



CHAPITRE 7

VIH/SIDA

Article 27



Sensibilisation sur le VIH et le SIDA, Bongatsara.
Photo: Zotonantenaina RAZANADRATEFA

Points clés

- Madagascar est l'un des pays de la SADC ayant un taux de prévalence de VIH/Sida inférieur à 1% dans la population générale mais qui tend à croître (0.13 % en 2003 contre 0.4% en 2013).
- L'épidémie de VIH à Madagascar est de type concentré. On le retrouve chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (14.7%), les consommateurs des drogues injectables (7.1%) et les professionnelles du sexe (1.3%).
- La prise en compte du genre dans les interventions de lutte contre le VIH/Sida, telle qu'énoncée dans le PSN pour 2013-2017, est trop globale pour agir de façon spécifique sur les facteurs de vulnérabilité des femmes et des hommes. Ceci risque d'en réduire l'efficacité et l'impact.
- Les pourcentages de femmes (23%) et d'hommes (26%) qui ont une connaissance étendue du VIH/SIDA, ont peu évolué.
- En 2012, les femmes sont plus nombreuses (64%) parmi les nouvelles infections et sont infectées à un âge significativement plus jeune que les hommes. Par contre, les estimations en 2014 indiquent un taux plus élevé d'hommes parmi les PVVIH (53%) sauf dans la tranche d'âge des 15-24 ans (48%).
- En 2013, la prévalence du VIH est particulièrement élevée chez les HSH (14.7%)
- Parmi les PVVIH estimées comme ayant besoin d'ARV, seule une infime partie y a accès en 2014 (2%) ; lorsqu'on fait le décompte des PVVIH dans la file active, 49 % y ont accès dont 67% sont des femmes.
- Madagascar a le plus faible taux de couverture de femmes enceintes recevant le traitement prophylactique pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (PTME 3% en 2014).
- Même si la politique de prise en charge des PVVIH prévoit un support étatique à l'endroit des familles, sa concrétisation n'est pas encore effective.
- Madagascar a enregistré le taux de SGDI le plus bas (27%), le classant à la 14ème place sur les 15 pays de la SADC.
- Par contre la CSC lui attribue un score de 71%, le mettant au septième rang.

Tableau 7.1: Tableau des tendances - VIH/Sida

Paramètres	2009	2010	2011	2012	2013	2014
REPARTITION DE L'INFECTION AU VIH						
Le plus fort pourcentage de femmes	Namibie (68%)	Angola (61%)	Angola (61%)	Angola (61%)	Mozambique (63%)	Tanzanie (61%)
Le plus faible pourcentage de femmes	Maurice (15%)	Maurice (19%)	Maurice (19%)	Maurice (19%)	Maurice (20%)	Maurice (28%)
FEMMES ENCEINTEES SEROPOSITIVES RECEVANT LA PTME						
Pays avec la couverture la plus élevée	Maurice (100%)	Seychelles (99%)	Seychelles (99%)	Seychelles (100%)	Seychelles (95%)	Maurice (96%)
Pays avec la couverture la plus basse	RDC (4%)	Madagascar (2%)	Madagascar (2%)	Madagascar (3%)	RDC (6%)	Madagascar (3%)
SCORES						
SGDI	n/a	n/a	47%	55%	55%	53%
CSC	63%	53%	60%	62%	71%	72%

Source: Gender Links 2014.

Selon l'ONUSIDA 35,5 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH/Sida. Cependant, il y a eu des réductions du nombre de décès liés au Sida et des nouvelles infections, y compris les nouvelles infections d'enfants à cause d'une augmentation de la couverture¹ de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME).

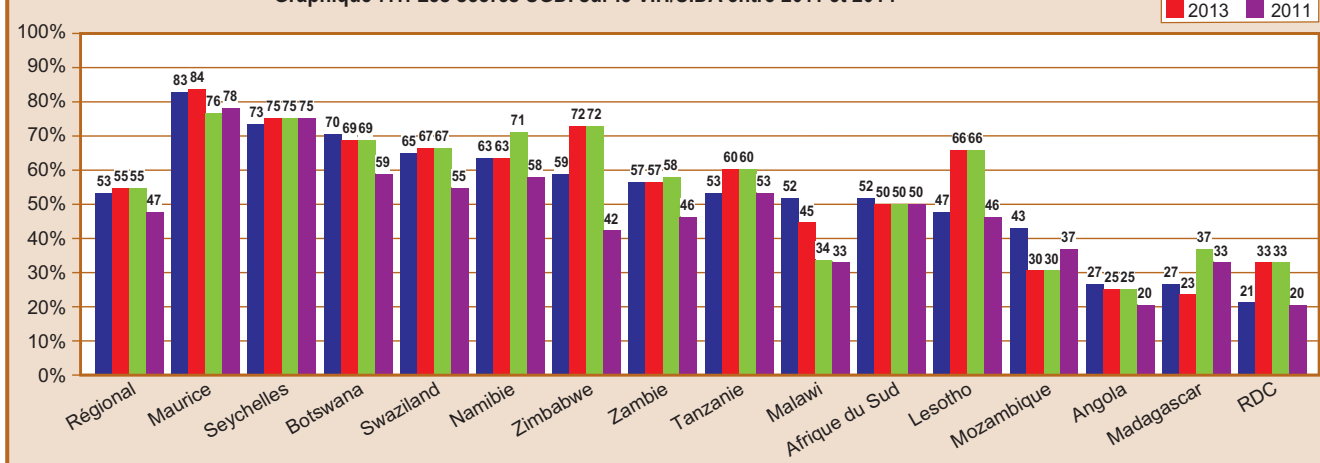
La SADC représente 55% de la population totale des personnes vivant avec le VIH en Afrique australe et 38% du nombre total dans le monde entier. La SADC représente également 50% des enfants vivant avec le VIH en Afrique australe et 45% du nombre total mondial². Selon les statistiques disponibles, les pays ayant la plus forte prévalence du VIH sont des pays de la SADC (trois pays ont des taux de prévalence supérieurs

à 20% et six ont des taux de prévalence entre 10 et 19%).³

A un an de l'échéance de 2015, la pandémie du VIH/Sida continue d'avoir un énorme impact sur la vie des gens de la SADC, en particulier des femmes. Les pays de l'Afrique australe utilisent les derniers outils et technologies pour s'assurer que la pandémie ne se répande plus davantage. Des pays comme la Zambie, le Botswana, la Namibie et le Swaziland ont veillé à ce que 80% de la population touchée ait accès aux traitements antirétroviraux.

Le SGDI est un panier d'indicateurs composites incluant des données désagrégées par sexe sur le VIH et le Sida; la prévalence; les femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement PTME.

Graphique 7.1: Les scores SGDI sur le VIH/SIDA entre 2011 et 2014



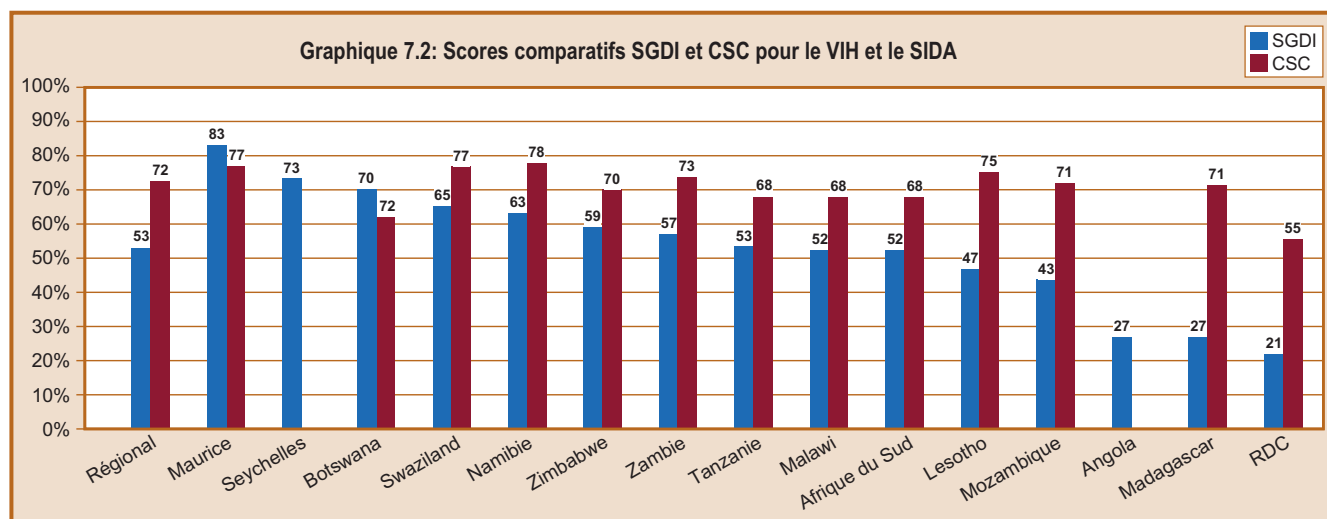
Source: Gender Links 2014.

