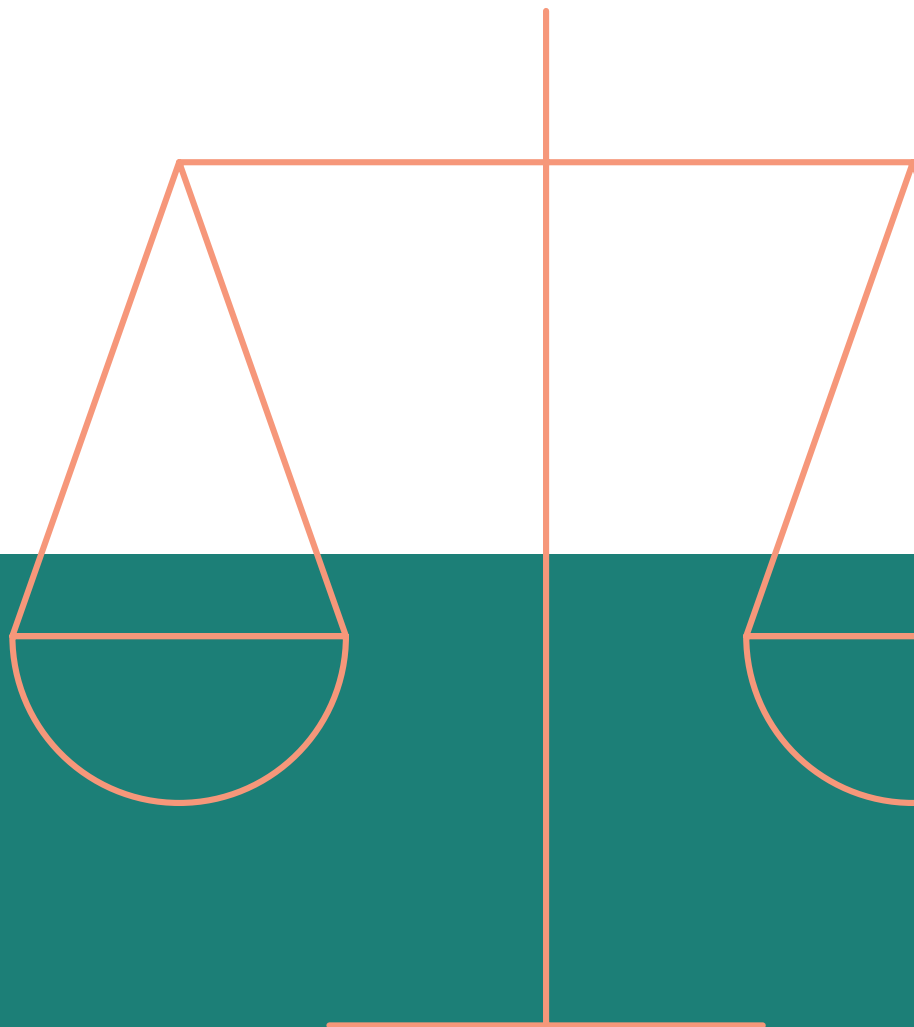




*Au service
des peuples
et des nations*

Madagascar

Rapport de l'évaluation de l'environnement
juridique sur la protection des droits des
jeunes populations clés en matière de VIH
à Madagascar



Proposed citation:

PNUD (2019). Rapport de l'évaluation de l'environnement juridique sur la protection des droits des jeunes populations clés en matière de VIH à Madagascar.

Les opinions exprimées dans cette publication n'engagent que leurs auteurs et ne représentent pas nécessairement celles des Nations Unies, y compris du PNUD ou des États membres de l'ONU.

Le PNUD forge des partenariats à tous les niveaux de la société pour aider à construire des nations résilientes, afin de mener à bien une croissance qui améliore la qualité de vie de chacun. Présents dans quelque 170 pays et territoires, nous offrons une perspective mondiale et des connaissances locales au service des peuples et des nations.

Copyright © Programme des Nations Unies pour le Développement
Madagascar

Programme de Nations Unies pour le Développement à Madagascar

Maison commune des Nations Unies, Enceinte Galaxy Plaza,
Rue Dr Raseta, Andraharo

B.P. 1348 Antananarivo (101) Madagascar

Téléphone: (261-20) 23-300-92 et 23-300-95

Fax: (261-20) 23-300-42

Courrier: registry.mg@undp.org

Communication: communication.mg@undp.org

Table des matières

Note de Presentation	6
Remerciements	8
Abréviations et acronymes	9
Résumé Exécutif	10
Le droit à l'égalité de tous, la non-discrimination et le droit à la dignité	12
Le droit à l'information et la connaissance de ses droits	12
Liberté d'association	13
Le droit à la protection de sa santé	13
Les droits dans le milieu du travail	14
Le droit à l'inviolabilité de sa personne, le droit de se faire rendre justice	15
Autres	16
Partie I: Introduction et contexte	18
Contexte général du pays	19
Contexte sanitaire et économique	19
Réponse nationale au VIH	20
VIH et Droits Humains à Madagascar	23
Introduction à l'Evaluation du Cadre Juridique (LEA) pour le VIH & la Tuberculose	24
But et portée de la LEA	24
Objectifs spécifiques	25
Principaux livrables	25
Approche technique	25
Méthodologie de recherche	26
Validation de la méthodologie et des résultats de l'étude	27
Limites de l'étude	27

Partie II: Cadres International, Régional et National des droits de l'homme	28
Réponse fondée sur les Droits de l'Homme et le VIH	29
Application des textes Internationaux et régionaux des Droits de l'Homme à Madagascar	29
Normes nationales des Droits de l'Homme et principaux Droits de l'Homme applicables dans le contexte du VIH	31
Le Droit à l'information	32
Le droit de fonder une famille	33
Limitations des droits	34
Partie III: Analyse des lois, règlements et politiques à Madagascar	36
Lois sur l'égalité, la non discrimination et la stigmatisation	37
Problèmes	37
Orientation Internationale et orientation Régionale	38
Position actuelle à Madagascar	39
Situation actuelle	40
Lacunes et défis	43
Recommandations	44
Accès à la santé	45
Orientations Internationale et Régionale	45
La position actuelle	47
Situation actuelle, défi et lacunes	48
VIH et Tuberculose	57
Recommandations	58
Les femmes, l'inégalité entre les sexes, les normes de genre préjudiciables et la violence basée sur le genre	59
Position internationale et régionale	59
Position actuelle à Madagascar	60
Situation actuelle, défi et lacunes	61
Recommandations	63
Les jeunes	63
Orientation internationale et orientation régionale	63
Position actuelle à Madagascar	63
Position actuelle	68
Recommandations	69
Criminalisation des populations clés	69
Problème	69
Orientation internationale et orientation régionale	70
<i>Pénalisation de la transmission du VIH</i>	71
Situation actuelle	72
Lacunes et défis	72
Recommandations	72
<i>Pénalisation des actes ou activités des populations clés Les détenus</i>	73
Position actuelle	73

Situation actuelle	73
Lacunes et défis	75
Recommandations	75
<i>Les professionnel(le)s du sexe</i>	76
Position actuelle	76
Situation actuelle, défi et lacunes	77
Recommandations	78
<i>Les Hommes ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes</i>	79
Position actuelle	79
Situation actuelle, défis et lacunes	79
Recommandations	80
<i>Les Consommateurs de Drogues injectables</i>	80
Position actuelle	80
Situation actuelle, défi et lacunes	80
Recommandations	81
Emploi	81
Les Problèmes	81
Orientation internationale et orientation régionale	82
Position actuelle à Madagascar	83
Lacunes et défis	85
Recommandations	86
Bien-être social / Assistance	87
Problèmes sociaux pour les Personnes vivant avec le VIH et les orphelins et enfants vulnérables.	87
Orientation internationale et orientation régionale	87
Position actuelle à Madagascar	88
Lacunes et défis	88
Recommandations	89
Partie IV: Accès à la justice et application de la loi à Madagascar	90
Recommandations	94
Partie V: Conclusions et recommandations	96
Le principe de l'égalité en droit, la non-discrimination et le droit à la dignité	97
Le droit à l'Information, connaissance de ses droits	98
Liberté d'association	98
Le droit à la protection de sa santé	98
Les droits dans le milieu du travail et l'emploi	100
Le droit à l'invulnérabilité de sa personne, le droit de se faire rendre justice	100
Autres	101
Bibliographie	104

Note de Presentation

A l'instar des autres pays ayant adopté la Déclaration Politique de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH en juin 2016, Madagascar respecte ses engagements pour accélérer la riposte au VIH d'ici 2020 et pour parvenir à l'élimination de l'épidémie de sida d'ici 2030.

Dans un contexte d'épidémie à faible prévalence estimée à 0,3% dans la population générale de 15 à 49 ans en 2017 (Spectrum) et d'épidémie concentrée chez les populations clés les plus exposées au risque ayant une prévalence plus élevée : hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (14,8% en 2014), usagers de drogues injectables (8,4% en 2016) et professionnels de sexe (5,6% en 2016), le pays déploie tous les efforts pour une réponse aussi efficace que respectueuse des droits et libertés fondamentaux.

A ce titre, le plan stratégique national de la riposte multisectorielle aux IST, VIH et sida 2018-2022 a été bâti autour de la vision « l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien à Madagascar est assuré dans un respect strict des Droits Humains ».

Il est acquis que tous les programmes et politiques de lutte contre le sida doivent accorder une place capitale à la promotion, à la protection, au respect des libertés et des droits de tous, lesquels sont universels, indivisibles, interdépendants et intimement liés. La protection légale et juridique des droits des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, contribue aussi bien à réduire l'impact de l'épidémie qu'à préserver les individus de toutes formes de discrimination et de stigmatisation.

Conformément à ces engagements, plusieurs mesures sont appliquées : la loi 2005-040 sur la lutte contre le sida et la protection des personnes vivant avec le VIH, la « commission Droits et VIH », le programme de réduction des risques, tester-traiter-retenir...

Toutefois, dans le cadre de la lutte, de nombreuses atteintes aux droits de l'homme et aux libertés sont encore enregistrés.

Cette évaluation effectuée dans le cadre du projet régional « Lier les politiques à la programmation » mis en œuvre par le Centre de service régional du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour l'Afrique (chef de file), en partenariat avec la coalition African Men for Sexual Health and Rights (AMSheR), Health Economics and HIV and AIDS Research Division (HEARD) de l'Université du Kwazulu-Natal, arrive ainsi à point nommé. Le projet s'inscrit dans une action mondiale du PNUD et de ses partenaires concernant la mise en œuvre des recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit relatives aux questions telles que la discrimination, la pénalisation de la transmission du VIH, l'exposition au risque de transmission du virus, la non-divulgence du statut sérologique, les populations clés, les femmes, les enfants, les jeunes, le droit de la propriété intellectuelle et le plaidoyer global pour le traitement.

L'accès des jeunes populations clés aux services liés au VIH, à la santé sexuelle et reproductive (SSR) est limité en raison de plusieurs facteurs interdépendants, entre autres l'environnement politique et juridique restrictif marqué par l'existence de lois et politiques fondées sur l'âge (par exemple l'âge du discernement, le consentement parental obligatoire pour les mineurs et les exigences de notification) entravant l'accès systématique aux services de SSR : le dépistage du VIH, les contraceptifs, l'avortement ainsi que la prophylaxie pré et post-exposition (PEP et PrEP). Le manque de services de SSR adaptés aux jeunes dans les établissements de santé, les écoles et les prisons, ainsi que la capacité limitée des prestataires de soins avec le manque de données et d'information, rendent également difficile l'accès des jeunes et des populations clés aux services de qualité.

Le projet est financé par l'initiative « Leave No One Behind » par le Gouvernement néerlandais dans le cadre de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes au niveau de la Communauté de Développement de l'Afrique Australe (SADC). Il vise à réduire les risques d'infections par le VIH et à améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes populations clés de la zone, notamment en Angola, Madagascar, Mozambique, Zambie et Zimbabwe.

Sur la base d'une analyse de la situation, le rapport d'évaluation de l'environnement légal et juridique en matière de réponse au sida a l'avantage de présenter des recommandations pratiques pour améliorer nos résultats dans la riposte. Elles sont articulées autour de la définition des responsabilités institutionnelles des pouvoirs publics, la mise en œuvre des services d'appui et de réformes législatives ainsi que la promotion d'un environnement incitatif pour les populations clés et les personnes infectées et affectées.

