



Banque mondiale
Program global de lutte
contre le VIH/SIDA

VIH/SIDA - *Obtenir des résultats*

Ces rapports décrivent des activités, défis et leçons apprises au cours du travail réalisé par l'Équipe de suivi et évaluation de la lutte contre le sida dans le monde (GAMET) avec des pays et autres partenaires.

Du Suivi de la Mise en Œuvre au Suivi Axé sur les Résultats: Une Transition Réussie à Madagascar

**Comité National de Lutte contre le VIH et le Sida de Madagascar (SE/CNLS)
et Équipe de suivi et évaluation de la lutte contre le sida dans le monde (GAMET)
et Stratégie et plan d'action contre le SIDA (ASAP)**

Madagascar a engagé trois initiatives pour obtenir des données stratégiques indispensables à l'affinement et à l'efficacité de sa réponse face aux infections sexuellement transmissibles (IST), au VIH et au Sida tout en mettant en exergue les leçons apprises. Ces trois outils de recherche comprennent:

- 🎗 le profil épidémiologique du SIDA
- 🎗 la cartographie de la vulnérabilité
- 🎗 le renforcement du système de suivi évaluation en vue d'obtenir les informations nécessaires à la planification.

Situation Epidémiologique Inhabituelle et Données Disparates

Madagascar fait partie des rares pays d'Afrique Sub-saharienne où la prévalence du VIH est inférieure à 1% dans la population générale. Cependant, en un peu plus d'une décennie, la prévalence est passée de celle d'une épidémie naissante à celle d'une épidémie peu active mais concentrée dans certaines régions.

La situation épidémiologique à Madagascar est inhabituelle. Si l'on constate une faible prévalence du VIH, en revanche, les infections sexuellement transmissibles (IST), comme la syphilis, ont un taux de prévalence élevé. Les IST constituent une menace réelle pour le pays, d'autant plus que de multiples facteurs de risque et de vulnérabilité, poches de pauvreté, persistance de comportements sexuels à risque, créent des conditions favorables à une généralisation de l'épidémie du VIH.

Certes, des données épidémiologiques existent au niveau national, mais elles sont parcellaires et difficilement exploitables pour la planification aux niveaux des régions, des districts et des communes. Pour remédier à cette situation, la réalisation d'enquêtes spécifiques aux différents niveaux est certes une option, mais cette option s'avère onéreuse étant donné la faible séroprévalence à

Madagascar. C'est ainsi qu'a été élaboré un outil permettant d'évaluer la vulnérabilité des communes, basé sur une collecte de données plus simples mais fournissant des informations intéressantes.

Figure 1 Madagascar et ses régions



Source: Banque mondiale, 2008 (Voir la page 11 pour l'information sur Madagascar « en bref »)

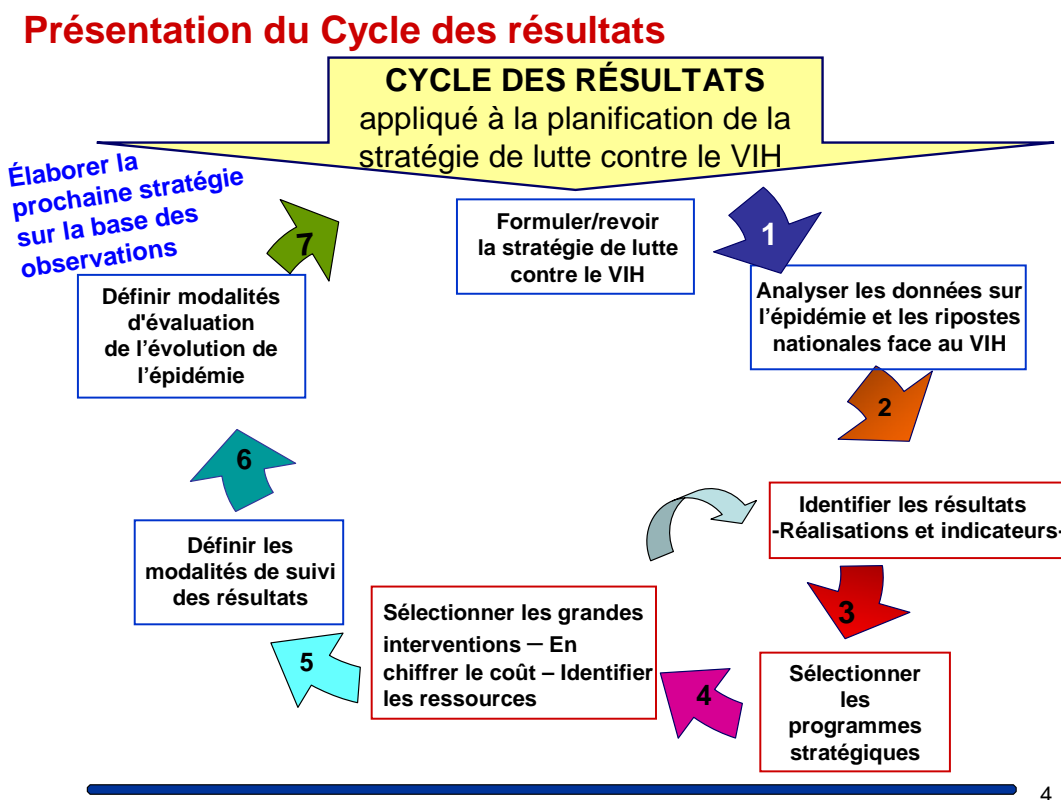
Une solide planification sous-tend la réussite d'un programme. Madagascar, conscient de ce fait, a donc initié le développement d'outils d'analyse et de