¹ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf
² UNICEF. State of the World's Children 2013, Statistical Tables. Table 4. <http://www.unicef.org/sowc2013/statistics.html> consulté le 1er Juillet 2014.
³ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf consulté le 18 Juillet 2014.

Le graphique 7.1 montre les scores comparatifs de SGDI entre 2011 et 2014. Le score moyen du SGDI qui a augmenté pour passer de 47% à 55% entre 2011 et 2012, a été constant en 2012-2013 pour diminuer et passer à 53% entre 2013 et 2014. La comparaison entre la plupart des pays montre une amélioration entre 2011 et 2013. Depuis, l'amélioration a ralenti et, en 2014, elle a même diminué dans sept pays. Ainsi, Maurice, les

Seychelles et le Botswana ont enregistré les scores SGDI les plus élevés et l'Angola, Madagascar et la RDC ont enregistré les scores les plus bas.

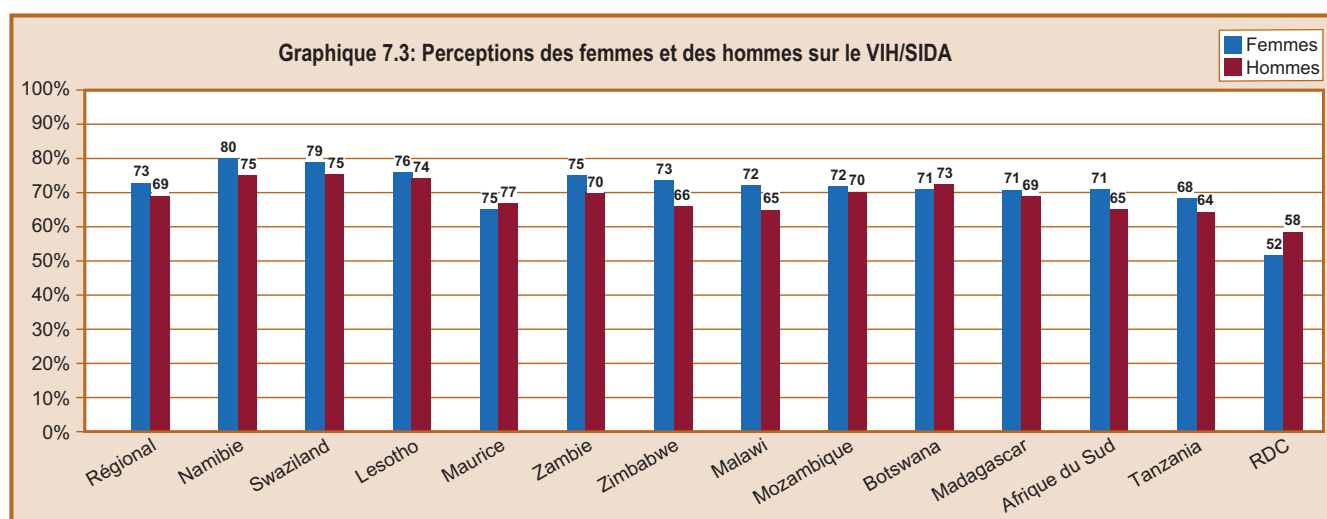
La Carte de Score des Citoyens est basée sur la perception par les citoyens de la qualité des services qu'ils reçoivent de leurs gouvernements.



Source: Gender Links 2014.

Le graphique 7.2 montre la comparaison entre le SGDI et la CSC. Le score moyen de la CSC a légèrement augmenté entre 2013 (71%) et 2014 (72%). Les scores CSC sont assez similaires dans la région (avec un score

plus élevé (78%) en Namibie et le plus bas (55%) en RDC. La CSC de Madagascar a donné un score qui est passé de 67% en 2012 à 71% en 2014, après un pic de 75% en 2013.



Source: Gender Links 2014.

Le graphique 7.3 montre que les femmes et les hommes ont des perceptions similaires sur leur gouvernement par rapport aux services offerts pour le VIH/Sida. La moyenne régionale est de 73% pour les femmes et de 69% pour les hommes. La moyenne générale de 72%

est proche de celle de 2013 (71%). Dans trois pays, les scores chez les hommes sont plus élevés que chez les femmes. Madagascar fait partie des dix pays qui ont des scores plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Contexte

La pandémie du VIH/Sida a façonné l'agenda du développement en Afrique depuis plus de trois décennies. Bien que le continent soit encore loin de l'éradication totale du VIH, de fortes sommes d'argent et un énorme engagement des gouvernements, des communautés, des bailleurs de fonds et de la société civile, commencent à réduire lentement l'impact de l'épidémie. Dans la région de la SADC, les effets de ces interventions deviennent de plus en plus visibles. Des pays tels que le Zimbabwe ont augmenté le nombre de femmes enceintes séropositives à recevoir un traitement antirétroviral pour réduire la transmission de la mère à l'enfant, faisant grimper le pourcentage qui de 22% en 2007, est passé à 93% en 2014.⁴

L'impact du VIH se fait sentir à tous les niveaux de la société - des ménages vers la région toute entière.

En 2011, environ 1.7 million de personnes dans le monde mouraient de maladies opportunistes liées au Sida, et depuis le début de l'épidémie, plus de 16 millions d'Africains sont morts de maladies liées au Sida. En 2011, 7 millions des 15 millions d'enfants en Afrique qui avaient perdu un ou deux parents à cause du Sida vivaient dans les pays de la SADC.⁵ Chez Les ménages touchés par le VIH/Sida, on a souvent assisté à une régression ou à la perte totale des revenus, une désintégration de la famille, une hausse du décrochage scolaire, surtout chez les filles et une augmentation disproportionnée de la charge de travail domestique sur les épaules des filles et des femmes âgées, augmentant leur vulnérabilité à une nouvelle infection au VIH.

Intensification des efforts mondiaux pour éliminer le VIH et le Sida : l'intensification des efforts mondiaux et nationaux pour dispenser des soins et mener des campagnes de prévention ont changé le cours de la pandémie de VIH. Ceci se traduit par moins de nouvelles infections, une augmentation exponentielle du nombre de personnes sous traitement antirétroviral et des baisses marquées du nombre de décès liés au Sida.

L'Afrique australe continue à être la région la plus durement touchée par l'épidémie : Malgré les énormes gains dans la réduction de nouvelles infections au VIH, la région de la SADC demeure l'épicentre de la

pandémie mondiale de VIH avec des taux de prévalence beaucoup plus élevés que partout ailleurs dans le monde. Cependant, la pandémie varie à travers la région de la SADC avec une étendue d'épidémies hétérosexuelles généralisées dans de vastes zones de la région où les taux de prévalence ont diminué, et des épidémies plus concentrées à Maurice, aux Seychelles et à Madagascar auprès de populations spécifiques. Il s'agit notamment des professionnelles du sexe (PS), des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes qui s'injectent de la drogue (CDI), les prisonniers et les marins. En 2014 à Madagascar, la prévalence de l'infection au VIH était de 14.7% chez HSH, 7.1% chez les CDI et 3% chez les PS.



VIH/Sida : Un combat pour tous.
Photo: Zotonantenaina RAZANADRATEFA

Les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection du VIH dans la région :

Les femmes représentent 58% des PVVIH dans la région de l'Afrique australe et les femmes soignant les PVVIH restent disproportionnellement plus vulnérables à l'infection que les hommes. Dans la région, les femmes sont infectées cinq à sept ans plus tôt que les hommes. En Afrique australe, les femmes âgées entre 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les hommes dans la même tranche d'âge. Si les jeunes femmes et les adolescentes avaient le pouvoir et les moyens de se protéger, le visage de la pandémie dans la région aurait changé. Le taux de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes femmes régresse dans 26 pays. Toutefois, ces gains sont fragiles et doivent être soutenus.⁶ A Madagascar, les données disponibles indiquent qu'il y avait plus de nouvelles infections chez les femmes en 2012 (64%). Dans la tranche d'âge des 15-24 ans, les femmes constituent 70% des nouvelles infections. Elles sont infectées à un âge significativement plus jeune que les hommes: entre 2004 et 2009, l'âge moyen des femmes infectées était de 26 ans contre 30 ans pour les hommes. En 2014, on estime le nombre de PVVIH à 54 170 dont 53% sont des hommes. Au niveau de la tranche d'âge des 15-24 ans, les femmes sont plus nombreuses (52%).