Nous exprimons ici notre sincère reconnaissance à tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de cette étude. Nous adressons nos vifs remerciements aux partenaires techniques et financiers pour leur soutien indéfectible.

Le Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida ne ménagera aucun effort pour que les recommandations issues de la présente évaluation soient prises en considération dans l'amélioration continue de l'environnement juridique et politique afin de renforcer la prévention dans la réponse au VIH et améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR) des jeunes populations clés à Madagascar.

L'efficacité de ce travail nécessite l'implication de tous car:

« Tout un chacun est responsable dans l'élimination du sida d'ici 2030 »



*Docteur ANDRIANIAINA Harivelo Rijasoa
Secrétaire Exécutif du Comité National de lutte
contre le Sida
Madagascar*

Remerciements

Le ministère de la Santé publique est appréciatif et reconnaissant pour les contributions et les apports des institutions et personnes suivantes qui ont contribué à l'achèvement de ce rapport.

Comité de pilotage national de Madagascar:

Nous sommes reconnaissants pour le leadership et le soutien précieux des membres du Comité de pilotage national qui ont contribué à la finalisation du rapport d'évaluation de l'environnement juridique, en particulier RABETOKOTANY Rivosoa (Secrétariat Exécutif/Comité National de Lutte contre le Sida), RAKOTOMALALA Aina Beant (Ministère de la Justice), Dr. Tiffana Marie Ange (ministère de la Jeunesse et des Sports), RANDRIAMILAHATRA Emma (Ministère de la Santé Publique), RAZAFIMANANTSOA Léa (Jeune Population clé), RAMAROZATOVO Rado, VERONIQUE Nanah (Population Clé), Marie Isabelle (MAD'AIDS), RANDRIAMALALARISON François Xavier (Sénat), RAZAFIMANANTSOA Lobo Hanitriniaina (Parlement), RAVELOSON Clarimond (ONUSIDA), Deleau Razafimanantsoa et RAMANANTSOA Herilanto (PNUD).

Les Consultants de l'Evaluation du Cadre Juridique:

Nous sommes reconnaissants pour l'expertise technique et les services des consultants, notamment Christian Tshimbalanga (consultant PNUD-RSCA), Voahangy Mahatana; Razafinjatovo Zohasina et Andriamahatana Manuella (consultantes nationales) qui ont réalisé l'évaluation et rédigé le rapport.

Contributeurs externes aux preuves en appui:

Nous exprimons également notre sincère gratitude à tous les informateurs clés et aux participants des groupes de discussion qui ont contribué et partagé leurs expériences et qui ont éclairé les conclusions et les recommandations de ce rapport. Nos remerciements vont également à l'équipe RSCA HHD du PNUD pour la coordination de ce projet, en l'occurrence Mesfin Getahun, Senelisiwe Ntshangase et Ian Mungall.

Enfin, nous voudrions remercier le ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas ainsi que le Programme des Nations Unies pour le Développement pour le soutien financier apporté à ce projet axé sur les jeunes populations clés.

Abréviations et acronymes

ARV	Antirétroviraux
AES	Accident d'Exposition au Sang
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CDI	Consommateurs de Drogues Injectables
CIN	Carte d'Identité Nationale
CSB	Centre de Santé de Base
DUDH	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
ECB	Enquête Comportementale et Biologique
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
ESBC	Enquête de Surveillance Biologique et Comportementale
ENSOMD	Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
FGD	Focus Group Discussion
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FISA	<i>Fianakaviana Sambatra</i> (Famille Heureuse)
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec des Hommes
INSTAT	Institut National de la Statistique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LEA	<i>Legal Environment Assessment</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PCPER	Populations Clés les Plus Exposées aux Risques du VIH
PEP	Prophylaxie Post Exposition
PIB	Produit Intérieur Brut
PND	Plan National de Développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PSI/M	Population Services International / Madagascar
PS	Professionnel(le)s de Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PIDESC	Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SAF FJKM	<i>Sampan'asa ho an'ny Fampandrosoana- Fiangonan'ny Jesoa Kristy eto Madagasikara</i> (Section Développement- Eglise de Jésus Christ à Madagascar)
SALAMA	Centrale d'Achats de Médicaments Essentiels et de Matériel
SALFA	<i>Sampan'asa Loterana ho an'ny Fampandrosoana</i> (Section Luthérienne pour le Développement)
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SISAL	<i>Sambatra Izy Salama</i> (Heureux celui qui est en bonne santé)
TAR	Traitement Antirétroviral
TPE	Traitement Post Exposition
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UDI	Utilisateurs de Drogues Injectables
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé Exécutif

Il a été établi à la suite de différentes études, entre autres, celle de la Commission Mondiale sur le VIH et droit, que les lois jouent un rôle majeur dans la réponse au VIH. La législation met en place des normes, règlemente, interdit certains comportements, et par ses lacunes peut en permettre d'autres. Directement, le cadre juridique dispose sur les questions d'accès à la santé et en garantit l'accès. Indirectement, il pourrait contribuer à réduire les discriminations et stigmatisations, considérées comme interférant avec un meilleur accès aux soins. A Madagascar, des études ont déjà établi l'existence d'attitudes discriminatoires dans les milieux de la santé. Bien que les recherches sur la corrélation entre les attitudes de stigmatisation/ discrimination et l'accès à la santé, sont encore à renforcer, cette étude a permis d'avoir un aperçu exploratoire de l'impact de la stigmatisation/ discrimination sur le comportement des personnes affectées ainsi que leur accès aux services relatifs au VIH. Cet accès aux services liés au VIH sous-entend la prévention, les soins, le traitement et des notions importantes telles que l'âge de consentement aux dépistages, l'émancipation de la femme, pour ne citer de ceux-là.

Madagascar dispose d'un cadre juridique assez fourni, régissant l'accès à la santé et la réponse au VIH. La Constitution, pose l'égalité de tous devant la loi et les libertés fondamentales. Elle reconnaît et protège le droit à la santé, dès la conception et prévoit des soins publics gratuits. Le pays est un Etat partie aux conventions internationales relatives aux droits de l'homme essentielles, même si certaines restent à être ratifiées. En outre, le pays compte, dans son arsenal juridique, une loi spécifique au VIH, à savoir, la loi n° 2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et son décret d'application, qui réprime la discrimination et la stigmatisation, assure la prévention par la communication et l'éducation, et réaffirme les droits et libertés fondamentaux.

La mise en place d'un cadre juridique adéquat dans la conduite d'une réponse plus efficace est importante. En phase avec cette

orientation, le Plan Stratégique National de 2018-2022 pose la vision: " l'accès universel à la prévention, aux soins, et aux traitements et au soutien est assuré à Madagascar dans le respect des droits de l'homme". Par ailleurs, la réforme du décret sur la commission nationale VIH et droit a été entreprise en 2017. Cette commission a particulièrement pour rôle d'identifier les réformes nécessaires en vue de la protection des personnes infectées et affectées par le VIH". Dans le même élan, la présente étude, entreprise par l'État avec l'appui du PNUD, en partenariat avec le CNLS et les principales organisations de la société civile, vise l'évaluation du cadre juridique national.

L'objectif de l'étude LEA (*Legal Environment Assessment*) est d'évaluer l'environnement juridique et réglementaire national afin d'identifier dans quelle mesure, la législation protège ou fait obstacle à la mise en œuvre des droits des personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Ensuite, elle vise à émettre des recommandations adéquates en vue de la mise en place d'un cadre juridique favorable à la riposte au VIH.

Le rapport LEA présente les défis rencontrés suivants qui restent énormes:

- Le cadre juridique légal et réglementaire ne bénéficie pas d'une adhésion satisfaisante. Soit à cause de l'insuffisance de la vulgarisation juridique et de la méconnaissance par les personnes concernées, de leurs droits et obligations. Soit, à cause d'un cadre juridique qui n'est pas en phase avec les attitudes et normes sociales courantes et qui rencontre des difficultés dans sa mise en œuvre;
- Le cadre juridique, dont la loi principale date de 2006, présente également des lacunes, au vu d'un phénomène qui a beaucoup changé et évolué;
- La mise en œuvre des droits est liée à l'accès à la justice, alors que le problème de l'accès à la justice est à situer dans un cadre plus global touchant la société entière et par conséquent le secteur du VIH à travers les Personnes Vivant avec le VIH et les populations clés.

Les recommandations suivantes, classées selon des différents thèmes, sont alors émises, sur la base des principaux résultats de l'évaluation de l'environnement juridique, incluant les conventions internationales signées, ratifiées ou non ratifiées. Il a été tenu compte, de la revue de la littérature des principales recherches faites dans ce domaine, sur le plan international et national, par les organisations internationales ou le corps scientifique et académique. Les avis des informateurs clés, intervenants et décideurs dans le domaine, ont été recueillis, ainsi que ceux des personnes, infectées ou affectées, populations clés ou vulnérables, qui ont été consultées par le biais des FGD:

Le droit à l'égalité de tous, la non-discrimination et le droit à la dignité

- i. Consacrer le principe de la non-discrimination sur l'état de santé dans des dispositions spécifiques tels que le Code de la Santé Publique et les différents Code de déontologie, médicale ou non, comme il est le cas dans le code de déontologie des sages-femmes.
- ii. Former les professionnels de santé afin de les sensibiliser sur l'importance de l'accès à tous à la santé et les droits humains.
- iii. Renforcer les sensibilisations et la formation au niveau du personnel de soin afin d'améliorer les procédures et attitudes à adopter devant chaque cas dans le contexte du VIH ou impliquant les populations clés, surtout auprès des jeunes personnels de soin (empathie, discrétion etc.);
- iv. Consolider le renforcement de capacité des associations des populations clés ou œuvrant pour la protection de leurs droits, en vue de dénoncer les attitudes de discrimination ou de stigmatisation que les membres pourraient rencontrer

au niveau de l'administration ou des centres de soin et d'en réclamer la correction ou la sanction au nom des personnes concernées;

- v. Adopter des mécanismes non formels, tels que les boîtes à doléances, et de passer d'un discours de règlement des différends vers l'amélioration des services rendus pour réduire l'opposition au changement;
- vi. Appuyer les associations sur les formations et sensibilisations auprès de leurs membres, et concernant leur comportement dans la communauté.
- vii. Dans une optique de non-discrimination, inclure les professionnels du sexe masculins non HSH dans la politique et les enquêtes démographiques effectuées par l'Etat. Par ailleurs, les PPE devraient bénéficier à toute personne victime de violence sexuelle, quel que soit son sexe;

Le droit à l'information et la connaissance de ses droits

- viii. Continuer l'intégration du VIH et du Sida dans le curriculum de l'éducation, afin de réduire les craintes injustifiées et les idées reçues sur le VIH et qui favorisent les actes de discrimination et ce suivant la stratégie nationale sur la communication, qui préconise de le garantir dès la classe du 7eme;
- ix. Dans les informations et l'éducation, toujours préconiser en priorité les précautions universelles;
- x. Renforcer le rôle du média dans la dissémination d'information correcte sur le VIH. Il conviendrait donc d'ajouter une attribution au Ministère en charge de la communication dans le cadre de la stratégie nationale sur la communication dans le contexte du VIH

- xi. Permettre et encourager chaque établissement pénitentiaire à prendre l'initiative de les organiser avec les services relevant du Ministère de la santé, compétents dans leur région;
- xii. Organiser des séances d'information/formation et de dépistage du VIH dans le milieu carcéral de manières régulières et cela à la charge de l'Etat;
- xiii. Intégrer l'organisation des séances d'information/formation dans le milieu carcéral dans la stratégie nationale de communication sur le VIH
- xiv. Produire un document synthétique contenant les informations essentielles nécessaires destinées aux Personnes Vivant avec le VIH pour le Counseling (les droits, les services de santé etc..);
- xv. Renforcer la diffusion de la loi sur la lutte contre le VIH auprès du grand public et surtout auprès des personnes concernées et populations clés, et notamment à travers les associations.
- xvi. Ajouter le conseil juridique dans les normes et procédures sur le counseling du PNLIS et de faire également "un arrimage juridique » des personnes vers les services juridiques créés à cet effet.
- xvii. Assurer le renforcement de capacité des associations de populations clés en matière de droit du travail dans le contexte du VIH;