planification sachant que la riposte face à l'épidémie de VIH ne peut attendre. Le VIH et le Sida font partis des priorités nationales de développement. Un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat soutient la réponse au VIH et au Sida qui est dirigée par le Président de la République. Jusqu'à présent, Madagascar a adopté deux plans stratégiques nationaux. Le premier plan, 2001-2006, est basé sur une approche stratégique multisectorielle qui permet de répondre aux besoins spécifiques du pays, d'aligner les interventions selon les priorités locales et de renforcer l'appropriation de la réponse par les communautés.

Madagascar, se basant sur son expérience de mise en œuvre du premier plan et en tenant compte des faiblesses et des leçons apprises, a intensifié ses efforts assurer une utilisation optimale des ressources disponibles. De ce fait, ont été reconnus l'importance de:

- ✘ la gestion axée sur les résultats
- ✘ la priorisation des actions dans les zones les plus vulnérables et vers les groupes les plus à risque
- ✘ l'utilisation des données pour guider la réponse
- ✘ le renforcement de la participation de la communauté pour une meilleure appropriation de la réponse.

Figure 1 Le cycle des résultats pour la planification stratégique



Source: R. Rodriguez-García, J. Zall Kusek, GHAP, Banque mondiale, 2007

Le deuxième plan stratégique national, « Plan d'Action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au Sida 2007-2012 » a été développé dans cette logique.¹

¹ Lors de la revue du plan, l'assistance technique du programme ASAP, a classé ce plan parmi les meilleurs de la région. ASAP (Stratégie et plan d'action contre le sida) est un service d'assistance technique, qui opère depuis janvier 2006 à partir du Programme de lutte contre le VIH/SIDA dans le monde de la Banque mondiale. ASAP prête son concours aux pays qui

Etant donnée l'importance de la planification et du suivi des actions pour une réponse efficace au VIH et au Sida, 2007 a été déclarée « Année du suivi et évaluation de la réponse face au VIH et au Sida ».

sollicitent une aide pour formuler des stratégies et des plans de lutte contre le sida dont les priorités soient clairement définies, qui soient fondées sur des observations, axées sur des résultats et dont le coût soit chiffré (www.worldbank.org/ASAP)

Cet article présente trois initiatives qui ont permis de développer des outils de recherche aidant à augmenter les connaissances afin de mieux comprendre la situation épidémiologique à Madagascar.

Chaque activité correspond à différentes phases du cycle des résultats:

- ✂ le profil épidémiologique du SIDA (phase 1)
- ✂ la cartographie de la vulnérabilité (phase 3 et 4)
- ✂ le renforcement du système de suivi évaluation en vue d'obtenir les informations nécessaires à la planification (phase 5 et 6).

Ces trois initiatives sont le résultat d'une démarche pragmatique qui promeut l'utilisation de nouveaux outils de recherche en vue de renforcer la planification et la gestion du programme, permettant d'assurer une réponse efficace tant au plan national qu'au plan périphérique. L'article présente également les leçons apprises lors du développement et de l'utilisation des différents outils.

Figure 2 Un marché



Profil épidémiologique

La prise en compte des réalités de l'épidémie dans le Plan Stratégique est d'une importance capitale pour la réussite des réponses nationales. Or, de nombreux pays axent leurs réponses sur des approches génériques et/ou sur des extrapolations qui ne répondent pas forcément à l'épidémie locale. D'où la nécessité de comprendre l'épidémie, notamment la diversité des facteurs de transmission du virus et les sources des 1000 dernières infections.

Depuis 1985, de nombreuses études sur la prévalence du VIH, les infections sexuellement transmissibles, les comportements à risque, les déterminants de l'épidémie, ont été réalisées à Madagascar. Cependant, il n'existe aucun document de synthèse qui rassemble les éléments

essentiels des différentes études et qui permette de rapprocher, recouper et concilier des données disparates en vue d'une analyse compréhensive et cohérente pour comprendre l'évolution de l'épidémie et déterminer les facteurs principaux de transmission.

Figure 3 La prévention au village



Afin de remédier à cette situation, le Secrétariat Exécutif du Comité National de lutte contre le sida (SE/CNLS) a entamé un processus de compilation des données existantes afin de dresser un profil épidémiologique cohérent qui permette de dégager les implications programmatiques, financières et politiques. Cette étude a été réalisée sous la conduite du programme ASAP de la Banque mondiale, avec l'appui technique d'experts internationaux de l'ONUSIDA, de l'USAID et de l'OMS.

Méthodologie

L'analyse de la situation a pour objectif de fournir une évaluation rigoureuse de l'épidémie du VIH à Madagascar, de comprendre son évolution, de déterminer les facteurs principaux de transmission, d'analyser les résultats des programmes existants, d'identifier les zones géographiques les plus affectées, et de définir certaines priorités thématiques.