Les facteurs aggravant les risques d'infection pour les femmes sont:

- L'incidence élevée des relations sexuelles avec des personnes plus âgées (des jeunes femmes qui ont des

⁴ Zimbabwe Global AIDS Response Country Progress Report, 2014.

⁵ UNICEF 2013, State of the World's Children 2013, table 4 <http://www.unicef.org/sowc2013/statistics.html> (last accessed 1 July, 2014).

⁶ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf accessed 18 July, 2014.

- relations sexuelles avec des hommes plus âgés veut dire un très haut risque de contracter le VIH) ;
- Le pouvoir limité des femmes dans le contrôle des dispositifs et méthodes de prévention contre les IST et le VIH ;
 - Les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination qui ont un impact sur la capacité des femmes à accéder au counselling et au dépistage du VIH et à adhérer au traitement;
 - La violence conjugale ou la peur de la violence, entraînant une faible capacité des femmes à engager des discussions sur les rapports sexuels protégés, même si on sait que le partenaire a d'autres relations non protégées en-dehors de son couple;
 - Les taux élevés de partenariats multiples concurrentiels;
 - Les taux élevés de consommation d'alcool et de drogue et l'utilisation irrégulière du préservatif;
 - L'incidence élevée des viols et des violences sexuelles perpétrés à l'encontre des femmes;
 - Les pratiques culturelles nuisibles soutenues par le patriarcat telles que la polygamie, la purification des veuves, le lévirat, le mariage des fillettes à des hommes plus âgés qui limitent leurs capacités à choisir ce qui peut les protéger contre le VIH.
 - L'inégalité des sexes rend les femmes moins aptes à négocier et définir les relations sexuelles.

Les normes du genre augmentent également la vulnérabilité des hommes au VIH: Les hommes sont souvent encouragés à s'engager dans des comportements à risques élevés et découragés à utiliser les services de santé. Par conséquent, par rapport aux femmes, peu d'hommes se font dépister au VIH; les hommes ont un plus faible accès au traitement que les femmes, ce qui signifie qu'ils ont un faible taux de cellules CD4 au moment où ils cherchent à se faire soigner et ont une mauvaise adhérence au traitement. Cela se traduit par des taux de mortalité plus élevés chez les hommes.⁷ A Madagascar, des données qualitatives datant de 2002 sont disponibles sur cette question.

Une hausse des nouvelles infections chez les partenaires engagés entraîne de graves implications sur la vulnérabilité accrue des femmes: Les données montrent que de nombreuses nouvelles infections du VIH en Afrique australe surviennent chez les couples mariés et concubins dont beaucoup n'ont pas conscience de leur statut du fait qu'ils ne se font pas dépister au VIH et ne se prêtent pas au counselling. Les données sur le milieu urbain suggèrent que 60% des personnes nouvellement infectées via la transmission hétérosexuelle sont mariés ou en situation de concubinage, contre plus de la moitié (50-60%) au Swaziland et estimé entre 35 et 62 % au Lesotho. Au

Botswana, les études indiquent que les femmes vivant en concubinage avec les hommes avaient des taux de prévalence les plus élevés (40%). Ces statistiques soulignent la nécessité d'une intensification des programmes visant un changement de comportement envers les partenariats multiples et simultanés qui utilisent peu le préservatif et qui rendent les femmes plus vulnérables à l'infection du VIH.

Les travailleuses de sexe restent parmi les plus vulnérables à l'infection du VIH : En 2012, une revue des données disponibles dans 50 pays a estimé la prévalence mondiale du VIH parmi les travailleuses de sexe à 12%. Celles-ci sont 13,5 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les autres femmes.⁸ Même dans les pays à forte prévalence de l'épidémie, la prévalence du VIH chez les travailleuses de sexe est plus élevée que dans la population générale. Le Swaziland, pays qui fait partie de la SADC, a présenté des données sur la prévalence chez les travailleuses du sexe dans le rapport mondial 2012 de l'ONUSIDA. Ce pays a une prévalence du VIH chez 70% des travailleuses du sexe contre 26% chez la population générale adulte. Dix-sept des 18 pays où la prévalence du VIH chez les travailleuses de sexe est supérieure à 20% se trouvent en Afrique australe. La prévalence moyenne du VIH chez les travailleuses du sexe en Afrique australe est de 20.5% par rapport à la moyenne mondiale qui est de 3.9%.

La prévalence du VIH est particulièrement élevée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: Bien que l'homosexualité soit criminalisée dans de nombreux pays de la SADC, les données disponibles montrent que la prévalence est beaucoup plus élevée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Globalement, les HSH sont 19 fois plus susceptibles de contracter le VIH que la population des hétérosexuels. A Madagascar, cette prévalence est de 14.7% chez les HSH, contre 0.4% chez les hétérosexuels. A Maurice, elle est plus de 10% chez les HSH contre 1.4% chez les hétérosexuels; en Angola, cette prévalence est de 8% contre 2%; et en RDC, la prévalence du VIH chez les HSH est de 31% contre 4%.⁹ Le Swaziland est le seul pays où la prévalence chez les HSH est plus faible que chez la population générale, soit respectivement 16% et 26%. Une étude internationale a conclu qu'un seul homme sur dix ayant des rapports sexuels avec les hommes reçoit un kit de prévention.

Les HSH souffrent de la stigmatisation et de la discrimination : Bien que répandues en l'Afrique australe comme ailleurs dans le monde, les relations homosexuelles sont fortement stigmatisées dans la région. Cette stigmatisation et homophobie qui en

⁷ UNAIDS Global Report, 2012.

⁸ Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:538-549.

⁹ UNAIDS, 2012. Global Report.

découle, avec de fréquentes violences perpétrées contre les homosexuels, signifie que les HSH et les transsexuels courent un risque plus élevé de contracter le VIH parce qu'ils sont peu enclins à se faire dépister et ont un faible accès au traitement.

Les personnes qui s'injectent de la drogue demeurent vulnérables à l'infection au VIH : Bien que le pourcentage global de la population de la SADC qui s'injecte des drogues soit faible, certains pays ayant un grand nombre de consommateurs de drogues ont une prévalence élevée de VIH dans ce groupe. Par exemple, plus de 50% des consommateurs de drogues injectables à Maurice et 8% à Madagascar, sont séropositifs. Il existe également des données montrant que les femmes qui s'injectent des drogues sont

confrontées à la violence conjugale, aux ennuis avec la police et avec les clients lorsqu'elles font le commerce du sexe, ce qui accroît leur vulnérabilité à l'infection au VIH. Les femmes qui s'injectent des drogues demeurent moins susceptibles d'accéder aux services et si celles vivant avec le VIH/Sida tombent enceintes, elles recourent moins sont beaucoup moins aux services de prévention¹⁰ de la transmission mère-enfant (PTME).

Alors qu'une Déclaration de la SADC sur le VIH/Sida existe déjà, le PSG cherche à aller au-delà des déclarations et conventions précédemment signées par les pays de la SADC. Le PSG fait cela en spécifiant les dimensions du genre dans des délais précis et des objectifs qui peuvent constituer des avantages pour les femmes vivant avec le VIH.

Tableau 7.2: Indicateurs clés du genre et du VIH/SIDA

	Angola		Botswana		RDC		Lesotho		Madagascar		Malawi		Maurice		Mozambique		Namibie		Seychelles		Afrique du Sud		Swaziland		Tanzanie		Zambie		Zimbabwe	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1. Etendue des connaissances complètes sur le VIH et le SIDA (15-24)	25	32	40	33	15	21	39	29	23	26	42	45	80	76	36	34	65	62	67	59	20	30	58	54	44	47	38	41	52	57
2. Prévalence estimée du VIH chez les adultes (15 - 49) HIV %	2.4		21.9		1.1		22.9		0.4		10.3		1.1		10.8		14.3		2.5		19.1		27.4		5		12.5		15	
3. Répartition de l'infection au VIH selon le sexe	59	41	55	45	59	41	59	41	46	54	59	41	28	72	58	42	60	40	42	58	60	58	58	42	61	39	54	46	58	42
4. % de personnes sous traitement ARV (total)	6		90		15		51		3		21		93		12		84		95.2		56		35		65		68		56	
5. % de femmes enceintes séropositives recevant la PTME	14		95		6		62		3		73		96		51		85		95		95		95		77		86		87	

Source: UNGASS 2012 Country progress reports; IAS 2012 Fact sheet on HIV and AIDS in sub-Saharan Africa and South Africa.
Sources: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/#M> accessed 18 June 2014.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx> accessed 18 June 2014.
Source: <http://unstats.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srId=742> accessed 18 June 2014.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf accessed 18 July, 2014.