Liberté d'association

- xviii. Promouvoir et d'appuyer la création d'association de populations clés. Ces associations pourraient faciliter les activités d'information et de sensibilisation de ces personnes;

Le droit à la protection de sa santé

- xix. Clarifier les textes concernant les actions et programmes de réduction de risque en faveur des Consommateurs de Drogues Injectables;
- xx. Renforcer le respect de la vie privée et le secret médical, surtout pour les personnes vulnérables à ce sujet, les personnes vivant avec le VIH, les Consommateurs de Drogues, les femmes et les jeunes.
- xxi. Renforcer l'accès aux programmes de réduction de risques dans les centres de santé publique, pour les Consommateurs de Drogues Injectables, notamment le dépistage, la prévention du VIH, ou la vaccination contre l'hépatite B, et ce sans craindre les poursuites pénales en insistant sur la valeur du secret médical et par une politique de santé publique qui encourage dans ce sens;
- xxii. Renforcer l'accès à la prévention tels que les préservatifs en prenant les dispositions légales et règlementaires correspondants pour en faciliter l'accès. Notamment, étudier la possibilité d'assurer leurs remboursements par les mutuelles de santé aux mêmes rangs que les médicaments et dispositifs médicaux. Par ailleurs, assurer leur mise à disposition effective dans les milieux publics les plus fréquentés;
- xxiii. Renforcer le contrôle de l'acheminement des préservatifs ainsi que le contrôle de leur utilisation à des fins non prévues, le cas échéant en sensibiliser le public;
- xxiv. Préconiser la mise à disposition des préservatifs dans les prisons.
- xxv. Assurer la protection des personnes détenues « contre le viol, la violence et la coercition sexuelle conformément à la loi.;

- xxvi. Prendre les mesures règlementaires pour assurer que les counselings soient toujours assurés pour les femmes enceintes et le consentement éclairé malgré que le dépistage leur soit proposé systématiquement;
- xxvii. Renforcer les études et les enquêtes sur la prise de décision de la femme dans les matières en connexion avec la santé de la reproduction;
- xxviii. Renforcer le counselling pour permettre la proposition systématique d'un test de VIH rapide avant l'accouchement pour celles qui n'ont pas pu faire un dépistage ultérieur;
- xxix. Mettre en place une stratégie de PTME de rattrapage au niveau des maternités pour les enfants des « perdues de vue ».
- xxx. Renforcer, dans la communication et dans la prise en charge, les risques de VIH dans les violences sexuelles afin promouvoir le recours aux TPE (délai de 72h, les services de prise en charge.);
- xxxi. Étendre encore plus la couverture en matière de traitement post exposition à la suite d'AES et à la suite de violences sexuelles à toute personne victime. Renforcer les capacités à tous les niveaux de la chaîne pour une notification rapide;
- xxxii. Renforcer la politique de sensibilisation sur la connaissance des instances de références (centres d'écoute, ligne verte, clinique juridique,);
- xxxiii. Modifier la réglementation et les normes de procédures sur les notifications du partenaire. D'une part, en intégrant la notification assistée, et d'autre part en autorisant la notification du partenaire par le professionnel de soins, tel que suggéré par les Directives de l'ONUSIDA;
- xxxiv. Collaborer avec le service des douanes pour exonérer les intrants du VIH;
- xxxv. Assurer la disponibilité du test de la numération des CD4 et la charge virale dans les hôpitaux régionaux car l'examen médical est une composante du droit à la santé.
- xxxvi. Renforcer l'accès aux soins ambulatoires de toute personne vivant avec le VIH au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital;
- xxxvii. Améliorer l'accès aux soins des détenus (la mise à disposition de médicaments adéquats, de procéder à la prise en charge médicale à l'extérieur à chaque fois qu'elle est nécessaire)
- xxxviii. Renforcer la création d'activités de loisir ou de formation professionnelle qui est non seulement une mesure favorable à la prévention mais est également une mesure d'humanisation de la détention.

Les droits dans le milieu du travail

Renforcer la compétence des institutions privées, aussi bien du secteur formel qu'informel pour faire des sensibilisations et pour produire un plan de sensibilisation/ information adéquat en ligne avec la Politique nationale de ripose dans le monde du travail

- xxxix. Renforcer la compétence des institutions privées, aussi bien du secteur formel qu'informel pour faire des sensibilisations et pour produire un plan de sensibilisation/ information adéquat en ligne avec la Politique nationale de ripose dans le monde du travail.
- xl. Inclure les dispositions essentielles sur le travail et relatives à la protection des droits des personnes dans le contexte du VIH dans le Code du Travail et ses textes d'applications qui ont une meilleure visibilité auprès des employés et des employeurs;
- xli. Mettre en place et faire respecter des normes et procédures strictes pour éviter les accidents d'exposition au sang dans les centres de santé, suivant les recommandations internationales tels que celles de l'OMS.

- xlii. Clarifier quelques dispositions de la loi sur la lutte contre le VIH, notamment celles de l'article 76 du décret sur la lutte contre le VIH et le cas échéant, de les mettre en phase avec le plan national de la réponse dans le milieu du travail;
- xliii. Vérifier et contrôler les communications en matière de dépistage dans le milieu du travail afin que cela ne soit perçu par les travailleurs comme étant obligatoire;
- xliv. Citer ou expliquer aux Personnes Vivant avec le VIH leurs droits et notamment leurs droits en matière de travail dans les counselings post test, donc de les inclure dans les normes et procédure de counseling;
- xlv. Former et renforcer la capacité des associations et des syndicats pour requérir les orientations et réformes de la politique nationale et des textes en vue de l'amélioration des conditions de travail des Personnes vivant avec le VIH;
- xlvi. Renforcer la capacité des associations de populations clés en matière de droit du travail dans le contexte du VIH;
- xlvii. Renforcer la coordination entre les organisations de la société civile et le Gouvernement pour une meilleure prestation des services aux niveaux national, régional et local. Par exemple, partager les défaillances dans la prestation de service et en trouver les solutions adéquates dans le domaine du VIH;
- xlviii. Privilégier aussi les mécanismes alternatifs de règlement des différends: mettre en œuvre des mécanismes disciplinaires, encourager les associations à agir à la place de ses membres (notamment pour les personnes vivant avec le VIH), utiliser les boîtes à doléances.;
- xlix. Mettre en place un service de conseil juridique spécialisé pour les populations clés et à travers le pays, entre autres, en partenariat avec les associations ou les cliniques juridiques.
 - i. Réformer les textes sur la transmission du VIH pour prendre en compte les principaux cas de figure: fautes lourdes ou non, l'intention de porter préjudice ou non, de privilégier les sanctions disciplinaires telle que la radiation ainsi que les recours en réparation devant les juridictions civiles. Notamment, la modification de l'Article 67 de la Loi 2005-040 pour laisser place à l'encouragement de l'utilisation des mesures de précautions universelles pour ce qui concerne le VIH.
 - ii. Limiter en principe les actions coercitives aux cas d'agression ou de volonté de nuire, considérant donc que les rapports consentis sont laissés à la règle de la précaution universelle que les intéressés doivent observer, et encourager les précautions dans ce sens. Procéder à un renforcement de compétences des personnes chargées de l'exécution des lois dans ce sens ainsi que des associations pour la prise en main de ces cas.
 - iii. Consacrer dans les textes le viol sur époux, que le viol est répréhensible même lorsque l'agresseur et la victime sont unis par les liens du mariage
 - iiii. Renforcer la protection des Professionnel(l)es du Sexe contre la violence qui augmente leur vulnérabilité au VIH

Le droit à l'inviolabilité de sa personne, le droit de se faire rendre justice

- xlvi. Renforcer la capacité des associations de populations clés en matière de droit du travail dans le contexte du VIH;
- xlvii. Renforcer la coordination entre les organisations de la société civile et le Gouvernement pour une meilleure prestation des services aux niveaux national, régional et local. Par exemple, partager les défaillances dans la prestation de service et en trouver les solutions adéquates dans le domaine du VIH;
- xlviii. Privilégier aussi les mécanismes alternatifs de règlement des différends: mettre en œuvre des mécanismes disciplinaires, encourager les associations à agir à la place de ses membres (notamment pour les personnes vivant avec le VIH), utiliser les boîtes à doléances.;
- xlix. Mettre en place un service de conseil juridique spécialisé pour les populations clés et à travers le pays, entre autres, en partenariat avec les associations ou les cliniques juridiques.
 - i. Réformer les textes sur la transmission du VIH pour prendre en compte les principaux cas de figure: fautes lourdes ou non, l'intention de porter préjudice ou non, de privilégier les sanctions disciplinaires telle que la radiation ainsi que les recours en réparation devant les juridictions civiles. Notamment, la modification de l'Article 67 de la Loi 2005-040 pour laisser place à l'encouragement de l'utilisation des mesures de précautions universelles pour ce qui concerne le VIH.
 - ii. Limiter en principe les actions coercitives aux cas d'agression ou de volonté de nuire, considérant donc que les rapports consentis sont laissés à la règle de la précaution universelle que les intéressés doivent observer, et encourager les précautions dans ce sens. Procéder à un renforcement de compétences des personnes chargées de l'exécution des lois dans ce sens ainsi que des associations pour la prise en main de ces cas.
 - iii. Consacrer dans les textes le viol sur époux, que le viol est répréhensible même lorsque l'agresseur et la victime sont unis par les liens du mariage
 - iiii. Renforcer la protection des Professionnel(l)es du Sexe contre la violence qui augmente leur vulnérabilité au VIH

- liv. Organiser des séances de sensibilisation intensives pour bien rappeler que les actes ou rapports sexuels accomplis par les agents de l'autorité, dans le cadre d'une arrestation ou d'une détention doivent être systématiquement qualifiés de viol conformément à l'article 332 du Code Pénal malgache.
- lv. Sécuriser d'autres activités et emplois vers lesquels les jeunes peuvent être orientés comme des alternatives aux activités de commerce de sexe
- lvi. Renforcer la formation des services de soins et des forces de l'ordre pour les rendre plus sensibles aux droits humains.
- lxii. Reformuler les dispositions de l'article la loi n° 2011-002 du 15 juillet 2011 portant Code de la Santé, selon laquelle "toute personne se livrant à la prostitution doit être identifiée et fichée" et concernant les "mesures de surveillance spéciale" à leur égard qui peuvent entrer en violation des dispositions de la Convention de New York relative à la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui.

Autres

- lvii. Renforcer la protection des mineurs contre l'exploitation sexuelle, en garantissant leur sécurité durant les contrôles, ou éventuelles auditions et en renforçant la poursuite des clients, même les non touristes.
- lviii. Allouer 15% du budget national à la Santé Publique, conformément à la déclaration d'Abuja;
- lix. Ratifier le Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, signé par Madagascar le 7 septembre 2000;
- lx. Ratifier le Protocole à la Charte Africaine des droits de l'Homme et des peuples relatifs aux droits de la femme en Afrique.
- lxi. Reformuler les dispositions du Code Pénal sur la prostitution qui favorise les stigmatisations. Notamment, les articles 334 et 335 du code pénal qui mettent en avant un esprit de "lutte contre la prostitution" qui encourage la stigmatisation des PS, et l'utilisation du terme "prostitué" ou "prostitution" qui véhicule un jugement de valeur;

Partie I:

Introduction et contexte

Contexte général du pays

Madagascar est un État de l'Afrique Australe, situé au sud-est de la partie continentale et dans l'océan indien. Le pays s'étend sur une superficie de 587 295 km², avec 1600 km sur l'axe nord sud et 570 km sur l'axe est-ouest¹. Il est subdivisé en trois niveaux de Collectivités Territoriales Décentralisées: six (6) provinces, 22 régions et 1693 communes en 2015. La région *Atsimo Andrefana* tient la plus grande superficie avec 66.236km² et la région *Analamanga* est la plus peuplée avec une projection démographique de 3.439.589 de personnes en 2014². Le pays est constitué de 25,6 millions d'habitant en 2017, avec 36,5% de la population vivant en milieu urbain. Le taux de croissance démographique est de 2,7% pour une croissance annuelle de 1,4% du PIB qui est de 1416\$ par habitant, calculé en Parité de Pouvoir d'Achat PPA. L'âge médian est de 18,7 et l'espérance de vie à la naissance de 66,3. L'Index de Développement Humain de 0,519 classe le pays au 161^{ème} rang. Le taux d'alphabétisme est de 71,6% pour les adultes au niveau national (ENSOMD 2012-2013) mais le taux d'abandon scolaire dans l'enseignement primaire est de 64,9% (UNESCO, 2015). Le nombre d'années de scolarisation escomptées est de 10,6³. Les dépenses publiques dans l'éducation sont estimées à 2,57% du PIB (UNESCO, 2015).