Afin de rassembler et analyser les éléments essentiels du profil de l'épidémie du VIH/Sida à Madagascar, la méthodologie utilisée repose les étapes suivantes:

- ✂ atelier de planification
- ✂ étude documentaire
- ✂ analyse
- ✂ modélisation
- ✂ détermination des limites de l'étude
- ✂ atelier de consensus.

L'atelier de planification, organisé avec les acteurs clés nationaux et internationaux a permis de déterminer, à

travers une démarche participative, la conduite à suivre pour établir le profil épidémiologique du VIH et du SIDA à Madagascar. L'atelier a permis de définir les rôles et responsabilités des différents acteurs, d'établir de façon consensuelle le plan du document, les grandes lignes des différents chapitres, et la feuille de route.

L'étude documentaire de la littérature disponible sur le VIH à Madagascar² a présenté les différentes approches méthodologiques: probabiliste ou non, sites et année d'enquête, taille de l'échantillon, tests utilisés, contrôle de qualité. Les principaux résultats, prévalence et/ou incidence IST, VIH, connaissance relatives au VIH, précocité des rapports sexuels, multi-partenariat, utilisation des préservatifs, chemin thérapeutique en cas d'IST, et déterminants de l'épidémie ont été synthétisés.

L'analyse a été effectuée en deux étapes:

- ✂ Une analyse secondaire, consistant à examiner les données et à relever les forces et les faiblesses méthodologiques ainsi que leur comparabilité, afin d'établir une synthèse rigoureuse des résultats clés
- ✂ Une triangulation des données ayant pour objectif de mettre ensemble les principales données issues de l'étude documentaire de l'étape précédente pour en tirer les principaux enseignements.

La modélisation a identifié les populations clés à risque, ainsi que leur nombre et le niveau de prévalence dans chaque groupe, afin d'établir une estimation d'un point de prévalence nationale. Si des données sont disponibles au niveau régional ou selon le milieu de résidence urbain/rural, la modélisation peut se faire pour chaque zone géographique et le point de prévalence est pondéré au niveau national. Si des données historiques sont disponibles, la modélisation de l'épidémie peut se faire dans le temps et fournir, non seulement un point de prévalence pour l'année en cours, mais une courbe de tendance historique et d'évolution future.

L'atelier de consensus a été organisé avec les acteurs clés nationaux et internationaux pour présenter les résultats de l'étude et débattre les analyses effectuées afin de formuler des propositions pour combler les lacunes, relever les implications programmatiques et élaborer un agenda d'enquête. Il a été décidé de mettre en place deux comités de lecture, un national et un international pour une revue rigoureuse du document par les pairs.

² La littérature disponible a été répertoriée par le biais des contacts avec les acteurs clés de la lutte contre le Sida à Madagascar, les institutions de recherche ainsi que les chercheurs indépendants, les ONG, associations, et les partenaires de développement et d'une recherche sur différents sites internet.

Résultats

La prévalence du VIH au niveau national est de 0,13% en 2007. L'étude a montré une faible prévalence du VIH parmi tous les groupes cibles, avec cependant une augmentation faible mais progressive et/ou régulière selon les groupes considérés. La basse prévalence observée dans la séro-surveillance est couplée d'une prévalence relativement élevée dans certains sites particulièrement affectés par le VIH. Ces sites se trouvent dans des grandes villes côtières ayant une fréquentation touristique importante. La prévalence varie de 0,29% à 1,47% dans les groupes cibles.

L'épidémie VIH semble donc concentrée dans certains groupes. Mais pour les régions côtières, les facteurs de risque de transmission, au niveau de la population générale, sont très nombreux.

La séroprévalence de la syphilis reste élevée comparée aux autres pays d'Afrique, en 2005-2006, cette séroprévalence était de 5,6% à Madagascar contre 0,95% au Botswana. Par contre, elle a diminué drastiquement dans tous les groupes cibles : parmi les femmes enceintes, la séroprévalence de la syphilis est tombée de 12% en 1995 à 5% en 2005.

Une recherche approfondie sur près de 200 publications a permis d'affiner le profil épidémiologique du Sida à Madagascar. L'agenda d'enquêtes et de recherches a classé en priorité des études spécifiques pour les groupes identifiés dans le Plan Stratégique National (PSN), pour établir des données de base quantifiables qui pourront être utilisées lors de l'évaluation du PSN.

Des études sur les aspects biologiques et comportementaux ainsi que sur les déterminants pour d'autres groupes permettront par la suite de renforcer le profil épidémiologique du VIH et du sida à Madagascar.

Figure 4 Information et éducation auprès d'un chef de village



Cartographie de la vulnérabilité

Dans les pays à faible prévalence comme Madagascar, une réponse ciblée vers les groupes vulnérables dans leurs zones de concentration, représente un rapport coût-efficacité inégalable pour éviter une généralisation de l'infection. La décentralisation de la gestion de la réponse, avec une concentration des efforts dans les zones à risque accru de propagation du VIH et du Sida, a pour conséquence de permettre une appropriation de la réponse par les bénéficiaires. Ceux-ci la considèrent davantage comme répondant à leurs besoins, et sont donc plus enclins à y participer. La décentralisation permet aussi de renforcer la coordination et la synergie des activités à un niveau optimale de planification et d'opérationnalisation de la réponse, à savoir : le district et la commune.