A Madagascar, le pourcentage de femmes et d'hommes ayant une connaissance complète du VIH/sida n'a pas changé.

¹⁰ UNAIDS, 2012.

Politiques



Les États membres doivent prendre toutes les mesures pour adopter et appliquer des politiques et des programmes sensibles au genre, et adopter des lois qui porteront sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien en conformité à la Déclaration de Maseru sur le VIH et le Sida, mais sans s'y limiter.

Il n'y a aucune date butoir pour cette disposition mais elle est au cœur des interventions contre le VIH. Les politiques fournissent un cadre pour lutter contre la pandémie en mettant l'accent sur la prévention.

En matière de politique pour faire face à l'épidémie du VIH/Sida, Madagascar dispose de plusieurs instruments stratégiques. Le Plan Stratégique National (PSN) a connu plusieurs révisions depuis sa première version en 1987-2000, la dernière actualisation ayant eu lieu en 2010 couvre la période 2013-2017. La Stratégie nationale de communication pour 2004-2006 a aussi été réactualisée pour 2009-2012. En 2005, Madagascar a mis en place la Politique nationale sur la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (2005), ainsi que la politique nationale sur les conseils et tests de dépistage volontaires de l'infection au VIH/SIDA. La politique de prise en charge des PVVIH (2003), ainsi que le Plan national de riposte au VIH/SIDA pour les populations les plus exposées à l'infection par le VIH/SIDA 2007-2012, complètent ces instruments, outre le plan de suivi et l'évaluation actualisés de 2013-2017. Ils incluent aussi la loi 2005-040 relative à la lutte contre le VIH, le Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH et le Sida, complétée par le décret 2006- 905 en vue de son application.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) coordonne la lutte contre le VIH/ Sida. Le processus d'élaboration du PSN 2013-2017 a impliqué la société civile et comprenait entre autres des réseaux et des organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, des femmes, de jeunes personnes, des groupes clés affectés, des organisations confessionnelles, des organisations fournissant des services liés au VIH/SIDA, des organisations communautaires, des professionnels du sexe, des organisations pour les droits humains. Avec l'appui du PNUD, le groupe de travail en charge de la formulation de ce PSN a bénéficié d'une formation sur l'approche basée sur le genre et les droits humains. En juin 2012, l'appui de personnes ressources nationales a permis le processus de traduction en actions des études faites sur le genre et le VIH/SIDA à Madagascar. Le PSN 2013-2017 vise « l'Objectif Zéro » en 2015 (zéro nouvelle infection, zéro discrimination, zéro décès lié au VIH/SIDA). La prise en compte de la dimension du genre dans ce nouveau PSN est formulée comme suit : « Les actions relatives aux objectifs sur la dimension genre, le droit humain et l'intégration des services sont pris en considération dans les interventions du fait de leur transversalité ».



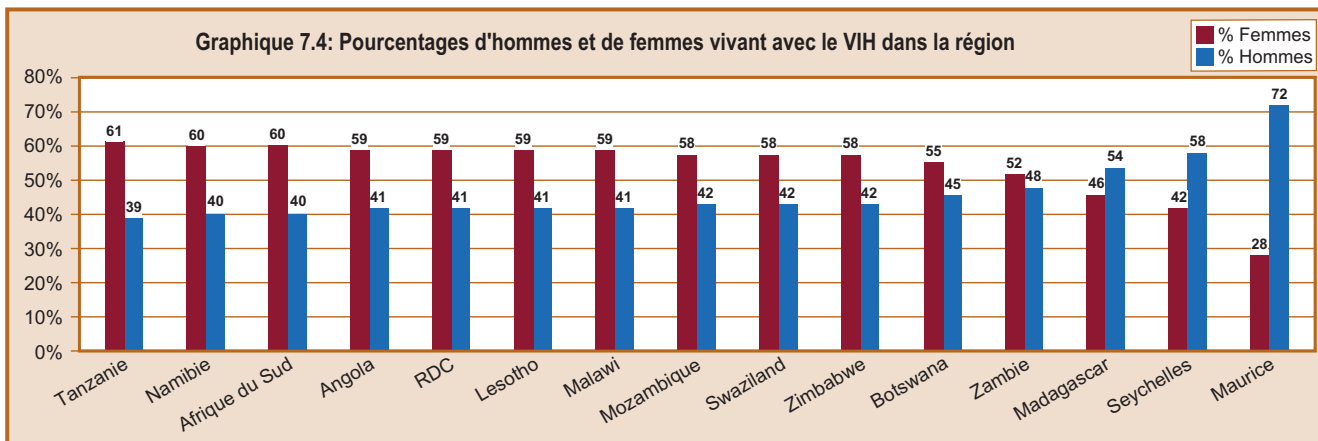
Sensibilisation sur le VIH et le SIDA Madagascar 2014.

Photo: Zotonantenaina Razanadratafa

Prévention



Le Protocole requiert que d'ici 2015, les Etats membres développent des stratégies sensibles au genre pour prévenir de nouvelles infections, en tenant compte du statut inégal des femmes et en particulier la vulnérabilité de la fillette, de même que les pratiques nuisibles et les facteurs biologiques qui font que les femmes constituent la majorité des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.



Source: <http://lkff.org/global-indicator/women-living-with-hiv/aid/> - accessed 18 June 2014.

Le graphique 7.4 montre que les femmes restent plus touchées par le VIH que les hommes. Dans 12 des 15 pays de la SADC, Madagascar fait partie des trois pays où il y a plus d'hommes vivant avec le VIH que les femmes. Dans ces trois pays, l'épidémie de VIH est concentrée dans les populations clés comme les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans tous les pays, l'écart se réduit entre le pourcentage d'hommes et de femmes vivant avec le VIH.

Selon l'ONUSIDA les femmes constituent environ 58% des quelque 35,5 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde. En outre, on estime que 37 000 femmes meurent chaque année du VIH et des complications de grossesse dans les pays à faibles et moyens revenus.¹¹

La connaissance complète et précise du VIH et du SIDA est fondamentale pour s'assurer que les citoyens utilisent les services et s'engagent dans des comportements sexuels responsables. La connaissance reste encore faible chez les jeunes femmes et hommes (tranche d'âge des 15-24 ans) dans les pays de la SADC, avec des lacunes

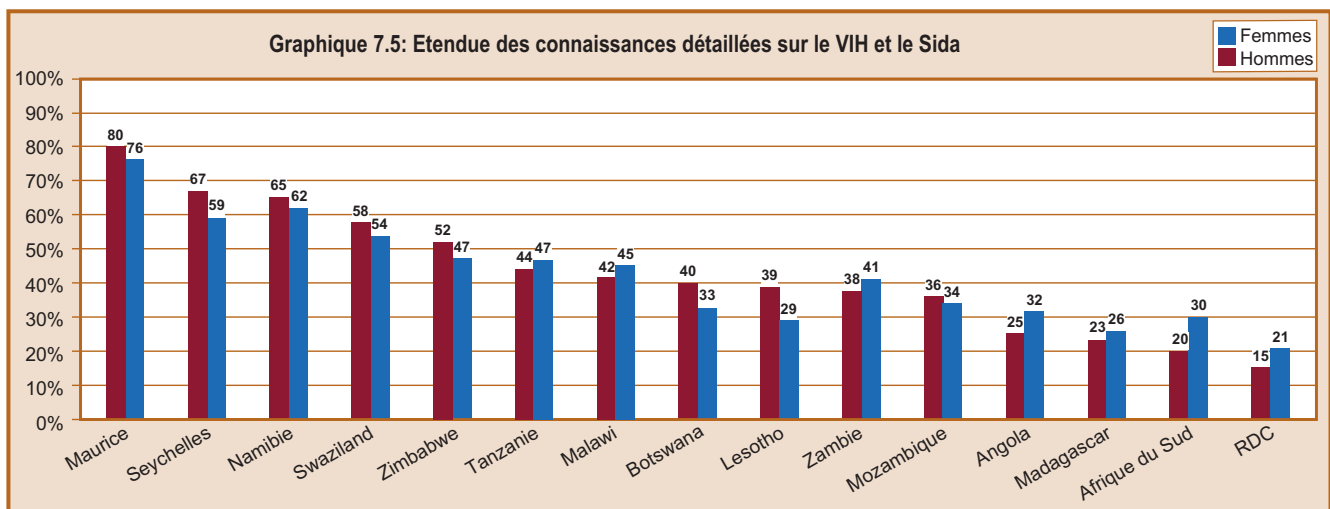
importantes même dans les connaissances de base sur le VIH et sa transmission. Ainsi, l'éducation sexuelle adaptée à l'âge doit être intégrée. A Madagascar, en 2012, seulement 23% de femmes et 26% d'hommes âgés de 15 à 24 ans avaient une connaissance complète du VIH/Sida (ENSOMAD/INSTAT 2012-2013).