Le Plan National de Développement mis en place par le Gouvernement pour la période de 2015 à 2019⁴ relève, comme un des problématiques-clés, la fragilité de l'économie suite aux crises à caractère cyclique. Les grandes orientations stratégiques sont avancées dans la Politique Générale de l'État et comprennent "L'élargissement de l'accès aux services sociaux de base de qualité".

Contexte sanitaire et économique

Le pays est subdivisé en 22 directions régionales de la santé et en 116 services de santé du district. Les services de soins sont assurés par des formations sanitaires publiques et privées. Au premier échelon, se trouvent les formations sanitaires de base offrant le Paquet Minimum d'Activité, composées de 2565 Centres de Santé de base⁵. Au second échelon, se trouvent les Centres Hospitaliers de Référence de District qui sont au nombre de 150, dont 50 disposent d'une unité chirurgicale. Le troisième échelon est formé par les Centres Hospitaliers de Référence Régionaux qui sont au nombre de 16 et les Centres Hospitaliers Universitaires qui sont au nombre de 6 et qui assurent des interventions médicales et chirurgicales spécialisées.

Le Plan National de Développement (PND) vise en son programme 4.1 la santé en normes de qualité et accessible à tous. Le PND relève également comme problématique la faible qualité des soins, l'accès limité aux médicaments essentiels avec la barrière géographique et financière. Les axes d'intervention proposés par le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) comprennent l'amélioration de l'accès de la population aux soins, la qualité des services et la réduction des disparités régionales. Dans le cadre du VIH, le PDSS se focalise surtout d'une part, sur la prévention et d'autre part sur la prise en charge, en mettant un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

Concernant la couverture en service de santé, Madagascar dispose uniquement de 1,4 médecins et 2 lits d'hôpital pour 100.000

1 Institut National des Statistiques. (2018). Madagascar en chiffre – INSTAT Madagascar. Accessible en ligne au: <https://www.instat.mg/madagascar-en-chiffre/> [consulté le 28 Sep. 2018].

2 Institut National des Statistiques. (2018). Madagascar en chiffre – INSTAT Madagascar. Accessible en ligne au: <https://www.instat.mg/madagascar-en-chiffre/> [consulté le 28 Sep. 2018].

3 Les données de ce paragraphe sont issues du document: UNDP.2018. *Human Development Indices and Indicators: 2018, Statistical Update*.

4 Ministère de l'Economie et de la Planification. 2015. Plan National de Développement 2015-2019

5 Suivant les données du Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019. Sur ces 2565 CSB, 941 sont des CSB1 (tenus par des paramédicaux) et 1621 de CSB2 (devant disposer au moins d'un médecin et de paramédicaux)

habitants⁶. Par ailleurs, 60% de la population habitent à moins de 5 km d'un CSB, à cela s'ajoute un faible accès aux médicaments essentiels⁷. L'accessibilité financière constitue également un défi. En 2010, le taux de consultation est de 32,7% avec le problème financier cité à 24,8% comme motif de non consultation⁸. En effet, près de 40% des dépenses en santé sont assurées par les ménages⁹, bien qu'il y ait une faible couverture sociale étant donné entre autres la faible part de l'emploi formel¹⁰. Malgré les fonds d'équité dans le FANOME, moins de 1% de la population est prise en charge par ces fonds¹¹. Une dimension inégalité s'y ajoute avec une différence d'accès pour les quintiles les plus riches et les plus pauvres. Aussi, la portion de 40% au bas de l'échelle des revenus, consulte au niveau des CSB1 et CSB2. Pourtant la faible qualité des soins a été soulevée par le PND, ainsi "46,6% des CSB2 censés être tenus par un médecin n'en disposent pas"¹². En 2013, 92% des malgaches vivent en dessous du seuil de la pauvreté. Selon la Banque Mondiale, la crise politique de 2008 à 2013 pourrait avoir contribué à une augmentation de 10 points dans ce chiffre¹³. La situation politique du pays marquée par des crises cycliques liées au changement de dirigeants, entraîne un ralentissement de la machine politique administrative dans un système déjà fortement centralisé. La rupture de stock en intrants et médicaments essentiels a été observée pendant ces périodes.

Réponse nationale au VIH

En 2016, la prévalence est estimée à 0,2% dans la population adulte (15-49 ans). Elle est supérieure à 5% dans certains groupes les plus exposés au VIH: 14,8% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et 7,2% chez les Consommateurs de drogues injectables (CDI) et 5,6% chez les Professionnels du sexe (PS)¹⁴.

A Madagascar, les premières données sur l'épidémie du VIH remontaient à 1987, à travers le système de surveillance de l'Institut Pasteur sur la base d'échantillons de sang provenant de donneurs de deux hôpitaux de la capitale¹⁵. Depuis 1987, un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) au sein du Ministère de la santé publique avait été mis en place, avec des plans à court terme et à moyen terme durant la période allant de 1987 à 2000. Le Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS) est, actuellement, l'organe national d'orientation et de coordination de la réponse nationale au VIH et au Sida à Madagascar. Il a été mis en place par le décret n° 2002-1156 du 02 octobre 2002, réorganisé par le décret n° 2017-071 du 05 février 2017 portant réorganisation du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida. Il dispose d'un secrétariat exécutif, l'organe de coordination de la lutte, de point focal au niveau des institutions, des départements ministériels et des organisations de la société civile, aussi bien que des structures territoriales d'intervention. Le Secrétariat Exécutif du CNLS (SE/CNLS) travaille en collaboration avec la Direction de

6 UNDP.2018. *Human Development Indices and Indicators: 2018*, Statistical Update. page 81

7 Ministère de l'Économie et de la planification. 2015. Plan National de Développement 2015-2019.

8 Institut National de la Statistique. Enquête auprès des Ménages 2010. Page 131

9 Ministère de la santé. Plan de Développement du Secteur Santé 2015-2019

10 Voir aussi, Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta. 2018. Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

11 Analyse de la finance en santé, enquête conjointe MSANP/MFB/OMG (juin 2012), relevé du Plan de Développement du Secteur Santé, 2015-2019.

12 Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement du Secteur Santé, 2015-2019. Page 9.

13 Banque Mondiale. 2013. Measuring the impact of the political crisis. Accessible au <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/06/05/madagascar-measuring-the-impact-of-the-political-crisis>. Consulté le 25 octobre 2018

14 ONUSIDA. 2018. <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/madagascar>

15 Genin C, Ramiandrisoa N, Radanielina R, et al. The detection of anti-HIV 1 antibodies in blood donors in Madagascar. *Presse Med* 1987; 16(44) :2230.

la Lutte contre les IST et le Sida du Ministère de la Santé, qui coordonne les offres de services cliniques liés à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, du conseil et du dépistage et de la prise en charge médicale des Personnes Vivant avec le VIH.

Depuis la mise en place du CNLS, le pays a pu mettre en œuvre trois plans quinquennaux de stratégie nationale: pour la période allant de 2001 à 2006, celle de 2007 à 2012, celle de 2013 à 2017 ainsi que le PSN actuel qui couvre la période allant de 2018 à 2022.

Le PSN 2001-2006, était plus focalisé sur la mise en place des mécanismes institutionnels et politiques de la réponse nationale et à la mise en place des cliniques préventives. Ce PSN avait comme cible la population générale.

Le PSN 2007-2012 a comme vision ce qui suit: *“D’ici 2015, Madagascar sera un pays où tous les Malagasy et en particulier les jeunes sont conscients des risques personnels, s’impliquent activement avec l’engagement des leaders dans la lutte contre le VIH/ Sida. Chaque individu accèdera facilement aux méthodes de prévention appropriées et les utilisera de façon responsable. Individu, famille et communauté apporteront soins et soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH”*. Il intervient, entre autres, sur l’amélioration de l’accès à l’information et aux services cliniques de prévention ainsi qu’à la réduction de l’impact pour les personnes infectées et affectées. Le PSN se concentre sur un groupe un peu plus précis et distingue d’une part les groupes noyaux et les groupes passerelles comme étant les plus vulnérables, et d’autre part les groupes vulnérables, en mettant en accent comme facteur de vulnérabilité, la mobilité liée au travail et le fait de vivre dans une zone de concentration de groupes noyaux et passerelles. Ce PSN, indique comme groupes les plus vulnérables, les travailleurs de sexe (TDS), les groupes des

professionnels mobiles, les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), la population carcérale, les Personnes Vivant avec le VIH et les utilisateurs de Drogues Injectables (UDI). Tantôt, ces groupes avec d’autres groupes sont désignés comme les populations clés les plus exposées au risque¹⁶, et le PSN semble se concentrer un peu plus sur les TDS, et avance d’ailleurs que la *“transmission hétérosexuelle du VIH est estimée à 97%”*¹⁷. Le Budget prévisionnel du PSN est chiffré à près de 160 millions en US Dollars¹⁸.

Le PSN 2013-2017 a comme vision: *“Madagascar comme un pays avec Zéro Nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination”*. Les cibles changent. Il avance que 99,3% des nouvelles infections se trouvent dans les groupes les plus exposés au risque. Il comporte dans ses priorités entre autres, la prévention, la promotion du comportement et des pratiques sexuelles à moindre risque, la prise en charge syndromique des IST, le counseling et le dépistage, mais en se focalisant surtout sur ces groupes de population les plus exposés aux risques d’infection à VIH: les consommateurs de drogues injectables (CDI), les HSH et les professionnel(le)s du sexe (PS). En outre, il renforce également la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH avec les orphelins et enfants vulnérables. Le PSN agit pour le droit des Personnes Vivant avec le VIH en luttant contre la discrimination, par la sensibilisation des personnes vivant dans le ménage avec une Personne Vivant avec le VIH sur les effets négatifs de la discrimination. Le Budget prévisionnel du PSN pour les 5 années est chiffré à près de 185 millions US dollars¹⁹.

Le nouveau PSN, intitulé Plan Stratégique National de la riposte multisectorielle aux IST, VIH et Sida 2018-2022 se fixe comme objectif, la réduction des nouvelles infections auprès de la population les plus exposées au risque,

16 Voir par exemple, l’annexe 1 du Plan, et qui ajoute dans ce groupe les jeunes marginalisés dans les communes fortement vulnérables création d’un environnement favorable à la riposte, notamment les droits humains. Les cibles

17 Comité National de Lutte contre le VIH/Sida. Plan d’action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au Sida 2007-2012.

18 Comité National de Lutte contre le VIH/Sida. Plan d’action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au Sida 2007-2012. Page 130

19 Comité National de Lutte contre le VIH/Sida. Plan d’action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au Sida 2007-2012. Cadrage budgétaire. P93

les jeunes de 10 à 24 ans et la population en général, la réduction de l'infection des nouveaux nés, et la réduction de la mortalité due au Sida²⁰. Les actions prioritaires sont dirigées, entre autres, vers la promotion de la prévention et la création d'un environnement favorable à la riposte, ce qui sous-entend une approche basée sur les droits de l'homme. Les cibles prioritaires, sont la population infectée et affectée, les populations clés les plus exposées aux risques et la population en contexte de vulnérabilité²¹. La vision du PSN 2018-2022 est "L'accès universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien est assuré à Madagascar dans le respect des droits humains". Le Budget prévisionnel du PSN est chiffré à près de 130 millions de dollars américains.

