVEC LE CNLS ET LA SOCIETE CIVILE

Lors de la rencontre organisée avec les bénéficiaires de l'association FIFAFI Analamanga, nous avons été informés d'un projet de mise en œuvre d'un centre de santé intégré proposant une offre globale de santé pour les PVVIH.

Nous avons rencontré le médecin en charge, le centre médical propose principalement de la « bobologie » et du dépistage et reçoit les populations clés (MSM, UDI et PS). L'offre de soins devrait évoluer au premier trimestre 2015 avec la nomination d'un médecin référent. Pour rappel, seul les médecins référents du Ministère de la Santé peuvent prescrire des ARV et assurer le suivi médical des patients sous traitement.

Nous voyons, dans ce projet pilote, une évolution très positive de l'offre de soins et une opportunité de renforcer les acteurs associatifs pour accompagner le lancement de ce centre médical communautaire au centre de la capitale.

La clinique de Santé Sexuelle au Mali - Association ARCAD SIDA

Au Mali, la prévalence du VIH est estimée à 1,3% en population générale. L'épidémie est concentrée dans certains groupes, notamment les HSH et les TS. Or, l'accès aux soins de ces populations est limité, notamment en raison d'obstacles structurels (fort rejet social, faible adaptation des services aux réalités de ces personnes). ARCAD-SIDA – membre cofondateur de Coalition PLUS impliqué dans la lutte contre le sida depuis 1996 -, a mis en place en 2010 une clinique nocturne de santé sexuelle pour mieux répondre aux besoins de santé de ces personnes.

Pour en savoir plus sur ce dispositif aussi innovant qu'essentiel : http://www.coalitionplus.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/09/Sante_Publique_Clinique_des_Halles_2014.pdf



ORGANISATION DE L'ATELIER REGIONAL DE LA PFOI A MADAGASCAR EN JUIN 2015

Compte tenu des enjeux importants de Madagascar en matière de lutte contre le sida, des rencontres fructueuses avec la délégation malgache lors du colloque VIH OI du mois d'octobre 2014 à l'île de La Réunion et de la mission d'exploration du mois de novembre 2014, nous souhaitons organiser, à Tana, dès le mois de juin 2015, un atelier régional avec les parties prenantes de la LCS.

Cet atelier de 3 à 4 jours pourrait idéalement se tenir au sein de L'institut de Santé Public et Communautaire (ISPC) situé au cœur d'Antananarive (nombreux hôtels à proximité), le lieu possède de nombreuses salles dont un amphithéâtre pouvant accueillir une soixantaine de participants et une salle pour les repas.

Les thèmes envisagés pour l'atelier :

- Définir des enjeux régionaux et des stratégies régionales pour les associations de LCS;
- Définir des stratégies de renforcement des capacités de la société civile de la zone OI;
- Renforcer le leadership de la société civile de la zone OI;
- Renforcer le plaidoyer régional (Prise en charge globale, accès aux ARV);
- Renforcer les réseaux et relations entre les parties prenantes de la LCS au niveau régional;
- Etudier les solutions de financement dans la zone OI : Fond Mondial, FEI, Union Européenne, Bi-latéraux, secteur privé et fondations des grandes entreprises, etc.

12. ANNEXE n°1 :

SYNTHESES DES FOCUS GROUP AVEC LES BENEFICIAIRES DES ASSOCIATIONS

SYNTHESE FOCUS GROUP UDI

20/11/14

ASSOCIATION AINGA/ AIDES - Antananarive

Profil des participants

14 hommes entre 18 et 30 ans environ.

Une dizaine déclarent être injecteurs depuis moins d'un an. Seuls 4 le sont depuis plusieurs années dont 1 seul depuis 10 ans. Par ailleurs, AiNGA/ AIDES nous a signalé que certains bénéficiaires se déclarent UDI pour bénéficier des activités de leur programme, sans être véritablement injecteurs.

Ainsi, nous nous sommes demandés si tous les participants de ce groupe répondaient véritablement au profil UDI dans la mesure où les problématiques mentionnées étaient davantage celles de jeunes chômeurs précaires que d'injecteurs confrontés à des risques sanitaires spécifiquement liés à l'injection (risques infectieux, détérioration de leur capitale veineux, abcès...) qui n'ont pas vraiment été mentionnées ou si peu. En revanche, il ne fait aucun doute qu'une minorité d'entre eux étaient véritablement injecteurs puisque deux d'entre eux se sont injectés sous nos yeux durant l'entretien.

C'est pourquoi, même si le focus-group a contribué à apporter des éléments d'informations objectifs, le témoignage du groupe est certainement à relativiser sur quelques aspects.