Laboratoire de dépistage du VIH à Madagascar 2013.

Photo: Zotonantenaina Razanadratafe

¹¹ UNAIDS 2014.



Source: <http://unstats.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=742>
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/data.aspx> - accessed 18 June 2014.

Il y a de grandes différences dans les connaissances sur le VIH et le SIDA entre les pays:

Le graphique 7.5 montre que la connaissance la plus complète sur le VIH et le Sida se trouve à Maurice où 80% des femmes et 76% des hommes en sont informés. C'est seulement dans quatre pays - Maurice, les Seychelles, la Namibie et le Swaziland (tous relativement peu peuplés) que plus de 50% d'hommes et de femmes ont une connaissance complète du VIH et du SIDA. Madagascar fait partie des huit pays où la connaissance n'atteint même pas les 40% aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Des données anecdotiques démontrent que cette image déprimante est encore aggravée par de fortes disparités dans la connaissance entre les jeunes ruraux et jeunes urbains, entre les groupes socio-économiques supérieurs et les groupes inférieurs, et entre ceux qui ont un niveau d'éducation plus bas et ceux qui l'ont plus élevé. C'est particulièrement inquiétant dans une région avec la plus forte prévalence du VIH. Par rapport à l'effort qui a été investi dans des campagnes d'éducation et d'information pendant de nombreuses années, c'est un résultat médiocre et qui appelle à une réévaluation sérieuse des stratégies.

L'écart entre les connaissances des femmes et celles des hommes est relativement faible :

La forte disparité concernant les connaissances approfondies des femmes sur le VIH et celles des hommes se situe en Afrique du Sud où les femmes ont 10 points de pourcentage de moins que les hommes et au Lesotho où les hommes ont 10 points de pourcentage de moins



Animation culturelle de sensibilisation sur le VIH et le Sida Madagascar, 2014.
 Photo: Zotonantenaina Razanadratafa

que les femmes. Les femmes ont un score plus élevé que les hommes à Maurice, aux Seychelles, en Namibie, au Swaziland, au Zimbabwe, au Botswana, au Lesotho et en Mozambique contrairement aux autres pays restants où il y a de plus faibles pourcentages chez les femmes que chez les hommes. A Madagascar, l'écart est de trois points de pourcentage en faveur des hommes.

Des moyens de prévention efficaces contre le VIH signifient investir dans les collectivités :

Un certain nombre de facteurs sociaux et médicaux ont contribué à une réduction des nouvelles infections dans la région. Une étude réalisée en 2013 pour le compte de la Banque Mondiale¹² et intitulée *Investing in Communities Achieves Results*, indique que l'accroissement des

¹² Rosalía Rodríguez-García, René Bonnel, David Wilson and N'DellaN'Jie (2013) *Investing in Communities Achieves Results*. Geneva: World Bank.

connaissances sur le VIH, grâce à des activités communautaires et la sensibilisation, contribue à accroître l'adoption du counselling et du dépistage, la demande pour le traitement antirétroviral (ARV) et la réduction du taux de prévalence.

Des preuves montrent que les programmes de prévention du VIH pourraient avoir un impact sur les comportements sexuels : En Afrique australe, l'ONUSIDA a trouvé une tendance dans le comportement sexuel à moindre risque chez les jeunes hommes et les jeunes femmes (15-24 ans) entre 2000 et 2007. Une étude en 2008 sur les modes de transmission et une synthèse épidémiologique au Swaziland suggèrent que le nombre d'hommes ayant des partenaires multiples a chuté grâce à une campagne de sensibilisation publique.

Les femmes sont plus susceptibles de se soucier de leur statut sérologique : le dépistage du VIH, les services conseils et de prévention dans des contextes prénataux offrent une excellente occasion non seulement pour empêcher que les nouveau-nés ne contractent l'infection mais aussi pour protéger et améliorer la santé des femmes infectées par le VIH. Dans de nombreux pays dans lesquels les données sur les tests de dépistage ont été rapportées, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes de vouloir connaître leur statut sérologique, principalement en raison de la disponibilité de tests. Les opportunités pour les programmes qui encouragent les tests conjoints par rapport à une femme séropositive et son mari dans le cadre d'un programme de PTME existent également, de sorte que les services de traitement et de soins

peuvent être accordés aux deux. La participation des hommes dans les services de PTME est encore limitée dans de nombreux pays et les hommes perçoivent souvent la grossesse et l'accouchement comme une responsabilité de femmes. L'expérience montre que lorsque les partenaires masculins soutiennent la santé des femmes, la stigmatisation est réduite et l'utilisation des services de prévention et de traitement du VIH pour les femmes et les enfants est augmentée. A Madagascar, l'ENSOMAD de 2012-2013 note une certaine réticence de la population à connaître son statut sérologique: seuls 11% des femmes et 7% des hommes âgés entre 15 et 49 ans ont déclaré avoir déjà effectué un test de dépistage au VIH et avoir reçu leur résultat.

Élimination des nouvelles infections du VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie : Suite à sa déclaration politique en 2011, l'ONUSIDA a élaboré un plan mondial pour l'élimination des nouvelles infections du VIH chez les enfants d'ici 2015 et destiné à maintenir leur mère en vie. Le nombre total d'enfants nouvellement infectés a chuté, passant sous la barre des 200 000 dans les 21 pays prioritaires dans le cadre du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections du VIH parmi les enfants et maintenir leurs mères en vie. Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui n'ont pas reçu d'antirétroviraux a diminué de moitié au cours des cinq dernières années, passant de 67% à 32%. Moins de 10% des femmes enceintes vivant avec le VIH n'ont pas reçu un traitement antirétroviral en 2013 dans quatre pays : le Botswana, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland. Cependant, il est préoccupant de voir le nombre presque statique des femmes enceintes séropositives à recevoir un traitement antirétroviral. Parmi les femmes enceintes vivant avec le VIH, on estime que 61% recevaient un traitement antirétroviral à vie ou une prophylaxie au cours de la période de l'allaitement maternel pour réduire la transmission du VIH à l'enfant. C'est une amélioration remarquable de moins de 20% en 2009.¹³

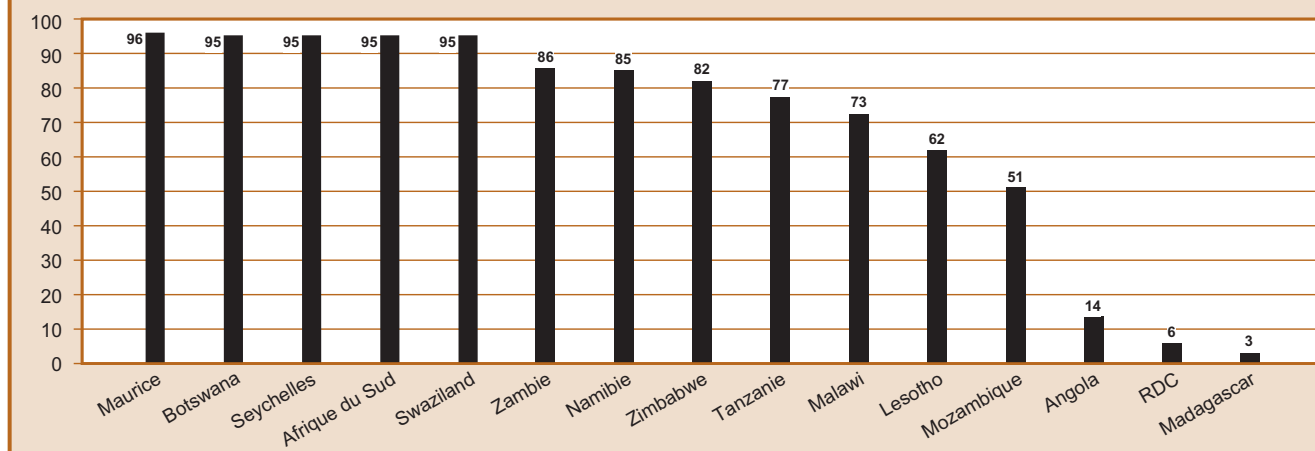


Test de dépistage rapide, Ambohibao, Madagascar, 2013.