Une grande partie de budget de la riposte au VIH provient du financement extérieur. Selon le rapport d'activité du CNLS, pour l'année 2013, 90% du financement de la riposte ont été couverts par les partenaires techniques et financiers, dont 51% en prêts remboursables et 14,9% en financement du Fond Mondial. De ce dernier partenaire, près de 30 millions de dollars ont été décaissés depuis 2004 au Secrétariat Exécutif du CNLS, en plus des fonds attribués aux ONG, telles que Population Services International-Madagascar (PSI) ou la *Catholic Relief Services* (CRS). PSI Madagascar, une ONG américaine, travaille dans le domaine de la prévention du VIH, avec un accent sur le changement de comportement par le marketing social, la distribution des moyens de prévention, le dépistage du VIH et le traitement et la prévention des IST. Tout autant, parmi les principales ONG œuvrant dans le domaine de la lutte contre le VIH ou la protection des droits humains dans ce contexte, se place le réseau Mad'aids, regroupant 28 associations dans 22 régions. Le réseau Mad'aids vise à promouvoir une prise en charge globale et de qualité des personnes vivant avec le VIH. Puis, le réseau FIMIZORE

(*Fikambanana Miaro ny Zon'ny rehetra*), qui est un réseau d'associations œuvrant auprès des travailleurs de sexe assure la promotion de leurs droits et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Ensuite, l'association AINGA AIDES (Association des Intellectuels pour le Développement de l'Environnement et Socio culturel) agit dans les programmes de réduction des risques liés à la toxicomanie auprès des CDI, ainsi que la prévention et le dépistage auprès des personnes détenues.

Par ailleurs il existe d'autres organisations telles que:

- l'Association des Femmes Samaritaines qui travaille pour le renforcement des capacités des Professionnelles de Sexe: ceci inclut la formation (prévention des IST et VIH), la sensibilisation (dépistage et port de préservatif), la formation de leaders communautaires, la formation en technique de communication, l'instruction civique et le savoir-vivre;
- le *Sambatra Izay Salama* (SISAL) qui travaille sur la prévention auprès des populations les plus vulnérables et celles exposées au risque et
- le FISA (*Fianakaviana Sambatra*) dont les activités couvrent la promotion de la santé sexuelle de la reproduction.

Les organisations confessionnelles sont:

- le SAF/ FJKL (*Sampan'Asa ho an'ny Fampanandrosoana*) qui intervient sur la promotion de la santé reproductive,
- le EKAR, pour la sensibilisation spirituelle et la promotion de l'abstinence, et
- le FLM- SALFA, qui intervient dans des activités de renforcement des capacités

20 Comité National de Lutte contre le VIH/Sida, Plan stratégique national de la riposte multisectorielle aux IST, VIH et SIDA, 2018-2022, Draft 4, P 37

21 Selon le PSN 2018-2022, les populations en contexte de vulnérabilité sont composées de: Patients IST, Patients tuberculeux, Jeunes scolarisés et non scolarisés de 10 à 24 ans, Personnes détenues, Clients des professionnel(le)s de sexe, Femmes et enfants victimes de violence sexuelle et Hommes et femmes de 15 à 49 ans

VIH et Droits Humains à Madagascar

La loi n°2005-040 sur la lutte contre le VIH/Sida (loi n°2005-040) et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida a été promulguée le 20 février 2006. Elle offre un cadre de protection des droits humains dans le contexte de la réponse nationale. La loi prévoit de nombreuses prérogatives telles que le droit à l'information, le droit à la santé ou le droit à la non-discrimination. Cette loi dispose en particulier sur les droits de la population en général, par le droit à l'information et à la prévention, et surtout sur les droits des personnes vivant avec le VIH. La loi utilise aussi le terme de groupes vulnérables pour leur garantir une protection suffisante. Cette loi associe les *“Professionnels du sexe, les jeunes, les femmes et les enfants, les toxicomanes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes et les populations mobiles”*²² aux groupes vulnérables. Le décret n°2006-902 du 19 décembre 2006, portant application de la loi n°2005-040 susmentionnée (désigné décret n°2006-902) par contre énumère les groupes vulnérables comme étant: les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes et les analphabètes. Egalement, sans que cette loi ne classe les personnes détenues dans une catégorie quelconque, en disposant sur les droits des personnes vivant avec le VIH en milieu carcéral, la loi n°2005-040 et le décret n°2006-902²³ accordent plusieurs dispositions à la prévention du VIH en milieu carcéral.

La loi n°2005-040, adoptée en 2005 et promulguée en 2006 est reflétée dans la stratégie nationale de réponse au VIH, en l'occurrence, le PSN 2001-2006. Ce PSN est une stratégie orientée vers la prévention auprès

de la population générale, l'éducation et la communication, tout comme la protection des droits des personnes infectées. Les PSN successifs n'ont pas donné une définition des populations clés mais ont indiqué les groupes de personnes qui y sont inclus. Pour le PSN 2018-2022²⁴, ce groupe de populations clés est composé des: Professionnel(le)s de sexe, des Hommes ayant des rapports avec des Hommes, et des consommateurs de drogues injectables.

Le système juridique malgache fait partie des systèmes de tradition civiliste, autrement dit, appartenant au système de droit romano-germanique. Le droit est largement codifié et le juge n'a qu'un rôle limité dans la création du droit. Le système judiciaire est composé de trois ordres de juridiction: l'ordre judiciaire, qui se charge de connaître des affaires civiles, foncières, commerciales, sociales, et pénales. Ensuite, l'ordre administratif, qui connaît des affaires de contentieux administratif impliquant l'Etat et les Collectivités Territoriales Décentralisées. Enfin, l'ordre financier qui connaît des comptes de comptables publics et contrôle l'exécution des budgets et de la loi des finances. Les Cours sont composées des juridictions du premier degré, des cours d'appel, et enfin des juridictions de la Cour suprême regroupant la Cour de cassation, le Conseil d'Etat et la Cour des comptes. Le droit malgache a accordé une grande place à la coutume, qui a contribué dans le droit positif malgache, par sa codification. Des formes de juridiction coutumière existent. Le Dina est par exemple une forme de contrat social au niveau d'une communauté, des règles coutumières d'organisation de la société que les comités exécutifs font appliquer et dont la violation résulte en des réparations pécuniaires ou en nature. Le Dina reste tout de même règlementé par les textes²⁵.

22 Article 26 de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

23 A ces deux textes s'ajoutent plusieurs conventions internationales que Madagascar a ratifiées et qui intègrent des dispositions sur la protection des Personnes Vivant avec le VIH, qu'ils s'agissent de textes qui intègrent des aspects du VIH dans leur interprétation ou dans leurs libellés ou de textes traitant des droits de l'homme en général.

24 Comité National de Lutte contre le VIH/Sida, Plan stratégique national de la riposte multisectorielle aux IST, VIH et SIDA, 2018-2022, Draft 4, P 40

25 La loi n° 2001-004 du 25 octobre 2001 portant réglementation générale des Dina en matière de sécurité Publique et son décret d'application n°2014-1338.

Introduction à l'Évaluation du Cadre Juridique (LEA) pour le VIH & la Tuberculose

Le respect des droits humains peut avoir un impact stratégique sur la réponse nationale, or les lois ont un rôle majeur dans la protection des droits. La Commission Mondiale sur le VIH et le droit, dans son étude de référence publiée en 2012, soutient, que la stigmatisation des activités ou la stigmatisation des populations clés peut provenir de la lacune des lois elles-mêmes. *“Les lois interdisent ou permettent des comportements, et ce faisant, elles façonnent les politiques, l'économie et la sociétés »*²⁶

Au niveau de l'Afrique, le PNUD, met en œuvre pour la période de 2017 à 2020, en collaboration avec plusieurs partenaires, un projet régional sur le renforcement des environnements juridiques et politiques pour réduire le risque de transmission du VIH et améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes ainsi que celle des populations clés. C'est dans ce contexte que cette évaluation du cadre juridique s'inscrit. Elle est entreprise par l'Etat Malgache avec l'appui du PNUD, en partenariat avec le SE/CNLS et les principales organisations de la société civile intervenant dans le domaine de la lutte contre le VIH, tel que le réseau Mad'aids. A Madagascar, aucune évaluation juridique n'a été entreprise en vue de déterminer dans quelle mesure les lois et la pratique entravent ou promeuvent la réponse nationale au VIH et protègent ou violent les droits humains dans le contexte du VIH.

Cette étude permettra alors d'explorer les points forts et les points faibles des textes législatifs et réglementaires aussi bien dans leurs contenus que dans la pratique, après plus d'une décennie d'application et à la lumière des nouveaux outils d'évaluation juridique développés. Les résultats de cette étude pourront servir de points d'appui à

des investigations plus poussées en vue des prochaines réformes à entreprendre, notamment les réformes envisagées par la “commission nationale VIH et droit”.

Cette Commission a été créée à Madagascar, par décret en 2012 et reformée en 2017. Selon l'article 4 de ce décret: la commission a pour mission “ d'identifier les lacunes relatives aux respects des droits humains dans le cadre de la réponse au VIH, et en identifier les réformes nécessaires à entreprendre, de mettre en conformité la législation nationale relative à la lutte contre le VIH avec les instruments internationaux ratifiés par Madagascar; d'émettre des recommandations stratégiques, juridiques et techniques relatives à la protection des personnes infectées et affectées par le VIH.

But et portée de la LEA

L'objectif de l'évaluation de l'environnement juridique et réglementaire national (LEA) est d'évaluer les lois, les réglementations, les directives et politiques nationales, la pratique, les systèmes d'accès à la justice et la connaissance sur des droits humains dans le contexte de la riposte au VIH, afin de déterminer dans quelle mesure les lois protègent ou font obstacle à la mise en œuvre des droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés ou dans quelle mesure, elles soutiennent ou entravent la réponse nationale au VIH. Ceci dans le but d'émettre les recommandations adéquates en vue de la mise en place d'un environnement juridique favorable, respectant les droits humains et soutenant la réponse nationale.

Conduite dans le cadre du projet: “associer les Politiques à la Programmation pour les Jeunes Populations Clés”, l'étude sera aussi orientée vers les jeunes populations clés, tout en incluant les personnes infectées et affectées, et une partie des populations vulnérables.

26 Commission mondiale sur le VIH et le droit, « Risques, droit et santé », 2012 préface. La Commission a pour mission d'étudier le rôle des lois dans l'efficacité de la réponse au VIH.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques suivants concourent à l'atteinte de l'objectif principal:

- a. Evaluer la protection des droits des Personnes Vivant avec le VIH et des populations clés contre la discrimination et la stigmatisation dans les textes de loi et au niveau des centres de soins et dans le milieu du travail. En particulier, identifier les cas de discrimination ou restriction d'accès à différents services par les Personnes Vivant avec le VIH et les populations clés, du fait de leur statut
- b. Identifier les impacts de la criminalisation de la transmission du VIH et de la criminalisation des activités des populations clés sur leurs droits et aussi leur accès aux services de prévention, de soin et de prise en charge du VIH
- c. Inventorier les droits composant le droit à la santé des Personnes Vivant avec le VIH et des populations clés, ensuite, en évaluer l'effectivité et la régularité (approche basée sur les droits de l'homme dans le domaine de la santé)
- d. Déterminer le niveau d'accès à la justice par les Personnes Vivant avec le VIH et les populations clés pour le respect de leurs droits
- e. Fournir des recommandations, le cas échéant, pour la modification des textes en vue d'un cadre législatif et réglementaire respectueux des droits de l'Homme et soutenant la réponse nationale au VIH et au Sida et respectueux des droits de l'homme. Les recommandations concernent d'ailleurs, les pratiques qui ne seraient pas conformes à la loi et qui entravent la réponse nationale.

Principaux livrables

Les principaux livrables sont les suivants:

- Le rapport initial et le plan de travail. Ce rapport décrit le processus, la méthodologie à suivre dans le cadre de

l'évaluation et les activités à entreprendre: la revue documentaire, les interviews des informateurs clés et les focus group discussion avec les populations clés, et la rédaction finale;

- La revue documentaire: Il s'agit de la revue des documents techniques et littéraires pertinents tout comme des textes de lois concernant le VIH;
- Un rapport préliminaire: Le rapport préliminaire de l'évaluation juridique est établi à l'issue des interviews avec les personnes ressources et les populations clés de même que, sur la base de la revue documentaire. Ce rapport identifie la nature et l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination, de l'inégalité basée sur le genre et des violations des droits humains qui affectent les populations clés et évalue leur accès aux soins et à la prévention;
- Le rapport final: Il est établi à la suite de l'atelier national de validation pendant lequel les résultats et les recommandations sont présentés. Le rapport final prend en compte les remarques et suggestions émises durant l'atelier.