Matériel et pratiques d'injection / connaissances des risques infectieux

Le matériel de RDR disponible distribué par AINGA/ AIDES est sommaire : un garrot, une seringue, un filtre, une stéricup. Du fait de la pénalisation de la consommation de drogues à Madagascar, AINGA/ AIDES n'a pas la possibilité d'assurer une distribution en *outreach*. Le matériel peut être seulement distribué au local de l'association. Il n'y a pas d'eau distillée, c'est pourquoi les UD utilisent l'eau des fontaines publiques. Par ailleurs, les seringues mises à disposition par le FM ne sont pas adaptées aux UDI qui souhaiteraient des seringues à insuline. Cette inadéquation entre le matériel distribué et les pratiques des UDI est un constat transversal à plusieurs pays auquel le FM ne doit pas rester sourd, puisqu'il incite au partage de matériel usagé comme les participants l'ont bien signalé. Les participants vont donc se procurer des seringues en pharmacie sous un prétexte ou un autre.

Aucun programme de traitement de substitution n'est mise en oeuvre à Madagascar.

Le gramme d'héroïne pure est vendu à 150.000 ariarys (soit 50€). Si on considère que le SMIC à Madagascar atteint à peine 100.000 ariarys, l'héroïne à Madagascar est hors de prix. Cependant certains participants déclarent consommer 0,3 grammes par jour. Un autre déclare s'injecter une fois par semaine. Pour réunir la somme d'argent nécessaire, ils vendent leurs objets personnels qui ont un peu de valeur (téléphone portable, télévision...) ou alors partagent entre amis le produit. En cas de manque, les participants ont recours à la marijuana voire le Rivotril. L'alcool a peu d'effet pour réduire la sensation de manque. Les participants déclarent avoir commencé à s'injecter au sein d'un groupe d'amis. Mais les injections collectives sont plus rares : souvent ils le

font seuls chez eux. Ils apprennent à s'injecter par mimétisme. Certains disent ainsi imiter les infirmiers.

Les maladies infectieuses liées à la pratique d'injection mentionnées sont le VIH, le paludisme, les hépatites et le cancer du sang (ou du cerveau en cas de snif). Globalement, les connaissances de base matière de risques infectieux ne sont pas maîtrisées. Leurs pratiques de RDR ne révèlent absolument aucune connaissance concernant le VHC en particulier. Malgré des pratiques déclarées de partage de seringues qui les exposent au risque de contamination par le VIH, la perception de la séropositivité est très négative. L'un des participants propose même de « les mettre en quarantaine ». Aucun des participants ne déclare connaître personnellement une personne séropositive.

AINGA/ AiDES est parvenue à négocier avec la police de quartier de ne pas arrêter les UDI s'ils ont moins de 0.3 gramme d'héroïne sur eux. Au-delà, ils peuvent être considérés comme des revendeurs. Cependant, aucun d'entre eux ne déclare avoir fait un séjour en prison en raison de sa consommation. En revanche, des gardes-à-vue de 24h sont mentionnées. Les participants indiquent aussi que certains UDI se dénoncent entre eux, avec la complicité de la police, pour obtenir une part du produit de la personne interpellée.

SYNTHESE FOCUS GROUP PS

24/11/2014

ASSOCIATION AFSA - Antananarive

Profil des participantes

11 femmes de 25 à 45 ans environ, se définissant tout comme PS.

La différence se fait entre celles qui se définissent majoritairement comme occasionnelles et celles, minoritaires, qui pratiquent le TDS à temps plein. La plupart des PS occasionnelles vendent des vêtements et le TDS leur permet d'acheter de plus gros stocks, de manière à optimiser leurs revenus.

D'autres sont coiffeuses ou vendeuses de fruits. Elles demandent des solutions pour se reconverter, chose que l'AFSA a tenté de faire en proposant à certaines une formation de coiffure/ esthétique. Pour la plupart d'entre elles, leur entourage ne connaît pas leur activité. Mais certaines disent que leurs enfants sont au courant. Une autre dit que son cousin l'a surprise un soir en train de se prostituer.

Elles ont en commun d'avoir toutes des enfants et d'être séparées ou divorcées de leur conjoint. C'est ce qu'elles citent unanimement comme raison de leur entrée dans la prostitution. La consommation d'alcool est intimement liée à la pratique du TDS, notamment si elle travaille la nuit, dans les bars. Elles mentionnent également la consommation de marijuana mais dans une moindre mesure.

Les pratiques de TDS

Les manières de pratiquer le TDS sont très différentes. Certaines travaillent via le téléphone auprès d'un portefeuille de clients préalablement établis qui les contactent, plutôt en journée. Les clients

affluent également par le bouche à oreille en se communiquant entre eux leur numéro de téléphone.