Photo: Zotonantenaina Razanadratafa

¹³ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf consulté le 18 Juillet 2014.

Graphique 7.6: Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH sous PTME



Sources: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/#M>
http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/MWI_narrative_report_2014.pdf
http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/TZA_narrative_report_2014.pdf
http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/MDG_narrative_report_2014.pdf
 accessed 18 June 2014

La prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME) s'améliore de façon spectaculaire mais reste encore inégale dans la région :

Le graphique 7.6 indique que cinq pays ont une couverture PTME de 95% tandis que la Zambie a une couverture de 86% et la Namibie de 85%. Ces pays ont déjà atteint l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé qui demande aux pays d'avoir une couverture de 80%. Ils pourraient bientôt atteindre 100% de couverture. La Tanzanie a continué d'augmenter cette couverture et le Malawi a fait un rapide progrès, passant de 53% en 2013 à 73% en 2014. Ceci montre qu'avec une volonté politique et suffisamment de soutien, il est possible de faire des progrès. Seuls l'Angola, la RDC et Madagascar se situent bien en dessous de la couverture de 50%.

La PTME à Madagascar: La révision à mi-chemin du PSN a défini plusieurs objectifs stratégiques pour la réduction de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Il s'agit entre autres de : (i) l'amélioration de l'accès à la prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives ; (ii) la référence pour la prise en charge médicale et psychosociale des femmes enceintes séropositives ; (iii) les conseils en allaitement

adaptés aux conditions de la femme séropositive (SE/CNLS 2010). Une des stratégies utilisées pour lutter contre le VIH/SIDA est l'intégration du dépistage du VIH (PTME/CTV) dans les activités de formations sanitaires jusqu'aux localités les plus reculées. En mai 2013, le nombre de sites de dépistage intégrés est de 1718, soit environ 57% des formations sanitaires existantes à Madagascar (ONUSIDA, 2014). L'ENSOMAD indique également qu'en 2013, « parmi les 897 374 grossesses attendues, 557 615 femmes, soit 62%, ont pu faire leur première consultation prénatale et seulement 231 615, soit 26% des grossesses attendues, ont été dépistées au VIH, probablement à cause de la faible couverture des services de dépistage qui se limitent à 57% des formations sanitaires. Pour la PTME, la couverture des besoins reste également très faible. Sur 230 femmes enceintes qui ont besoin de PTME, seules 62 (soit 2.8%) ont bénéficié d'une prophylaxie en ARV pour réduire la transmission du VIH à leur enfant. Cette faible performance résulte en grande partie du nombre relativement faible des femmes enceintes ayant effectué le test du VIH au cours des CPN, et donc celui des femmes enceintes séropositives pouvant bénéficier des services de PTME ».

Traitement



Le Protocole demande aux Etats membres de s'assurer que les femmes, hommes, fillettes et garçons infectés par le VIH/SIDA aient tous accès aux traitements.

L'augmentation exponentielle de l'accès à la thérapie antirétrovirale au cours de la dernière décennie a finalement inversé le sombre tableau du SIDA dans la SADC.

Entre 2005 et 2011, le nombre de personnes séropositives en Afrique australe sous traitement antirétroviral a augmenté de 805%.¹⁴ De 9.7 millions de personnes sous ARV à l'échelle mondiale, 7.1 millions vivent en Afrique australe. Environ 1.6 million de tous ceux qui sont sous traitement antirétroviral ont commencé en 2011. Il en résulte qu'en 2011, la thérapie antirétrovirale a été distribuée - pour la première fois - à plus de la moitié (56%) des personnes éligibles en Afrique australe, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale de 54%.¹⁵ Toutefois, selon les directives ARV de 2013, le nombre de PVVIH sous traitement a chuté encore nettement en deçà des 25.9 millions de personnes éligibles au traitement dans le monde.¹⁶ L'accès des adultes aux ARV concerne désormais plus de 40% de la population éligible au Botswana, au Malawi, en Namibie, en Afrique du Sud, au Swaziland, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe. L'accès des adultes aux ARV se situe entre 25% et 39%

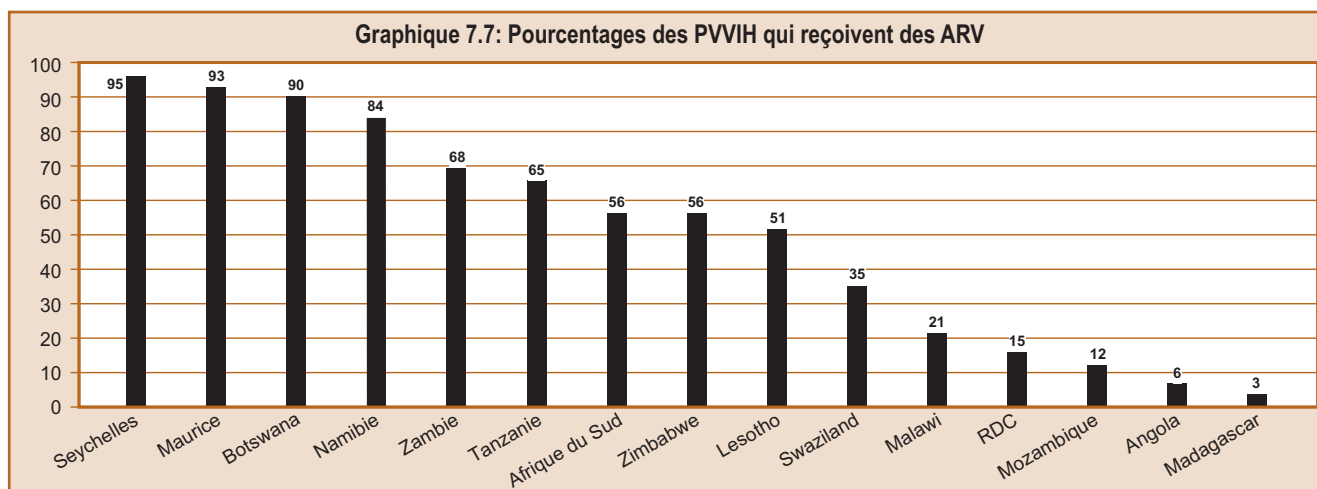


Sensibilisation sur le VIH et le SIDA, Bongatsara.
Photo: Zotonantenaina Razanadrtefa

de la population qui y est éligible en Angola, au Lesotho, au Mozambique, en RDC, à Madagascar et à Maurice. Cependant, seulement 24% des enfants éligibles reçoivent des ART.¹⁷

Il existe encore de grandes différences entre les pays : Le graphique 7.7 montre que même s'il y a eu de grandes améliorations dans l'accès au traitement antirétroviral, il reste un long chemin à parcourir. Ceci est particulièrement vrai en Angola et à Madagascar, qui fournissent des ARV à seulement 6% et 3% de leurs citoyens(nes) séropositifs(ves) respectivement. Pendant ce temps, les Seychelles et Maurice ont fait beaucoup mieux avec respectivement 95% et 93% de couverture. Il existe peu de données ventilées par sexe sur l'adoption de l'ARV, mais il est clair que les lacunes et les défis demeurent dans la région de la SADC.

Graphique 7.7: Pourcentages des PVVIH qui reçoivent des ARV



Source : ONUSIDA 2012.

¹⁴ UNAIDS 2013, Update Africa.

¹⁵ UNAIDS, 2012, World Aids Day Report: Results.

¹⁶ WHO, 2013, WHO 2013 ART Guidelines.

¹⁷ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf accessed 18 July, 2014.

La prise en charge des PVVIH à Madagascar : La loi n° 2005-040 organise la lutte contre le VIH/SIDA et protège les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et garantit à chaque citoyen l'accès aux services de prévention et de traitement au VIH/SIDA. Le nombre de centres de prise en charge des PVVIH (centres de référence PVVIH) est passé de huit en 2006 à 47 à partir de 2009 dont 32 disposent d'un appareil comptabilisant les cellules CD4. Le nombre de PVVIH suivies est passé de 821 en 2011 dont 383 sous ARV (PSN 2013-2017) à 1054 en 2014 dont 519 sous ARV. En 2011, sur un total de 409 clients séropositifs, seuls 190 ont été reçus au niveau des centres de référence. Cela signifie qu'un pourcentage de 53,5% des personnes séropositives n'ont pas fréquenté les centres de référence de prise en charge de l'infection au VIH. Le rapport annuel de suivi d'application du Plan National de Réponse au VIH et au SIDA de 2014 note qu'à la fin de l'année 2013, sur les 23 990 PVVIH estimées à Madagascar, «1054 ont été enregistrées dans la file active, dont 519 sous traitement ARV, soit environ 2% du nombre estimé ». Dans la file active, 49 % y ont ainsi accès dont 67% sont des femmes. La prise en charge (PEC) des PVVIH reste confrontée au 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. A ceci s'ajoute le faible niveau socioéconomique des PVVIH (ONUSIDA 2014).