La réponse locale est définie à Madagascar comme «La réponse par les gens, là où ils vivent et travaillent». Au niveau des communes, la réponse est concrétisée par la mise en place, des Comités Locaux de Lutte contre le Sida (CLLS). Les CLLS élaborent, en se guidant sur le Plan Stratégique National, les Plans Locaux de Lutte contre le VIH et le Sida (PLLS). Les PLLS, quant à eux, s'appuient sur les réalités locales en termes de risque et de vulnérabilité face au Sida et sont traduits en sous-projets appelés Petites Actions Faisables (PAF). Ensuite, les différentes parties prenantes de la réponse du secteur public, ministères sectoriels, de la société civile, ONG, associations et autres organisations communautaires de base(OCB) et du secteur privé, mettent en place les PAF.

Les interventions de la société civile visent principalement à promouvoir la réduction des comportements à risque (ABC) et la mobilisation sociale pour l'utilisation des services cliniques. Le financement se fait à travers le Fonds d'Appui à la Prévention (FAP), inscrit dans le cadre du Projet Multisectoriel pour le Prévention du Sida (PMPS) appuyé par la Banque mondiale. Dans un souci de transparence, d'efficacité et d'équité, l'octroi de financement à travers le FAP doit répondre aux principes de priorisation pour obtenir les résultats escomptés.

Le SE/PNLS a, dès 2004, identifié 20 zones considérées comme à risque accru de la diffusion du VIH et a focalisé des interventions sur ces zones à risque. Toutefois, l'insuffisance de données rend difficile l'identification des groupes les plus vulnérables ainsi que leur localisation précise. La cartographie du risque a donc été revue en 2006 dans une optique de contrôle effectif de l'épidémie. Le produit final présente une cartographie du risque, où les communes à risques sont les communes où sont localisés les groupes passerelles et où la population générale est à risque accru de contracter l'infection.

Méthodologie

L'étude a pour objectif premier de catégoriser les communes étudiées en fonction de leur degré de vulnérabilité et ensuite d'identifier les communes considérées comme étant prioritaires pour le renforcement de la réponse. Cet outil permet de renforcer la gestion et la planification des programmes aussi bien au niveau national qu'aux niveaux périphériques.

La méthodologie adoptée pour la réalisation de l'étude comprend plusieurs étapes:

- ✂ la revue documentaire
- ✂ le développement d'outils de collecte de données au niveau des communes
- ✂ la collecte des données
- ✂ l'analyse des données
- ✂ l'utilisation des données pour la priorisation des communes pour la prévention.

La revue documentaire avait pour but de relever les facteurs ayant une influence négative sur la capacité d'un individu à maîtriser sa propre santé. Ces facteurs incluent la disponibilité et l'accès aux services de prévention, de soins ou de traitement relatifs au VIH. L'identification des sites de concentration des groupes à haut risque (groupes les plus vulnérables – groupes vulnérables – groupes passerelles)

Madagascar compte au total 1557 communes.

L'enquête a porté sur un total de 1231 communes- 655 communes au niveau local, et 576 couvertes par la collecte de données au niveau centrale. La collecte d'informations a été effectuée à deux niveaux. Au niveau central, seule la présence ou l'absence de sites identifiés comme étant une concentration de groupes à risque dans les communes a été répertoriée. Au niveau des communes, des informations plus détaillées sur la monographie des communes et sur les facteurs de vulnérabilité présents ont été recueillis en utilisant des outils développés à cette intention. Cette deuxième collecte a couvert environ la moitié des communes, celles qui étaient accessibles pendant la période de collecte de données et selon les ressources disponibles. Aucune information n'a pu être obtenue, ni au niveau central ni au niveau local, pour 10% du total des communes.

La phase d'analyse a consisté à attribuer des scores aux facteurs de vulnérabilité présents dans les communes. L'analyse s'est faite en deux étapes selon que les informations avaient été collectées au niveau central ou au niveau local. Pour les informations recueillies au niveau central, chaque facteur a reçu un score d'une

valeur de 0 ou 1: les valeurs 1 et 0 traduisent respectivement la présence ou l'absence de ce facteur dans la commune. Pour les informations détaillées recueillies au niveau des communes, le score pour chaque facteur, variait de 0 à 3. Zéro traduit l'absence du facteur dans la commune, 1 le facteur de vulnérabilité a un faible poids, 2 le facteur de vulnérabilité à un poids important, 3 le facteur de vulnérabilité à un poids très important. L'importance démographique a été également prise en compte dans l'analyse finale de priorisation des communes.

A chaque étape, la somme des scores obtenus pour l'ensemble de tous les facteurs détermine le niveau de vulnérabilité de la commune. En conséquence, les communes ayant obtenu des scores élevés à la première et/ou à la deuxième étape d'analyse sont considérées comme étant les plus vulnérables aux IST, au VIH et au sida. Autrement dit, ce qui rend une commune vulnérable n'est pas forcément la présence de nombreux facteurs mais la présence d'un nombre de facteurs, aussi limités soient-ils, ayant des poids importants. L'application de ces scores a ainsi permis de catégoriser les communes en trois groupes en fonction de leur degré de vulnérabilité:

- ✘ Communes fortement vulnérables (scores supérieurs à 16)
- ✘ Communes moyennement vulnérables (scores variant de 10 à 15 points) et
- ✘ Communes faiblement vulnérables (0 à 9 points).