D'autres vont pratiquer dans la rue ou dans les bars et boîtes à la nuit tombée. Ces dernières vont se maquiller et se mettre en tenue avant de sortir selon une sorte de rituel quotidien. Quand elles sortent la nuit, elles font garder leurs enfants par une nounou pour 2000 ariarys.

Le prix de la passe est extrêmement variable, à partir de 1000 ariarys (0,3€). Il n'y a pas de prix plafond. Le prix dépend du quartier, du jour de la semaine, du client ou encore des qualités physiques de la TDS. Après le 15 du mois, les clients ont moins d'argent ce qui peut également influencer sur le prix de la passe. Quoiqu'il en soit, le prix est toujours négocié. Elles affirment toutes pratiquer en indépendante, sans proxénète. Elles mentionnent également faire payer le client toujours avant l'acte. Le travail du sexe répond à une logique spatiale où des zones circonscrites sont sous contrôle d'une « cheffe » qui touche un loyer de la part des femmes qui souhaitent s'y installer. Il y a une « cheffe parmi les participantes présentes. Par ailleurs, pour garantir leur anonymat, elles ne se prostituent pas dans leur quartier de résidence.

Toutes mentionnent la pratique du « tapis vert » c'est-à-dire des rapports sexuels en extérieur, dans un coin, un petit lieu informel à l'abri des regards comme une case de gardien par exemple. Il est courant que ces derniers louent leur case aux TDS. Ces lieux informels sont parfois préférés des clients qui ont un statut social élevé, car ils ont peur d'être reconnu s'ils vont dans un hôtel.

La majorité de leurs clients sont étrangers, africains ou européens. Avant le travail de sensibilisation de la part des associations, elles étaient en difficulté pour négocier le port du préservatif chez les clients qui proposent un prix supérieur pour une relation non protégée. Cependant, elles disent unanimement utiliser le préservatif, voire le fémidom. Les demandes particulières des clients ne semblent pas être majoritaires. Elles citent néanmoins la sodomie (pour laquelle elle ne disposent pas de gel lubrifiant, réservé aux seuls MSM), du strip-tease, du BDSM, des pratiques urophiles.

Rapport entre TDS

Globalement, elles décrivent des rapports de concurrence entre elles, si l'une d'entre elles soldent les prix, ou encore si une TDS a beaucoup de clients, ce qui peut susciter des jalousies. Ainsi les participantes décrivent des cas de diffamation ciblant une TDS jalouées, en colportant la rumeur qu'elle a le VIH par exemple. Quand une TDS est victime de rumeurs, elle change de quartier. Dans ce contexte la séropositivité est très stigmatisante et la confidentialité entre TDS inexistante.

Dans cette logique, les clients fidèles sont courtisés. Mais elles mentionnent également des rapports de solidarité lorsqu'une d'entre elles est dans le besoin et que le gain prend une tournure vitale pour elle et ses enfants.

Accès aux services et aux soins

Elles ont l'habitude de fréquenter les associations : l'AFSA, Top Réseau, le PSI, SISAL, et le CSI (Centre de Santé Intégré), dans lesquelles elles reçoivent un bon accueil. Dans les centres de santé classiques, elles peuvent être mal accueillies si de par leur tenue, elles sont identifiées comme TDS. En cas de connaissances de leur situation professionnelle, la confidentialité n'est pas respectée. Elles mentionnent même certains cas de maltraitance physique. C'est surtout le cas des jeunes médecins internes.

SYNTHESE FOCUS GROUP PVIH

21/11/14

ASSOCIATION FIFAFI + Centre de Soins Intégrés - Antananarive

Profil des participants

5 hommes MSM et une ancienne TS, tous PVVIH. Ce profil correspond tout à fait à ce que FIFAFI décrivait concernant sa file active.

Vécu de la séropositivité

Si l'un des participants mentionne « vivre comme tout le monde » et avoir tenu au courant de sa séropositivité son entourage familial, les autres personnes partagent leurs difficultés en raison de l'indicibilité et de l'isolement dans lequel les cantonne leur statut sérologique. Dans ce contexte, les activités mises en place par FIFAFI rompent cet isolement et leur ouvrent des perspectives de vie.

Le principal problème soulevé est les ruptures de traitements récurrentes. Par ailleurs, si les traitements sont disponibles, il arrive très souvent que les médecins changent de molécules, faute de disponibilité de leur traitement habituel. Ils ont *en théorie* accès au comptage de CD4 tous les 3 mois, depuis que la machine est disponible depuis août 2014. Mais ce sont parfois les réactifs qui manquent... La charge virale n'est pas accessible. Les bilans complémentaires, qui concernent directement la PEC du VIH (comme la mesure de toxicité d'un traitement par exemple) ou pas, sont très onéreux et donc inaccessibles. Enfin les traitements des infections opportunistes sont inexistantes. De manière générale, ils souhaiteraient que le personnel soignant –médecins et infirmiers- soient plus disponibles.