Les défis pour étendre le traitement : les systèmes de santé de la région, avec leur manque de personnel, font face à de nombreux défis dans leur lutte pour étendre les programmes de traitement, dont :

- Le maintien des patients sous traitement.
- La stigmatisation et la discrimination qui empêchent encore les personnes qui ont besoin de soins et de traitement d'y accéder et d'y adhérer.
- Le manque des données et la mauvaise gestion pour garder un nombre croissant de patients dans le système.
- Le recours à un financement extérieur pour les programmes de traitement. Très peu de pays de la région peuvent financer leurs propres programmes
- Le coût des ARV.
- L'amélioration du traitement des enfants. Peu de pays offrent un traitement à plus de trois enfants sur dix qui en ont besoin.
- Le nombre de nouvelles infections au VIH s'accroît à un rythme qui dépasse le traitement: pour deux personnes inscrites pour le traitement du VIH, cinq autres sont nouvellement infectées.

Activités de soutien aux PVVIH

Le Protocole exige des États membres qu'ils développent et mettent en œuvre des politiques et des programmes visant à assurer la reconnaissance appropriée du travail effectué par les pourvoyeurs de soins dont la majorité sont des femmes pour leur allouer des ressources et un soutien psychologique, ainsi que pour promouvoir l'implication des hommes dans la prise en charge des PVVIH.

Le travail des pourvoyeurs de soins dans la région:

Dans de nombreux pays de la SADC, le taux élevé de morbidité et de mortalité dû au VIH et au SIDA a suscité une demande importante de services de soins de santé. Or, ces derniers souffraient déjà d'insuffisance de ressources. D'autre part, le caractère à long terme et progressif du VIH et du SIDA signifie que les besoins en soins de santé des personnes infectées ont changé au fil du temps, allant d'un traitement clinique de base au jour le jour aux infections opportunistes et aux soins palliatifs et au soutien. Prendre soin d'un patient atteint du SIDA peut augmenter d'un tiers la charge de travail d'une personne qui s'occupe de la famille. C'est un fardeau pour toute la famille qui pèse particulièrement lourd pour les pauvres, qui dépensent déjà beaucoup de leurs gains journaliers à la subsistance. En définitive, le VIH et le SIDA ont été une urgence et les donneurs de soins ont fourni un service dans une situation de ressources limitées et de conditions extrêmement difficiles. La plupart d'entre eux se sont économiquement appauvris à cause de leur activité de «donneur de soin». ¹⁸ Les pourvoyeurs de soins s'attendent donc à une certaine compensation financière ou matérielle pour leurs services comme leurs patients attendent aussi beaucoup d'eux. L'OMS a déclaré qu' «il n'existe pratiquement aucune preuve que le bénévolat puisse être maintenu pendant de longues périodes: en règle générale, les agents de santé communautaires sont pauvres et attendent et exigent un revenu". ¹⁹

Le soutien aux PVVIH à Madagascar: la politique de prise en charge des PVVIH a considéré comme intervention prioritaire la mise en place d'un système global de prise en charge des PVVIH (médical, social, communautaire et soins à domicile). Les prestataires de santé assurent la prise en charge médicale tandis que les médiateurs communautaires (ME) ont pour mission principale d'assurer l'accompagnement psychosocial et de faciliter la prise en charge médicale des personnes infectées et affectées par le VIH (Termes de référence des ME). Ces ME existent depuis 2005. Ils/elles sont

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Lehmann U and Sanders D, "Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers". A report by School of Public Health University of the Western Cape. Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health. Geneva, 2007.

issus(es) des associations de prise en charge des PVVIH, regroupées elles-mêmes dans le réseau MAD'AIDS. Le Réseau MAD'AIDS compte 27 associations membres réparties dans 19 régions. Chaque association membre compte au moins deux personnes formées en tant que ME. Ce nombre peut aller jusqu'à cinq ME formés dans les régions où le nombre de PVVIH est beaucoup plus important. Jusqu'à présent, les ME sont surtout localisés dans les chefs-lieux de région. Depuis trois ans, le réseau MAD'AIDS a commencé à mettre en place des points focaux dans quelques districts clés (nombre élevé de PVVIH) comme Nosy-be, Ambanja, Ambilobe et Morondava. Les TDR des ME mentionnent notamment les qualités requises chez les ME, les principes et méthodes de l'accompagnement/soutien à donner et énumèrent les différentes activités à accomplir. Il s'agit du soutien post-dépistage (counseling post test), du renforcement du counseling (counseling de suivi), du soutien des pairs, de causeries éducatives, du groupe de paroles/clubs d'observance. Y sont également inclus les repas communautaires, la médiation sociale, le don de kits alimentaires, l'éducation thérapeutique du patient, la prévention positive, les visites à domicile/visites à l'hôpital, le soutien économique, juridique et spirituel, ainsi que la recherche des PVVIH perdues de vue.

Les pourvoyeurs de soins sont davantage des bénévoles que des salariés : les associations de prise en charge des PVVIH doivent répondre à un appel d'offres et si elles remplissent les conditions requises, elles peuvent adhérer au réseau MAD'AIDS et leur projet sera financé. Les ME ne sont pas rémunérés mais indemnisés par rapport aux activités accomplies. L'indemnisation concerne uniquement les frais de déplacement et de communication et elle est prélevée du budget du projet. Une ME interrogée a d'ailleurs noté que : «C'est davantage du bénévolat qu'autre chose!» La majorité des ME seraient des personnes infectées et/ou affectées par le VIH. Des plaidoyers ont été faits auprès des autorités compétentes pour assurer une indemnité mensuelle aux ME mais cela n'a pas donné de résultat jusqu'ici.

Formation et reconnaissance professionnelle des donneurs de soins : la formation de base sur le VIH/SIDA et celle en matière de PEC psychosociale sont assurées par le Réseau MAD'AIDS, qui a déjà reçu une formation du Comité National de Lutte contre le Sida et de l'Institut National de la Santé Publique. En tant que membres d'associations de PEC, les ME peuvent recevoir d'autres formations dont bénéficie leur



Sensibilisation sur le VIH et le SIDA Commune.

Photo: Zotonantenaina Razanadratafa

association d'appartenance. Des séances de recyclage sont également menées selon les occasions et le financement des bailleurs de fonds. Par rapport à leur reconnaissance professionnelle, une responsable du réseau MAD'AIDS a répondu: «Je ne sais quoi vous répondre car pour MAD'AIDS, ce sont des professionnels mais pour l'Etat, je ne sais pas ! Je crois que c'est non pour l'Etat car il n'y pas de diplôme conforme!». Normalement, les associations doivent engager des assistants sociaux (des professionnels) pour assurer cette fonction mais vu qu'elles n'ont pas de moyens financiers, elles ont recruté des ME au sein des associations qui sont des personnes concernées (affectées ou infectées) et qui travaillent bénévolement. Le statut des ME devrait être reconsidéré par les autorités compétentes vu le nombre important de tâches qu'on leur demande d'assumer. Les ME sont par ailleurs appelés à collaborer étroitement avec les prestataires de soins médicaux: le renforcement du système de référence entre les PEC médicales et psychosociales constitue un des défis majeurs à Madagascar.

Support matériel et logistique pour le travail des pourvoyeurs de soins : pour les supports matériels et la logistique, peu de choses sont prévues: dotations en bureau des associations de PEC, budget pour les collations, frais de déplacement et de communication des ME, brochures et affiches de sensibilisation pour les ME. Les ME ont exprimé leurs besoins sur le sujet, notamment la disponibilité des locaux pour leurs sessions,

un moyen de locomotion, du matériel informatique, des ustensiles de cuisine pour les démonstrations culinaires, des kits pour les traitements selon le Protocole national, un kit ayant trait à la PEC psychosociale, et enfin, l'élaboration de guides indiquant les services disponibles dans chaque région.