Approche technique

L'étude adopte une approche basée sur les droits de l'Homme. En réaffirmant ce qui suit: «... tous les programmes et politiques de lutte contre le VIH et le Sida doivent accorder une place centrale à la promotion, à la protection et au respect des libertés et des droits fondamentaux de tous», la Déclaration politique sur le VIH et le Sida de 2016 des Nations Unies consacre l'approche basée sur les droits de l'Homme dans la mise en œuvre de la réponse nationale.

Il s'agira entre autres, dans les questions liées au VIH, de:

- Déterminer si l'Etat en tant que débiteur d'obligations, respecte les droits fondamentaux de tous;
- Déterminer si les droits de l'Homme ne sont pas entravés par des actions ou par l'intervention de tierces personnes;

- Déterminer si l'Etat prend, progressivement les actions nécessaires en vue de la réalisation des droits de l'Homme²⁷.

Les principaux droits qui ont été abordés dans l'étude sont particulièrement, le droit à l'égalité et la non-discrimination, le droit à la santé, incluant le droit à l'information, et l'accès à la justice. L'approche est essentiellement qualitative tout au long de l'étude.

Méthodologie de recherche

La revue documentaire

Elle consiste à identifier les documents pertinents pour l'étude et de recueillir les données, les informations et la position des parties prenantes sur les thématiques de l'étude, de voir dans quelle mesure, ces informations sont liées à l'étude et même, éventuellement, de les exploiter.

Les documents comprennent:

- Les conventions internationales et régionales touchant les Droits de l'Homme et le VIH
- La Constitution, les lois et les textes réglementaires régissant la lutte contre le VIH et les droits humains dans ce contexte
- Les documents officiels des organisations étatiques portant plan stratégique dans le domaine du VIH
- Des documents et rapports des organisations internationales et nationales non gouvernementales, ceux de la société civile et des ouvrages académiques se rapportant au domaine.

Les interviews des personnes ressources

Les personnes ressources sélectionnées parmi celles travaillant dans le domaine du VIH, incluent les responsables des Ministères et des agences étatiques, celles des organisations

non gouvernementales et des organisations internationales partenaires techniques et/ ou financiers, tout comme des leaders traditionnels ou confessionnels.

Ces interviews se basent sur les expériences de ces personnes fortement impliquées dans le processus de décision ou d'exécution dans le domaine du VIH. Les informations recueillies incluent les enjeux et les obstacles perçus dans le domaine de la lutte contre le VIH et la protection des droits des personnes. Des recommandations ont été également recueillies.

L'annexe C renseigne sur la liste des personnes contactées.

Les Focus Groups Discussions et les questionnaires

Les FGDs ont permis de recueillir des informations pratiques sur le vécu des personnes clés, sur la nature et l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination qu'elles subissent, sur leur accès aux services de santé, de soin et de traitement, sur les aspects de la criminalisation qui pourraient affecter leurs droits, à l'instar de leur possibilité à mettre en œuvre leurs droits et à exiger de l'Etat ses obligations.

Un questionnaire individuel a également été soumis avant la tenue du FGDs pour recueillir les mêmes informations, tout en permettant à tous de s'exprimer sur ses propres opinions sans être influencés par ceux des autres membres du groupe.

Les FGDs ont été tenus avec les principales populations clés identifiées dans le PSN dans les 4 régions identifiées avec les partenaires à savoir: les HSH, les Professionnel(le)s du Sexe et les CDI, composé en moitié de Jeunes. Étant donné qu'il s'agit d'une évaluation juridique, les focus comprennent aussi les Personnes Vivant avec le VIH, les détenus et les jeunes sur lesquels la loi dispose largement. 345 personnes ont participé aux focus groups L'annexe B énumère la liste des FGD tenus.

27 http://cuhd.org/wp-content/uploads/3_ABDH-2016.pdf

Validation de la méthodologie et des résultats de l'étude

La validation de la méthodologie et des résultats de l'étude s'est faite en trois étapes:

- **Le suivi et la validation par l'équipe de projet**

L'équipe de projet composée de superviseurs administratifs et superviseurs techniques, incluant un consultant international dans le domaine du VIH et du droit, assure l'orientation de l'étude et une première validation de la méthodologie et des résultats proposés par les consultants.

- **Le suivi et la validation par le comité de pilotage**

Le Comité de Pilotage assure la validation du projet à deux niveaux: au moment du rapport initial et du plan de travail quant à l'orientation de l'étude, et avant la validation nationale quant aux résultats de l'étude.

Le Comité de Pilotage est composé des organisations parties prenantes dans la lutte contre le VIH, des représentants des Ministères, des représentants d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, des représentants des associations des populations clés.

- **L'atelier de validation nationale**

Les résultats sont soumis à un atelier national consultatif composés des principales parties prenantes dans le domaine du VIH afin de recueillir leurs positions, avis et recommandations sur le résultat présenté dans le rapport préliminaire d'évaluation de l'environnement juridique. Ces avis et recommandations sont incorporés dans le rapport final d'évaluation juridique

Limites de l'étude

L'évaluation juridique est limitée par les facteurs suivants:

- Le recrutement des participants se fait par l'intermédiaire de leurs associations et organisations. Cette méthodologie pourra ainsi avoir comme conséquence d'exclure de l'étude l'avis de certains membres des populations clés et d'autres personnes cibles, qui ont choisi de ne pas faire partie du "système" ou dont l'auto-stigmatisation est telle qu'ils s'excluent du système"
- L'évaluation s'est limitée à quelques thématiques vu l'étendue du sujet. Plusieurs autres aspects juridiques du VIH restent à étudier (comme le droit de la propriété intellectuelle par exemple)
- Compte tenu des contraintes temps et du fait qu'aucune étude similaire n'a été entreprise dans ce domaine, elle a essentiellement un caractère exploratoire, qualitative et vise surtout à soulever les principaux enjeux et obstacles en vue d'une analyse approfondie avant d'éventuelles réformes
- Durant les focus group des personnes détenues, le personnel de soin responsable des établissements était présent. Leur présence pourrait bien avoir eu un impact sur la participation et les réponses des personnes détenues du focus group

Partie II:

Cadres International, Régional et National des droits de l'homme

Cette partie examine les cadres international, régional et national des Droits de l'Homme et plus spécifiquement du VIH qui peuvent être applicables à Madagascar dans le domaine de la lutte contre le VIH et protection des droits des personnes dans ce contexte, à Madagascar. Il sera développé dans cette partie:

- Une réponse fondée sur les Droits de l'Homme et au VIH: qu'est-ce qu'une réponse au VIH fondée sur les droits de l'Homme et comment elle oriente le choix de la problématique et des thématiques abordées dans l'évaluation ?
- L'application des normes internationales et régionales des Droits de l'Homme à Madagascar. Il sera identifié les normes relatives aux Droits de l'Homme au niveau international et régional avec leur application dans le domaine du VIH à Madagascar. Il sera aussi question de limiter dans quelles mesures les dispositions de ces traités et conventions sont applicables. Un inventaire des dispositions des traités et conventions internationales applicables, relatifs aux VIH et la protection des Personnes Vivant avec le VIH, au droit à la santé et à tous autres droits humains pouvant être liés à la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH sera fait;
- Les normes nationales de Droits de l'Homme et les principaux Droits de l'Homme dans le contexte du VIH; il s'agit de celles issues du cadre juridique et réglementaire malgache, principalement la Constitution.

Réponse fondée sur les Droits de l'Homme et le VIH

L'approche basée sur les droits de l'Homme est fondée sur le principe que les actions et programmes doivent promouvoir la réalisation des droits de l'Homme tels que disposés dans la Constitution Nationale et dans les instruments internationaux, régionaux et nationaux²⁸.

Appliquée dans le domaine du VIH, l'approche part spécifiquement du Pacte International sur les droits économiques, sociaux et culturels, des observations générales de son comité, et de la Constitution Malgache, dans lesquels, le droit à la santé est le plus développé.

Notre étude suit une partie de l'approche par les droits de l'Homme dans la mesure où:

- Elle recense les droits et obligations des parties prenantes tels qu'ils résultent des instruments internationaux et des textes nationaux
- Elle évalue dans quelle mesure ces droits sont réalisés, respectés ou protégés par l'Etat, et
- Elle évalue dans quelle mesure, est ce que les détenteurs de droits, peuvent avoir accès à la justice pour réaliser ces droits, en cas de violation.
- Dans une certaine mesure, et en vue des recommandations, elle peut procéder à *"une analyse de la capacité"* des parties prenantes sans toutefois s'y étendre.

Tout autant, l'étude évalue également le rôle du cadre juridique pour voir dans quelle mesure il promeut ou entrave les interventions dans la réponse au VIH. C'est ainsi que cette étude se focalise particulièrement sur: le droit à l'égalité et la non-discrimination, le droit à la santé et l'accès à la justice.

Application des textes Internationaux et régionaux des Droits de l'Homme à Madagascar

Les dispositions sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH, qu'il s'agisse de dispositions spécifiques ou d'articles généraux sur les droits de l'Homme sont constituées pour une grande partie par les conventions internationales et régionales.

28 World Health Organization (2009) A Human Rights Based Approach to Health: Policy Brief

Madagascar est signataire de plusieurs traités et conventions internationales sur les Droits de l'Homme, qu'ils soient de portée internationale ou régionale.

La procédure d'adhésion aux conventions internationales suit la même procédure que celle de la ratification. Cette première étant réservée aux traités déjà entrés en vigueur. La ratification se fait au niveau du Parlement et suivant la même procédure qu'une proposition de loi. La convention une fois ratifiée, acquiert une valeur supérieure aux lois organiques.²⁹

En effet, l'article 137³⁰ de la Constitution en vigueur place les traités ratifiés seconde place dans l'ordonnement juridique interne, après la Constitution et avant les lois et ordonnances dès leur publication effectuée.

Selon la Constitution, les traités et les conventions sur l'état des personnes sont obligatoirement soumis à la procédure de ratification. La supériorité des conventions internationales aux textes législatifs, a comme conséquence d'une part que les textes de normes inférieures pris ultérieurement doivent se conformer à ces conventions, mais aussi d'autre part que les textes pris antérieurement doivent faire l'objet d'une révision. Dans sa décision concernant le contrôle de constitutionnalité de la Charte Africaine des valeurs et des principes de la Décentralisation, de la Gouvernance Locale et du Développement Local, en vue de la procédure de ratification, la Haute Cour Constitutionnelle suivant sa décision n°12-HCC/D1 du 29 juillet 2016, énonce que les textes relatifs à la décentralisation doivent être mis en conformité, dès l'entrée en vigueur de la Charte.

La non ratification d'un traité, n'enlève tout de même pas complètement son caractère contraignant. Selon l'article 18 de la Convention de Vienne sur les droits de traité: un Etat doit s'abstenir d'actes qui priveraient un traité de son objet et de son but lorsqu'il a signé le traité.

Madagascar a signé, adhéré ou ratifié les conventions internationales suivantes qui contiennent des dispositions pertinentes sur les Droits de l'Homme et le VIH³¹

Textes	Signature/ Adhésion	Ratification
Pacte international relatif aux droits civils et politiques	17 septembre 1969	21 juin 1971
Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	14 avril 1970	22 septembre 1971
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	17 juillet 1980	17 mars 1989
Convention relative aux droits de l'enfant	19 avril 1990	19 mars 1991
Convention relative aux droits des personnes handicapées	25 sept 2007	12 juin 2015
Convention sur la discrimination dans le domaine de l'emploi et de la profession	-	11 août 1961 ³²

29 <http://www.hcc.gov.mg/autres/communique-6/>

30 Article 137: Le Président de la République négocie et ratifie les traités. Il est informé de toute négociation tendant à la conclusion d'un accord international non soumis à ratification. La ratification ou l'approbation de traités d'alliance, de traités de commerce, de traités ou d'accord relatif à l'organisation internationale, de ceux qui et approuvés, en engageant les finances de l'Etat y compris les emprunts extérieurs, et de ceux qui modifient les dispositions de nature législative, de ceux qui sont relatifs à l'état des personnes, des traités de paix, de ceux qui comportent modification de territoire, doit être autorisée par la loi. Avant toute ratification, les traités sont soumis par le Président de la République, au contrôle de constitutionnalité de la Haute Cour Constitutionnelle. En cas de non-conformité à la Constitution, il ne peut y avoir ratification qu'après révision de celle-ci. Les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie. Tout traité d'appartenance de Madagascar à une organisation d'intégration régionale doit être soumis à une Consultation populaire par voie de référendum.