La réalisation de cette étude a vu la participation de l'ensemble des parties prenantes aux différents niveaux. Un consultant national a élaboré la revue documentaire et la collecte des données au niveau central. L'unité chargée de l'appui à la réponse locale du SE/CNLS et l'unité chargée du suivi et évaluation au niveau central ont assuré l'élaboration des canevas de collecte et le suivi de la mise en place de la collecte des données au niveau local. La collecte des données a été réalisée au niveau des communes, par des consultants locaux, sous l'encadrement des coordonnateurs techniques (CT) de chaque région, en collaboration avec les responsables locaux. Les coordonnateurs techniques en collaboration avec le Chef de Région et le Directeur Régional de la Santé, ont effectué les analyses de données, selon une méthode standardisée. La vérification a été faite au niveau central avant de produire les résultats.

Résultats

L'analyse des informations a permis d'identifier 119 communes fortement vulnérables, 338 communes moyennement vulnérables, représentant respectivement 10% et 28% de l'ensemble des communes qui ont fait l'objet de l'étude.

Les 119 communes localisées dans les 22 régions, identifiées comme étant fortement vulnérables constituent des zones pilotes pour l'intensification des activités de terrain. Elles possèdent des facteurs de risque communs:

- ✘ travail de sexe (TDS);existence de marché aux filles, de maisons de passe, de lieux et endroits fréquentés par les TDS
- ✘ activités socio-économiques liés à une situation géographique spécifique comme la présence de sites touristiques, d'activités minières et de marchés aux zébus
- ✘ habitudes sociales favorisant des comportements à risque telles que certaines festivités coutumières
- ✘ non disponibilité ou difficulté d'accès aux services de prévention, de soins ou de traitement relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA.

Le principal résultat est un document constitué de fiches signalétiques qui permettent d'avoir un aperçu général de chacune des 119 communes. Les fiches synthétisent des informations relatives à la situation démographique, économique, culturelle, sanitaire et sociale (population, activités, moyens de transport et de communication, infrastructures sanitaires et sociales, cultures et religion) ainsi que les facteurs de vulnérabilité identifiés pour chacune de ces communes.

Figure 5 Conseil et dépistage volontaire



Limites de l'étude

Cette étude ne peut pas déterminer la taille des groupes cibles qui sont concernés par les facteurs de risques. Aussi, est-il difficile de mesurer l'importance des facteurs de risques par rapport à la région et à sa population. Par ailleurs, l'objectif de cette étude ne comprend pas de recherche des facteurs de risques pour la population. En

conséquence, les questionnaires concernant les facteurs comportementaux ne sont pas traités dans cette étude.

Il a été également constaté, durant la collecte des données, une avancée programmatique de la réponse. D'où une possibilité de différence entre les données de l'étude et les réalités du moment.

Système national de suivi et évaluation 2007-2012

Un programme efficace est un programme qui démontre que les résultats escomptés en début de projet ont été atteints. Ces résultats proviennent d'une gestion efficace, qui repose sur une bonne information, laquelle ne peut être obtenue sans données fiables et une analyse attentive de ces données. Les résultats et les informations ainsi obtenus permettent d'apprécier la performance des différents programmes de prévention et de soins et permettent aux responsables et parties prenantes de prendre des décisions importantes pour améliorer la mise en œuvre des programmes et /ou la gestion de l'organisation. Tels sont les défis auxquels il faut faire face en matière de suivi et d'évaluation.

Conscient de l'importance cruciale des activités de suivi et d'évaluation du programme de lutte contre le VIH et le Sida, Madagascar s'est mobilisé activement en collaboration avec les partenaires techniques et financiers pour soutenir la mise en place d'un dispositif performant de suivi et d'évaluation. Le développement des outils qui accompagnent le système repose sur le principe d'utilisation optimale des ressources disponibles, une analyse pragmatique de la situation et une implication des parties prenantes.

La mise en place du système de suivi et d'évaluation traduit la volonté de Madagascar à souscrire aux recommandations de l'UNGASS pour le respect des « trois principes d'unicité », dont celui de l'unicité du système national de suivi et d'évaluation.

Méthodologie

L'objectif est d'avoir un système de suivi et d'évaluation efficace, efficient et utilisé à des fins de gestion afin d'améliorer la réponse aux IST, VIH et Sida à Madagascar.

Une approche participative est à la base de l'élaboration du plan de Suivi et Evaluation. Le Groupe Restreint en Suivi et Evaluation (GRSE) qui comprend le programme GAMET de la Banque mondiale³, les différentes parties

prenantes de la lutte à tous niveaux et tous secteurs, en consultation avec des experts nationaux et internationaux ont répondu aux exigences d'une réponse multisectorielle, communautaire et décentralisée et ont collaboré au plan.