Support psychosocial : Aucun support psychosocial n'est prévu pour les ME à Madagascar en dépit de leurs responsabilités. Or, le faible taux de prévalence du VIH/SIDA conduit à une stigmatisation sociale des PVVIH qui n'arrivent pas parfois à avouer leur statut sérologique même à leurs proches. Dans beaucoup de cas, seuls le médecin référent et le ME sont au courant. Toutefois, les ME se soutiennent informellement entre eux.

Egalité entre les sexes: la société malgache est marquée par son caractère patriarcal qui se reflète notamment à travers l'attribution des activités de soins comme une responsabilité féminine. Les ME sont d'ailleurs constitués majoritairement de femmes. Par rapport aux soins à domicile des PVVIH, ce sont les éléments féminins de la famille qui sont appelés à les assumer. Dans ces cas-là, elles sont obligées de délaisser leurs activités professionnelles. En conclusion, même si la politique de prise en charge des PVVIH prévoit un support étatique à l'endroit des familles, sa concrétisation n'est pas encore effective. Et la considération du statut des pourvoyeurs de soins communautaires ne semble pas être à l'ordre du jour des programmes en cours.

Protocole après 2015



Le Protocole stipule que chaque pays membre doit (i) développer des stratégies sensibles au genre pour prévenir de nouvelles infections, (ii) s'assurer que les femmes, les hommes, les garçons et les filles infectées aient accès aux traitements du VIH/SIDA, (iii) développer et appliquer des politiques et des programmes pour assurer la reconnaissance appropriée des

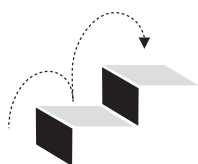
personnes prodiguant des soins aux séropositifs. Dans la majorité des cas, ces personnes sont des femmes. Développer et appliquer des politiques et des programmes pour assurer l'allocation de ressources et un soutien psychologique aux personnes délivrant des soins aux séropositifs, de même que promouvoir l'implication des hommes dans les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Tableau 7.3: Le VIH/SIDA après 2015

Domaine thématique/OBJECTIF	Objectifs proposés après 2015	Indicateurs proposés après 2015
VIH et Sida		
Politiques: Les Etats membres prendront toutes les mesures pour adopter et appliquer des politiques et des programmes sensibles au genre et promulguer des lois qui traiteront de prévention, de traitement, de soins et de soutien, conformément mais pas limités à la Déclaration de Maseru sur le VIH/SIDA.	1. Les Etats membres prendront toutes les mesures pour adopter et appliquer des politiques et programmes sensibles au genre et promulguer des lois qui traiteront la prévention, le traitement, les soins et le soutien, et ne pas se limiter à la Déclaration de Maseru sur le VIH/SIDA.	1. Politiques nationales sur le VIH/SIDA traitant des questions du genre; 2. Politiques nationales sur le VIH / SIDA qui sont appliquées.
Prévention		
D'ici 2030, les Etats membres développeront des stratégies sensibles au genre qui tiennent compte du statut inégal des femmes et en particulier de la vulnérabilité de la petite fille, de même que des pratiques nuisibles et des facteurs biologiques qui résultant en le fait que les femmes constituent la majorité des personnes affectées et infectées par le VIH/SIDA.	2. Promouvoir des changements de comportements à travers les organisations confessionnelles et les organisations non gouvernementales.	3. Prévalence du VIH désagrégée par sexe (pourcentages)
	3. S'assurer que l'information sur le VIH/SIDA fasse partie des programmes scolaires	4. Connaissances complètes du VIH/SIDA ²⁰ désagrégées par sexe (pourcentages)
	4. Mettre des jardins de plantes médicinales à la portée des survivants à travers les collectivités locales.	5. Pays où le VIH figure dans les programmes d'études scolaires
	5. Se concentrer davantage sur les adolescents de 15 à 24 ans : réduire la prévalence adolescente du VIH par 20% d'ici 2020	6. Prévalence du VIH parmi les jeunes (pourcentages)
	6. Investir dans des programmes intégrés incluant des bénéfices sociaux ou des transferts d'argent	7. Taux brut d'inscriptions dans le deuxième cycle de l'enseignement secondaire;
		8. Taux brut d'inscriptions dans le premier cycle de l'enseignement secondaire;
		9. Connaissances approfondies du VIH parmi les adolescents (pourcentages)
	7. Augmenter le dépistage pour au moins 90% de la population d'ici 2020.	10. Pourcentages d'adolescents nécessitant une protection sociale et qui reçoivent des transferts d'argent réguliers et du soutien
	8. 100% de femmes enceintes dépistées au VIH; 90% de celles testées positives déjà sous traitement.	11. Pourcentage de la population déjà dépistée, désagrégé par sexe
9. Traiter la stigmatisation associée aux populations principales telles que les personnes qui sont prostituées, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les détenus, les migrants et s'assurer qu'ils aient accès à des services complets de soins contre le VIH, de soutien et aux traitements afin de réduire la prévalence du VIH.	12. Pourcentage de femmes enceintes dépistées au VIH	
	13. Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et déjà sous traitement	
Traitement		
Assurer un accès universel aux traitements contre le VIH/SIDA pour les femmes, les hommes, les filles et les garçons infectés.	10. Assurer l'accès universel aux traitements contre le VIH/SIDA pour les femmes, les hommes, les garçons et les filles infectés d'ici 2020.	14. Prévalence du VIH parmi les personnes qui sont prostituées, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes, les usagers de drogue par voie intraveineuse, les prisonniers et les migrants (pourcentages)
		15. Pourcentages de ceux vivant avec le VIH et qui ont accès aux traitements antirétroviraux, désagrégés par sexe.

²⁰ OMS, Etudes de santé démographique, ONUSIDA.

Domaine thématique/OBJECTIF	Objectifs proposés après 2015	Indicateurs proposés après 2015
	11. 50% des personnes de plus de 50 ans ont accès à des services intégrés de santé, et sociaux.	
	12. 50% des personnes de plus de 50 ans ont accès à des services intégrés de santé, de VIH et sociaux.	16. Pourcentage des personnes de plus de 50 ans qui ont accès aux services intégrés de santé, de VIH et sociaux
	13. Au moins 30% de ceux éligibles à la protection sociale reçoivent le soutien.	17. Pourcentage de personnes de plus de 50 ans éligibles à la protection sociale et qui la reçoivent
Pourvoyeurs de soins		
Développer et appliquer des politiques et programmes qui assurent une reconnaissance appropriée du travail des pourvoyeurs de soins aux séropositifs, la majorité d'entre eux étant des femmes, l'allocation de ressources et le soutien psychologique pour elles, de même que promouvoir l'implication des hommes dans les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH).	14. Disposer et appliquer des politiques et programmes pour la reconnaissance du travail effectué par les pourvoyeurs de soins qui sont majoritairement des femmes d'ici 2020.	18. Nombre de pourvoyeurs de soins reconnus et accrédités
		19. Nombre de politiques régissant le travail des pourvoyeurs de soins, leur sécurité et protection légale
		20. Nombre de pays disposant d'une politique établie sur le travail des pourvoyeurs de soins
		21. Nombre de pays qui appliquent des politiques sur le travail de pourvoyeurs de soins
		22. Pourcentage de pourvoyeurs de soins reconnus qui sont des femmes



Prochaines étapes

- Elaborer des stratégies soucieuses de la dimension du genre afin de prévenir de nouvelles infections du VIH/SIDA et assurer aux femmes, aux hommes et aux enfants infectés par le VIH/SIDA l'accès universel au traitement.
- Elaborer et exécuter des politiques et programmes visant à assurer la reconnaissance appropriée des travaux menés par les prestataires de soin, dont la majorité sont des femmes, faire en sorte que ces dernières reçoivent des ressources et des appuis psychologiques appropriés et encourager la participation des hommes aux initiatives de soin et d'appuis aux PVVIH.
- Mettre en place un mécanisme pérenne d'approvisionnement des PVVIH en ARV pour résoudre

le problème de rupture de stocks impactant négativement sur les efforts fournis.

- Traduire les études et recherches sur le genre et le VIH/SIDA en actions concrètes dans le nouveau PSN.
- Compléter les données actuelles par la conduite d'une étude sur le genre, le VIH/SIDA et la VBG.
- Etablir une base de données sensibles au genre sur les PVVIH, notamment en systématisant la prise en compte du sexe et de l'âge dans toutes les données du programme.
- Renforcer les capacités des responsables sur l'application concrète de l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
- Renforcer les plaidoyers auprès des décideurs pour valoriser les statuts des médiateurs communautaires en charge du soutien psychosocial des PVVIH.



«Nicole»

Anushka Virahsawmy