31 Source: <https://treaties.un.org/>

32 Source: <https://www.ilo.org/dyn/normlex>

Textes	Signature/ Adhésion	Ratification
Convention concernant la lutte contre la discrimination dans le domaine de l'enseignement	-	21 Décembre 1964 ³³
Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples	-	09 mars 1992 ³⁴
Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples portant création d'une Cour africaine des droits de l'Homme et des peuples	-	14 janvier 2008
Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples se rapportant aux droits des femmes	28 février 2004	Non ratifié
Charte Africaine des Droits et du Bien être de l'enfant	27 février 1992	17 janvier 2005
Charte africaine de la démocratie, des élections et de la gouvernance	31 janvier 2014	20 avril 2016

En plus des Conventions Internationales signées et ratifiées, se trouvent les déclarations, engagements qui ne sont pas juridiquement contraignants mais ont une autorité morale, et auxquels chaque pays peut s'inspirer et dont ils peuvent insérer les principes dans leurs plans, politiques et stratégies. Ainsi, par exemple, Madagascar dans son Plan Stratégique National 2018-2022 fait référence à plusieurs reprises de la déclaration politique 2016 sur le VIH, qu'il fait sienne dans la riposte nationale.

Les documents suivants sont quelques actes pertinents dans le domaine du VIH à Madagascar:

- La déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948;
- La Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida de 2001: À crise mondiale, action mondiale;
- La Déclaration politique sur le VIH et le Sida de 2006: assurer l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui concernant le VIH;
- La résolution 1983 du Conseil de Sécurité en 2011;
- La résolution 1308 du Conseil de Sécurité en 2000 sur le VIH et les opérations internationales de maintien de la paix;
- La Déclaration politique de 2016 de l'Assemblée Générale des Nations Unies Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de Sida d'ici à 2030;
- Les objectifs de Développement Durable des Nations Unies de 2015.

Normes nationales des Droits de l'Homme et principaux Droits de l'Homme applicables dans le contexte du VIH

La Constitution Malgache de 2010 consacre les principaux Droits Humains dans le texte principal et dans le préambule. Il consacre le respect et la protection des libertés et droits fondamentaux et l'élimination de toutes les formes d'injustice, de corruption, d'inégalité et de discrimination. Ensuite la Constitution dispose des droits fondamentaux dans son titre II sur les libertés, les droits et les devoirs des citoyens.

33 Source: <https://fr.unesco.org/countries/madagascar/conventions>

34 Source: <http://www.achpr.org/fr/>

Article 06: Le principe de l'égalité en droit et la non-discrimination

Article 08: Le droit à la vie

Article 09: Le droit à la liberté

Article 11: Le droit à l'Information

Article 10: Les libertés d'opinion et d'expression, de communication, de presse, d'association, de réunion, de circulation, de conscience et de religions

Article 12: Le droit d'aller et de venir

Article 13: Le droit à l'inviolabilité de sa personne, le droit de se faire rendre justice

Article 14: Le droit de constituer librement des associations

Article 15: Le droit de se porter candidat aux élections Article 17: Le droit à la dignité et à l'intégrité

Article 19: Le droit à la protection de sa santé Article 20: Le droit de fonder une famille

Article 23: Le droit de l'enfant à l'instruction et à l'éducation

Article 26: Le droit de participer à la vie culturelle de la communauté

Article 28: Le droit à la non-discrimination dans le cadre du travail

Article 29: Le droit à une juste rémunération

Article 31: Le droit de tout travailleur de défendre ses intérêts

Article 32: Le droit des travailleurs de participer à la détermination des règles et des conditions du travail

Article 33: Le droit de grève

Article 34: Le droit à la propriété individuelle

Dans le cadre du VIH, il sera retenu, d'une part, le principe de l'égalité et la non-discrimination, le droit à la non-discrimination dans le cadre du travail, le droit à l'inviolabilité de sa personne, le droit de se faire rendre justice, le droit à la dignité et à l'intégrité, et enfin le droit à la protection de la santé. Ces droits seront abordés dans la troisième partie de cette étude.

Il sera analysé brièvement: le droit à l'information, le droit d'aller et de venir ainsi que le droit de fonder une famille.

Le Droit à l'information

Le droit à l'information est garanti par l'article 11 de la Constitution. Selon la décision n°30-HCC/D3 du 12 août 2016 de la Haute Cour Constitutionnelle, il recouvre des droits indissociables suivants: le droit de rechercher, de recevoir et de communiquer librement des informations et des opinions quel que soit le média utilisé.³⁵

Dans le contexte du VIH, le droit à l'information implique le droit de disposer des éléments de décisions nécessaires pour la prévention et le soin sur le VIH et le Sida ainsi que le droit de connaître son propre état de santé, à travers le dépistage.

Dans ce cadre, l'Etat a l'obligation de

- Respecter ce droit: en s'abstenant de faire des actes qui pourraient l'entraver, tel que retenir des informations capitales, sauf le cas de motif d'Ordre Public;

35 Haute Cour Constitutionnelle, Décision n° 30-HCC/D3 du 12 août 2016 relative à la loi n°2016-029 portant Code de la communication médiatisée, <http://www.hcc.gov.mg/decisions/d3/decision-n-30-hccd3-du-12-aout-2016-relative-a-la-loi-n2016-029-portant-code-de-la-communication-mediatisee/>

- Protéger ce droit: contre les interventions des personnes tierces qui peuvent l'entraver. Sous cet aspect, par exemple, la protection contre les informations inappropriées sur le VIH ou la promotion de traitement inefficace par des tierces personnes;
- Réaliser: prendre les mesures nécessaires pour aboutir à sa réalisation.

La loi malgache n°2005-040³⁶ sur la lutte contre le VIH/Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida a l'avantage de contenir de dispositions suffisantes traitant de ce dernier aspect de l'obligation. La loi pose que des programmes d'informations, d'éducation et de communication soient élaborés et diffusés sur tout le territoire national, et que par surcroît ils soient adaptés selon l'âge, le sexe, la nature d'activités et le cas échéant l'orientation sexuelle du groupe cible³⁷.

Les objectifs assignés à l'information sont d'autant pertinents dans l'article 31 et 32 du décret n°2006-902 :

- Informer chaque individu sur les tenants et les aboutissants du VIH et du Sida;
- Permettre à chaque individu d'avoir les compétences nécessaires pour évaluer les facteurs qui exposent individuellement et collectivement au risque d'infection;
- Permettre à chaque individu d'agir de façon à réduire le risque;
- Amener les communautés à ne plus avoir peur des Personnes Vivant avec le VIH.

La loi dispose spécifiquement sur le droit à l'information et à l'éducation dans quelques domaines:

- L'éducation, chargeant le Ministère de l'éducation de l'élaboration d'un programme

pédagogique incluant le Sida, en vue de l'information, l'éducation et la sensibilisation des élèves sur la prévention et la lutte contre le VIH et le Sida³⁸;

- Le milieu carcéral, chargeant le Ministère de la Justice et le Ministère de la santé d'organiser des séances d'information/formation périodiques avec possibilité de dépistage du VIH pour les personnes en détention³⁹;
- Le milieu du travail: où toutes les institutions publiques ou privées ont le devoir d'informer, de sensibiliser et de former leurs personnels sur les mesures prises pour l'efficacité de la lutte contre le VIH⁴⁰.

Madagascar n'impose pas aux non ressortissants le test du VIH pour une demande d'admission sur son territoire. La séropositivité réelle ou supposée ne constitue pas un motif de restriction à la liberté de mouvement ou de résidence.

Le droit de fonder une famille

C'est l'article 20 de la Constitution malgache qui consacre le droit de fonder une famille. Le droit de fonder une famille implique le droit de se marier, et le droit d'avoir des enfants. Le droit de se marier implique que la liberté de se marier soit le principe. La loi n°2005-040⁴¹ dispose en son article 29 que *"les personnes vivant avec le VIH/Sida ont droit au mariage et à la procréation. Leur statut sérologique ne constitue pas une cause valable d'empêchement au mariage, ni une cause de divorce, sauf en cas de dol"*. Le droit malgache impose comme condition au mariage le consentement, l'absence de tout lien de mariage et les

36 loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

37 Article 17 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

38 Article 43 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

39 Article 83 du décret n°2006-902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

40 Article 27 du décret n°2006-902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

41 loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

conditions des formes et pose des restrictions quant à l'âge et le degré de parenté etc. Une ou deux personnes séropositives satisfaisant aux conditions légales devraient, en conséquence, pouvoir se marier librement. Le droit malgache n'impose pas aux futurs époux le test VIH prénuptial ni l'obligation de révéler à l'autre leurs statuts sérologiques positifs avant de contracter mariage. La loi et le décret sur la lutte contre le VIH, cependant, permettent à un médecin de notifier à une personne le statut sérologique positif de son partenaire, ce sans violer son devoir de confidentialité, si et seulement s'il y a un projet de mariage entre les deux personnes⁴². Ni la loi, ni la jurisprudence ne sont cependant claires, si le fait de ne pas révéler ou de cacher son statut sérologique positif est un motif suffisant d'annulation du mariage, pour vice de consentement ou s'il est seulement un motif de divorce pour cause de dol tel que mentionné à l'article 29 de la loi n°2005-040 précédent.

Le droit à la procréation est consacré par la loi sur le VIH à son article 30,⁴³ ce qui voudrait dire que toute interruption de grossesse sur le seul motif du statut sérologique positif de la mère serait donc en violation de ce droit.

Limitations des droits

Les applications des droits Humains ne sont pas toujours absolues, elles peuvent être limitées par des principes ou des conventions internationales. Les limites sont posées par les conventions elle mêmes, par réserves émises des Etats signataires ou bien par des dispositions nationales suivant des principes généraux de droit.

L'une des conventions principales des Droits de l'Homme applicables dans le domaine du

VIH est le PIDESC dont l'article 3 délimite les obligations des Etats en ces termes: " Chacun des Etats parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives".

Sur ce pacte, le Gouvernement Malgache qui l'a ratifié le 22 septembre 1971, n'a émis de réserve que pour l'application du paragraphe 2 de l'article 13 sur "*l'accessibilité à tous, et la gratuité de l'enseignement primaire*".

En général, dans la Constitution malgache, il y a d'autres limites posées aux principaux droits humains :

- Le droit à la vie est limité pour les cas de légitime défense (Article 8);
- Les libertés d'opinion et d'expression, de communication, de presse, d'association, de réunion, de circulation, de conscience et de religion sont limitées par les impératifs d'ordre public (Article 10);
- Le droit à l'information est soumis à certaines conditions et formalités (article 11);
- Le droit à la santé est limité par la capacité de la solidarité nationale (article 19).

42 Voir l'article 63 de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA: '...lorsque la protection d'un partenaire mis en danger l'exige, le médecin peut valablement informer celui-ci...' et de l'article 26 du décret n°2006-902 du 19 décembre 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA 'il y a danger...quand la Personne Vivant avec le VIH décide de se marier alors qu'elle refuse d'informer son partenaire de son statut sérologique'.

43 L'article 30 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA dispose: La femme séropositive a droit à la maternité. Elle bénéficie de toutes les dispositions mises en œuvre par l'Etat dans le cadre du programme de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant et dans le cadre de la politique de santé de la reproduction.

Partie III:

Analyse des lois, règlements et politiques à Madagascar

Lois sur l'égalité, la non discrimination et la stigmatisation

Il y a le principe de la non-discrimination qui dénonce toute forme de traitement défavorable et différentiel basé sur le seul statut sérologique d'une personne. D'autre part, il y a le principe de l'égalité en droit, c'est à dire l'égal exercice des droits humains tel que le droit au mariage, le droit à l'éducation, ou le droit à la santé.

Si la discrimination est le traitement injuste et inéquitable d'un individu basé sur son statut sérologique VIH réel ou présumé⁴⁴. La stigmatisation, par contre selon, l'ONUSIDA, peut être décrite comme un processus de dévaluation d'une personne vivant avec le VIH ou ayant un lien avec le VIH et le Sida.