L'élaboration du système national de suivi et d'évaluation comprend les étapes suivantes:

- ✂ identification et choix des indicateurs
- ✂ identification des partenaires et structures
- ✂ identification des circuits d'information
- ✂ identification des sources de données
- ✂ définition du système d'information
- ✂ stratégie de diffusion des données
- ✂ développement du plan de mise en œuvre du système de suivi et d'évaluation.

L'identification et le choix des indicateurs ont déterminé les variables qui permettent de mesurer les changements intervenus en cours d'action ou les résultats obtenus par rapport à ce qui était planifié. Chaque indicateur est accompagné d'objectifs annuels clairs et concrets, permettant ainsi des comparaisons dans le temps.

L'identification des partenaires et structures impliqués dans la mise en œuvre du système de suivi et d'évaluation permet de définir les rôles et responsabilités de chacun. Les principales tâches à accomplir sont décrites de façon précise afin de partager les responsabilités et atteindre les objectifs fixés.

La définition du circuit d'information présente sous forme schématique le flux des données et des informations entre les catégories d'acteurs, à différents niveaux. Le schéma comprend aussi bien la remontée et l'échange des données que la rétro-information.

Le système d'information développe les démarches à suivre pour mettre en place un système permettant de faciliter la collecte, la transmission et l'utilisation des données entre les niveaux décentralisés et le niveau central. Le système d'information comprend également les outils de collecte, les logiciels de stockage et de traitement des données, ainsi qu'un plan de renforcement des capacités nécessaire pour assurer la fonctionnalité du système.

Banque mondiale. L'Équipe aide les pays à recueillir des données d'observation et à les utiliser. GAMET collabore étroitement avec ONUSIDA et d'autres partenaires pour aider à renforcer les capacités nationales et les systèmes de suivi et d'évaluation dans les pays.

³ Créé en 2002, l'Équipe chargée du suivi et de l'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde (GAMET) opère à partir du Programme de lutte contre le VIH/SIDA dans le monde de la

La stratégie de diffusion des données définit les différents canaux disponibles pour transmettre les informations aux différents groupes cibles, que ce soit les décideurs, les partenaires et le grand public, afin que ces données demeurent à la base du processus de prise de décision.

Le plan de mise en œuvre du système de Suivi et Evaluation détaille les activités, ainsi que les budgets nécessaires pour sa mise en œuvre.

Tous les éléments constituant le système ont fait l'objet d'un consensus national obtenu lors des réunions de travail réunissant des représentants du Secrétariat Exécutif/Comite National de Lutte contre le Sida, les partenaires nationaux et internationaux, la société civile et les représentants des Personnes Vivant avec le VIH.

Résultats

Le Plan de Suivi Evaluation National, 2007-2012, de Madagascar est désormais disponible. Il comprend les principaux éléments décrits plus haut. Il est également accompagné des outils de collecte à utiliser à tous les niveaux. Une large diffusion a été entreprise au niveau régional pour une appropriation locale.

Le système de Suivi et Evaluation est décentralisé, et permet d'utiliser les données non seulement à leur niveau de collecte, mais aussi pour gérer et/ou prendre des décisions. Il est également apparu que sa mise en œuvre nécessite un renforcement des capacités des partenaires.

La collecte de données se fait depuis la base, et le circuit de données est clairement défini alors que dans le système antérieur, les responsables au niveau régional étaient chargés de collecter les informations pour les communiquer au niveau central. Désormais, chaque niveau est informé de ce plan, du circuit de données et les outils à utiliser à chaque niveau sont standardisés. Ainsi, les données reçues sont de plus en plus complètes et précises. Néanmoins, il y a encore un grand effort à fournir pour renforcer les capacités à l'utilisation des outils de collecte et pour améliorer le taux de rapportage.

Madagascar a retenu deux types d'indicateurs:

- ✘ 30 indicateurs clés, considérés comme les plus importants, qui reflètent les progrès dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National et servent d'outils de communication en direction du grand public
- ✘ 39 indicateurs complémentaires qui permettent une analyse plus spécifique des résultats et sont utilisés principalement par les prestataires de services pour le monitoring de leur programme.

Le nouveau système est axé sur les résultats. Il comporte un plus grand nombre d'indicateurs de résultats qui ont été définis de façon consensuelle avec les acteurs, ce qui n'a

pas été le cas auparavant. De ce fait, les acteurs comprennent mieux les objectifs à atteindre.

Figure 6 Activité de sensibilisation dans un village



Leçons apprises et défis

► Importance d'outils adéquats de recherche pour obtenir des informations nécessaires à la planification, la programmation et l'évaluation

Les données et les outils présentés dans cet article, la cartographie de vulnérabilité des communes, le profil épidémiologique et le système de suivi et d'évaluation, ne représentent pas une fin en soi mais ils fournissent les éléments nécessaires à une première étape de priorisation des zones et des groupes cibles. Ils constituent la base de l'élaboration des stratégies.

Les ressources financières disponibles et le manque de temps n'ont pas permis de couvrir toutes les communes avec la collecte de données. Toutefois, les recherches entreprises ont permis d'identifier une bonne partie des communes vulnérables et de répertorier les informations manquantes pour établir une feuille de route et une liste d'enquêtes pour le futur. Ces informations seront nécessaires pour actualiser la cartographie du risque et affiner le profil épidémiologique du pays.