Le seul point positif concernant la PEC médical est la mise à disposition de l'Atripla qui réduit le nombre de prise médicamenteuse par jour.

Représentation de la séropositivité

Leur isolement social est souvent corrélé à une série de représentations négatives du VIH. En premier lieu c'est une maladie que l'on mériterait en raison de ses mauvais comportements sexuels, liées évidemment à l'homosexualité ou au travail du sexe. Par extension c'est la maladie du démon. C'est aussi perçu comme la maladie des étrangers, d'autant plus que Madagascar se caractérise par un fort tourisme sexuel. Par ailleurs, le VIH est une maladie d'africain, actant une distinction entre les malgaches et les subsahariens. Enfin, le VIH souffre à Madagascar d'une forte connotation financière, comme si les PVVIH profitaient de d'une manne financière internationale intarissable.

Problématique sociale

Les participants mentionnent un premier lieu le chômage et leur précarité. Ils souhaiteraient à ce titre que les associations mettent en place des AGR. C'est d'autant plus une priorité que l'Etat a abandonné le terrain du social depuis la crise politique de 2009.

13. LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

13.1 Institutionnels

| Organisme | Nom | Prénom | Position |
|---|-------------------------------|----------------------|---|
| ONUSIDA | NOUALHAT | Christophe | Community Mobilisation and Networking Adviser, Indian Ocean |
| CNLS | RAZAFINDRAFITO | Hajarijaona | Secrétaire Exécutif |
| SCAC de l'Ambassade de France | BESSIERE | Clémence | Chargée de mission Coopération non-gouvernementale |
| SCAC de l'Ambassade de France | BELLAS CABANE | Christine | Conseillère Régionale Santé |
| AFD | RABENIRINA | Danielle | Chargée de projets Santé – Education |
| UE Projet DINIKA | FERNAGU | Sophie | Responsable suivi et évaluation |
| Ambassade de Maurice | SEMr l'Ambassadeur LEMAIRE | | Ambassadeur |
| Fondation TELMA | RAHAINGONJATOVO SALABERT | Danielle Isabelle | Consultant Expert Chargé de Projet Directrice Exécutive |
| Collectif des Entreprises Citoyennes | ROBIARIVONY | Josiane | Coordinateur Technique |
| Collectif des Entreprises Citoyennes | RAKOTOARISOA | Isabelle | Médecin – QHSE |
| Société AMBATOVY | DASO | Irène | Manager, Compliance Program |

13.2 Associatifs

| Association | Nom | Prénom | Position |
|-------------------|-----------------|-------------------|--|
| AFSA | RARIVOHARILALA | Esther | Médecin-Coordonnatrice technique AFSA |
| AFSA | | Janie | Présidente |
| AINGA AIDES | DAVY | Tantely | Responsable Suivi et Evaluation |
| ALLO FANANTENANA | RAZAFIMBAHINY | Jaonosy Philibert | Coordonnateur de Programme |
| EZAKA MSM DE MADA | RASOANANAIVO | Balou | Coordonnateur |
| FIFAFI | RAKOTONIRINA | Emmanuel | Président |
| FIFAFI | RABESON | Hervé | Médecin |
| MADAIDS | MARIE | Isabelle | Responsable technique - Gestion de projets |
| PSI | WEISS | Monique | Deputy Country Representative Programs |
| PSI | RAMHAVORY | Jimmy | Coordonnateur du programme VIH |
| SISAL | RASOLOARIMANANA | Andry | Médecin |

14. FICHE PAYS

<https://drive.google.com/drive/#search?q=fiche%20pays>

15. RESSOURCES DOCUMENTAIRES ET BIBLIOGRAPHIE

- Plan Stratégique de Lutte contre le Sida - CNLS - 2013-2017
- Indice de la Société Malgache (ISC), Rapport PNUD Madagascar, 2011
- RA sur la riposte au sida à Madagascar -CNLS -Janv 2012 – Déc 2013
- Etude comportementale et biologique chez les consommateurs de drogues injectables dans les zones urbaines à Madagascar - CNLS - 2012
- Enquête TRaC réalisée auprès des TDS - PSI - 2014
- Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH - PNLS - Edition 2013
- Cadre juridique sur la LCS et la protection des PVVIH à Madagascar - 2007
- Rapport Annuel Madagascar - PNUD - 2013