Les profils épidémiologiques devront être régulièrement actualisés. En effet, une des caractéristiques de la cartographie de la vulnérabilité réside dans sa variation dans le temps et dans l'espace. Un certain nombre d'informations manquent encore pour établir un profil épidémiologique complet du pays. Un constant travail de suivi doit être effectué à ce niveau.

Bien que des progrès certains aient été accomplis, Madagascar continue de mener des efforts en matière de recherche de données.

► **Choix Méthodologiques**

Dans un pays à faible prévalence comme Madagascar, la détermination du profil réel de l'épidémie pour une bonne prise de décision stratégique, se heurte à des problèmes de méthodologie :

- ⌘ Doit-on continuer se baser sur la séroprévalence chez les femmes enceintes?
- ⌘ Faut-il suivre des groupes considérés comme les plus à risque tels que les travailleurs de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes?

Chaque démarche a ses avantages et ses inconvénients. Toutefois, les seules données disponibles sont des données au niveau national, et peu utile pour une planification à la base (région, district, commune) là où les choses se passent réellement. La réalisation d'enquêtes plus spécifiques au niveau de la région, du district ou de la commune nécessite la mobilisation de ressources financières importantes dont le pays ne dispose pas. De surcroît, même si des ressources financières venaient à être disponibles, un arbitrage rationnel de leur utilisation veillerait à ce qu'elles soient utilisées là où elles permettent réellement de sauver des vies et ce, dans le souci de faire en sorte que «l'argent travaille de manière efficiente».

► **Les échanges d'expériences et la création de solides équipes techniques pour la partie analytique sont essentiels pour obtenir des résultats de qualité**

L'appui technique des experts nationaux et internationaux qui ont apporté des expériences similaires menées dans d'autres pays, a été déterminant pour aboutir aux résultats escomptés. Chacun des acteurs a également apporté une contribution spécifique selon leur spécialité et leur expérience. Il est important de créer, au niveau national, une solide équipe technique qui sera responsable du travail analytique.

► **L'implication de toutes les structures décentralisées est une des clés de la réponse face à l'épidémie du VIH et du sida**

L'approche participative utilisée dans les différentes actions menées a été un succès. Cette approche a permis aux différents acteurs de s'approprier la réponse et de mieux comprendre le processus d'élaboration de la stratégie nationale de la lutte, ainsi que leurs responsabilités au sein de la stratégie.

En effet, toutes les structures de coordination, à tous niveaux, doivent exécuter judicieusement leurs rôles. D'une part, l'instance de coordination nationale joue le rôle de stimulateur, de facilitateur et de cadrage national. D'autre part, les structures décentralisées assurent l'attribution et la contribution pour atteindre des objectifs qui nécessitent une ample appropriation des autorités et des responsables locaux. L'adhésion de la population locale s'exprime par leur conviction et leur motivation relative aux défis qu'ils ont définis.

Conclusion

Il ne faut pas s'attendre à ce que tout soit parfait et que toutes les méthodologies scientifiques testées soient disponibles pour asseoir une stratégie efficace de réponse face aux IST, au VIH et au Sida. Le VIH n'attend pas et il faut répondre rapidement. Il faut avoir une approche pragmatique et être disposé à apprendre dans une logique d'actions basées sur les évidences. Il est crucial de comprendre la logique de propagation du VIH et d'élaborer des stratégies de riposte conséquentes. Pour ce faire, il faut mettre en place tous les outils de recherche nécessaires pour le rapportage des progrès réalisés et la capture des meilleures pratiques.

En ce qui concerne la situation épidémiologique inhabituelle de Madagascar et le manque de données s'y rapportant, l'outil de cartographie de vulnérabilité, le document de profil épidémiologique et les produits du système de suivi et d'évaluation constituent des outils d'information importants à utiliser à des fins stratégiques.

Sur la base de ces données, une attention particulière est portée sur les communes classées fortement vulnérables, celles moyennement vulnérables, et les groupes répertoriés comme les plus à risque. Les actions de lutte sont renforcées dans ces communes et vers ces groupes cibles sans pour autant minimiser les activités dans les autres communes et au niveau de la population générale. Grâce à ces nouvelles données, la priorisation d'allocation des ressources est désormais effectuée selon les critères de vulnérabilité des communes et des populations cibles.

En conclusion, la mise en œuvre de travaux analytiques a permis de dynamiser les actions de lutte et de catalyser les efforts des différentes parties prenantes à la base. Désormais, l'orientation des activités des différents programmes se fait en fonction des résultats fournis par l'évaluation de performance des interventions.

Madagascar en bref

Localisation: Madagascar est situé dans le Sud-ouest de l'Océan Indien et est séparé du continent africain par le canal du Mozambique.

Superficie: la superficie de la «Grande Ile» est de 587 401 km². Elle s'étend sur une longueur de 1 500 kilomètres et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur et comprend plus de 5 000 kilomètres de côtes baignées, à l'Ouest, par le canal de Mozambique et, à l'Est, par l'Océan Indien, avec des petites îles dont les plus importantes sont Nosy Be et Sainte Marie.

Population: Au 30 juin 2006, la population de Madagascar était estimée à 17,8 millions d'habitants, dont environ 70% vivent en milieu rural, près de 5% dans la capitale et 25% dans les autres milieux urbains. Elle est essentiellement composée de groupes de population d'origine africaine et indonésienne et comprend des sous-groupes de population d'origine indienne et chinoise. Le pays est uni dans cette diversité par une même langue, le Malagasy, qui ne connaît que de faibles variations dialectales.

Division administrative: L'île était, jusqu'en 2003, divisée en six provinces administratives autonomes. Elle comprend maintenant vingt deux régions administratives. Les régions, sont à leur tour découpées en 116 districts et 1549 communes, qui sont elles-mêmes divisées en quartiers (Fokontany), constituant l'unité administrative de base.

Espérance de vie à la naissance: La baisse continue de la mortalité infantile et juvénile a fortement contribué à améliorer la longévité de la population malgache. Évaluée à 52,1 ans en 1993, l'espérance de vie à la naissance a atteint 55,5 ans en 2005.

Indice synthétique de fécondité: En dépit de la baisse enregistrée, la fécondité des femmes malgaches demeure élevée, chaque femme donnant naissance, en moyenne, à 5,2 enfants. Toutefois, une disparité importante existe entre milieu urbain et milieu rural : l'indice synthétique de fécondité est de 3,7 enfants par femme en milieu urbain contre 5,7 en milieu rural.

Alphabétisation: Reconnaissant l'éducation et l'alphabétisation comme des fondements du développement humain durable, le pays a déployé des efforts considérables dans ce domaine. Le taux d'alphabétisation des adultes malgaches est passé de 58% en 1990 à 63% en 2005. L'écart entre les milieux urbain et rural est considérable mais la différence entre les sexes est relativement faible.

PIB/habitant: Avec un PIB par habitant évalué à (PPP \$US) 923 en 2005. Madagascar fait face au défi majeur de la réduction de la pauvreté. En 2003, 74% la population vivait en dessous du seuil national absolu de pauvreté, avec une grande majorité en milieu rural. La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (DSRP) a été mise en œuvre en 2003. Le « Plan d'Action pour Madagascar 2007-2012 » renforce le DSRP et intègre la lutte contre le VIH/Sida. Le Plan d'Action traduit également la volonté manifeste du pays à sortir de cette situation.

Indice de Développement Humain: Avec un IDH évalué à 0,533 en 2007, Madagascar est classé 143^{ème} sur 177 pays. Toutefois, il convient de noter une évolution croissante de l'indice du pays (0,400 en 1975).

Figure 7 Un Port



Références

- Comité National de la Lutte contre le Sida/Secrétariat Exécutif, « Plan stratégique national de la lutte contre le VIH et le Sida à Madagascar, 2007 – 2012 ». Madagascar 2007.
- Comité National de la Lutte contre le Sida/Secrétariat Exécutif, « Plan de suivi évaluation national de la lutte contre le VIH et le Sida à Madagascar ». Madagascar 2007.
- Comité National de la Lutte contre le Sida/Secrétariat Exécutif, « Document sur les communes vulnérables face à la propagation du VIH à Madagascar ». Madagascar 2007.
- Professeur Justin Ranajalahy Rasolofomanana, Docteur Andriamampianina Ralisimalala. « Guide méthodologique de la cartographie du risque de diffusion des IST/ VIH / SIDA a Madagascar, les facteurs de vulnérabilité liés à la mobilité géographique», INSPC (Institut Sanitaire Publique Communautaire), Madagascar 2006.
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement), « Guide du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats » PNUD 2002.
- ONUSIDA, "Les Trois Principes Directeurs", 2004.
- Rosalía Rodríguez-García et Jody Zall Kusek, "Manuel de Planification et de Gestion Axée sur les Résultats en matière de VIH/SIDA», Programme de lutte contre le VIH/SIDA dans le monde de la Banque mondiale, 2008

Les auteurs :

Fenosoa ATSIMANETRIMANANA, Secrétaire Exécutif du Comité National de Lutte contre le VIH et le Sida de Madagascar (SE/CNLS),

D. Hajarijaona RAZAFINDRAFITO, Adjoint du SE/CNLS chargé des Stratégies et des Opérations,

Patricia RAKOTONDRABE, Chef de l'Unité Suivi et Evaluation,

Anicet RANDRIANTSALAMA, Chef de l'Unité communication ont participé à la rédaction de cet article.

Les auteurs apprécient les précieuses contributions de:

Jacqueline Dubow, Eric Gaillard, Ando Raobelison, Adjaratou N'Diaye, Rosalia Rodriguez-Garcia, Maryanne Sharp - GAMET et ASAP, Banque mondiale.

Sétou Kaba, Yves Bourny, Karianne Bye - ONUSIDA, Madagascar.

Jocelyne Andriamiadana, Jean-Paul Tchupo - USAID

Nicolas Meda - ONUSIDA, ASAP

Spes Ntabanga - OMS.

Source pour les photos : SE/CNLS-Madagascar 2007

Pour plus d'information/suggestions sur la série "Obtenir des Résultats", ou pour obtenir des copies supplémentaires, contacter:

Joy de Beyer – jdebeyer@worldbank.org
Global HIV/AIDS Program

www.worldbank.org/aids > **Getting Results**

Mars 2008