Problèmes

La discrimination et le traitement non égalitaire constituent une atteinte aux droits humains d'une personne. La stigmatisation, en plus du fait qu'elle peut être une atteinte à l'honneur et à la dignité d'une personne, a en outre une conséquence négative sur la réponse au VIH car elle peut dissuader les personnes concernées d'accéder aux services de prévention et de traitement appropriés.

Globalement, parmi les principaux actes de discrimination ou d'atteinte au principe de l'égalité en droit, l'on compte la discrimination dans le cadre du travail,⁴⁵ qui sera abordé dans la section sur l'emploi. Le problème de la discrimination touche également le domaine de l'éducation, qu'il s'agisse de la Personne

Vivant avec le VIH ou d'un membre de sa famille. De même, la discrimination peut concerner l'accès au financement quand le statut sérologique constitue le principal motif pour refuser un prêt bancaire à une personne, de même qu'elle peut concerner l'accès au logement.⁴⁶ Enfin, l'égalité de traitement et la non-stigmatisation concernent l'accès au soin⁴⁷ et au traitement, et constituent un des défis majeurs des Personnes Vivant avec le VIH et les populations clés.

La stigmatisation peut prendre la forme de jugement de valeur à caractère moral, à des actes de rejet et d'évitement ou des actes de dévalorisation. La discrimination, par contre prend généralement la forme de manœuvre dilatoire. La stigmatisation et la discrimination concernent plusieurs domaines, mais la famille, la société et les centres de soin sont les plus cités. Ils ont pour conséquence la rupture des liens avec la personne concernée ou le service concerné, quand cela est possible, à des doléances au niveau des associations mais rarement à des plaintes au niveau judiciaire. Les actes de stigmatisation peuvent être suivis d'une auto stigmatisation de la part de la personne concernée⁴⁸.

A Madagascar, la discrimination et la stigmatisation dans la réponse au VIH concernent non seulement les Personnes Vivant avec le VIH mais également les autres membres des groupes des populations clés, telles que les HSH, les Professionnel(le)s du Sexe et les CDI. Concernant les Personnes vivant avec le VIH, l'Enquête Nationale Sur Le Suivi Des Objectifs Du Millénaire Pour Le Développement À Madagascar (ENSOMD) 2012-2013 de Madagascar avait conclu que le problème de stigmatisation et de discrimination demeure un défi majeur à relever pour le pays et que c'est rare de

44 UNAIDS. Stigma and Discrimination, Fact Sheet. (2003). http://data.unaids.org/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_en.pdf

45 Voir par exemple les articles 44 et 46 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

46 Voir par exemple l'article 31 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

47 Voir par exemple l'article 12 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

48 Vice-Primature chargée de la Santé Publique. 2013. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. Object 6. Page 48

trouver des personnes avec une attitude positive vis-à-vis des Personnes Vivant avec le VIH. En effet, en considérant quatre situations particulières⁴⁹ nécessitant une tolérance vis-à-vis des Personnes Vivant avec le VIH, une faible proportion de femmes et d'hommes (4% et 5% respectivement) montraient une attitude positive à l'égard de des Personnes Vivant avec le VIH⁵⁰.

Orientation Internationale et orientation Régionale

Le droit à la non-discrimination est évoqué par le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) qui garantit la non-discrimination dans l'exercice des droits qui y sont énoncés. Encore, il cite les motifs sur la base desquels la discrimination est interdite, tels que *"la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation"* (article 02-PIDESC). Si l'orientation sexuelle et l'identité de genre et ainsi que l'état de santé ne figurent pas parmi les motifs de discriminations interdits par ce texte, c'est l'Observation Générale n°20 de 2009⁵¹ qui vient les inclure sous l'expression *"toute autre situation"*. L'Etat de santé comprend aussi bien, la santé physique que la santé mentale et les États parties devraient veiller à ce que l'état de santé réel ou perçu d'une personne ne soit pas un obstacle à la réalisation des droits consacrés par le

PIDESC. L'Observation Générale n°20 de 2009 cite nommément l'exemple de la séropositivité, en précisant qu'elle ne doit pas être utilisée comme un motif pour un traitement différencié, en ce qui concerne *"l'éducation, l'emploi, les soins de santé, les voyages, la sécurité sociale, le logement et l'asile"*.

Sur ces bases, la Commission Mondiale sur le VIH et le Droit, dans son rapport phare sur le VIH et le droit "Risques, droit et santé" de 2012⁵² dénonce les dispositions discriminatoires et recommande aux Gouvernements, des actions positives en vue d'aboutir à l'égalité et à la non-discrimination.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, bien qu'elle n'ait qu'une valeur déclarative, dans son article 12 pourrait se référer à la stigmatisation à travers sa notion d'atteinte à l'honneur et à la réputation en ces termes: *"Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes"*.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme bien qu'elle n'ait qu'une valeur déclarative, dans son article 12 pourrait se référer à la stigmatisation à travers l'atteinte à l'honneur et à la réputation. Selon cet article, *"Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes"*.

49 Au cours de l'ENSOMD, il a été demandé aux femmes et aux hommes qui avaient entendu parler du VIH, quelle attitude ils adopteraient s'ils se trouvaient confrontés à certaines situations impliquant des personnes vivant avec le VIH. Plus précisément, il s'agit des quatre situations suivantes:

- demander s'ils seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent ayant contracté le VIH,
 - s'ils achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH,
 - s'ils pensaient qu'un(e) enseignant(e) ayant contracté le VIH mais qui n'est pas malade devrait être autorisé(e) à continuer à travailler, et enfin
 - s'ils pensaient qu'il fallait garder secret le statut d'un membre de la famille ayant contracté le VIH.
- 50 À partir de ces résultats, un indicateur combiné qui évalue le niveau global de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH a été défini.

50 Par exemple, une participante du FGD-Personnes Vivant avec le VIH- Nosy Be du 5 avril avait confié que face à la stigmatisation faite à son encontre, sa solution est de couper le contact avec ces personnes.

51 Comité des Droits Economiques Sociaux et Culturels. (2009). Observations Générales n°20 du 02 juillet 2009: la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels. Voir https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/General%20Comment%2020_2009_FR.pdf Consulté le 1er avril 2019

52 <https://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights--health.html> Consulté le 1er avril 2019

Au niveau régional, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, ne fait pas exception, et va même plus loin en précisant que les droits de la charte sont garantis sans aucune discrimination et en citant quelques différents motifs de discriminations mais à titre illustratif et non exclusif. Ceci s'explique par le fait que l'article 2 qui consacre ce principe de non-discrimination utilise le mot 'notamment' quand il cite les quelques motifs de discrimination. Après, l'article 03 de cette charte assure é "l'égalité de tous devant la loi" et l "égale protection de la loi pour tous"⁵³.

Constitue un acte de discrimination tout traitement différent, distinction, restriction, exclusion d'une personne vivant avec le VIH/SIDA ou de son ou ses partenaires et/ou de membres de sa famille proche du fait de son statut sérologique avéré ou présumé, visant à compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice de leurs droits et libertés fondamentaux.

Article 02- Loi 2005-040 sur la lutte contre le VIH

Position actuelle à Madagascar

La non-discrimination est consacrée, en premier par la Constitution, qui pose l'égalité de tous en droit et les libertés fondamentales⁵⁴. La Constitution énumère les motifs sur la base desquels la discrimination est interdite, mais ceux-ci ne comprennent pas l'état de santé, ni ne prévoient toutes autres situations. Le Code du Travail, mentionne la discrimination mais ne comprend pas l'état de santé⁵⁵.

La loi n°2005-040 sur la lutte contre le VIH et la protection des droits des personnes définit la discrimination dans son article 02, comme étant "tout traitement différent, distinction, restriction et exclusion". L'élément intentionnel est bien présent dans l'énoncé de l'article 2 précité. L'acte de discrimination tel que la loi le définit, devrait donc viser à compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice des droits et libertés fondamentaux de la personne discriminée.

La loi malgache a l'avantage de protéger de la discrimination aussi bien les Personnes Vivant avec le VIH que les membres de leurs familles, chaque fois que la discrimination est fondée sur le statut réel ou présumé de ces premières⁵⁶. Elle prévoit que: "Les personnes vivant avec le VIH/Sida ont pleine et entière capacité juridique et jouissent de tous les droits reconnus à tout citoyen par la Constitution et les instruments internationaux. Toute discrimination et stigmatisation sont interdites à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/Sida, de leurs partenaires et des membres de leur famille proche dans l'exercice de leurs droits."

La loi n°2005-040⁵⁷ avec son décret d'application n° 2006-902 sanctionne la discrimination et la stigmatisation, d'une sanction civile, pénale ou disciplinaire et à travers deux groupes différents:

- Tous actes de discrimination et de stigmatisation peuvent exposer son auteur à une amende⁵⁸;

53 Article 02 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples

54 Voir le préambule de la Constitution ainsi que l'article 6 à l'alinéa 2 qui dispose ce qui suit: "Tous les individus sont égaux en droit et jouissent des mêmes libertés fondamentales protégées par la loi, sans discrimination fondée sur le sexe, le degré d'instruction, la fortune, l'origine, la croyance religieuse ou l'opinion."

55 Article 261: "Sera puni.... Tout traitement discriminatoire fondé sur la race, la religion, l'origine, le sexe, l'appartenance syndicale, et l'opinion et appartenance politique du travailleur"

56 L'article 28 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

57 Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

58 Article 64 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

- La discrimination et la stigmatisation sur les lieux de travail et dans les établissements sanitaires, qui en plus exposent également les auteurs à des sanctions disciplinaires⁵⁹.

La loi malgache n°2005-040⁶⁰ a également l'avantage de reconnaître un intérêt et un droit à agir pour toutes les associations représentant les personnes vivant avec le VIH/Sida, même si celles-ci ne sont pas membres de ladite association, et apparemment pour les actions devant le tribunal civil⁶¹.

Situation actuelle

Il a été estimé par l'ESBC que 45,5% des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir subi des formes de stigmatisation ou de discrimination au cours des derniers mois, et qui se manifestent, majoritairement sous formes d'insultes à leurs personnes (75,3%) mais très peu ont rapporté des discriminations par les professionnels de santé (1%)⁶². Concernant les HSH, les discriminations seraient un peu plus au sein de la communauté (36,1%) et 6,2% dans les centres de santé⁶³.

La discrimination

Sur la base de la définition donnée par la loi, les formes générales de discrimination les plus courantes évoquées dans les FGDs⁶⁴ et touchant les HSH et les Professionnel(le)s de sexe, sont différentes de celles révélées dans les ESBC. Par contre, cette étude rejoint celles de l'ESBC dans les mesures où les formes de

discrimination rapportées dans les services de santé sont moins évoquées que celles qui se manifestent dans la communauté:

- Les attentes auprès des services de santé;
- Les manœuvres dilatoires auprès l'administration publique. Les concernés, estiment qu'on leur fait patienter plus que les autres personnes (Antananarivo et Nosy Be) ou bien qu'on les fait revenir un autre jour pour les dossiers administratifs à Toliara et Nosy be (certificat de résidence, autorisation pour un transport, passeport etc..);
- Le refus d'accès au logement, où les Professionnel(le)s du Sexe du Focus Group estiment que les gens évitent de les accepter comme locataires, selon les participants à Toliara.

Pour les Personnes Vivant avec le VIH, elles ont estimé comme acte de discrimination à leur égard:

- La restriction des séjours à l'étranger. L'un des participants à Antananarivo a évoqué le refus de sa demande de séjour dans une île voisine, qu'il considère comme discriminatoire car pouvant être lié à son statut sérologique révélé suite à un test de dépistage au VIH durant la visite médicale faite ce cadre;
- Des actes de protections excessives de la part du personnel soignant, estimés par un participant à Mahajanga;
- L'isolement dans le cadre d'un accouchement, rapporté par une participante à Mahajanga.

59 Article 44 et 62 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

60 Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

61 Article 33 de la loi n° 2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

62 Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/SIDA (2017). Etude de surveillance biologique et comportementale du VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe à Madagascar en 2016. Page 39

63 Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/SIDA (2016). Enquête comportementale et biologique du VIH et des IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes dans les zones urbaines à Madagascar- 2014. Page 32

64 Par exemple durant le focus group à Toliara et Antananarivo. Certaines PS par contre, affirment que leur activité est au contraire valorisée par les propriétaires qui estiment qu'elles gagnent beaucoup d'argent et sont de ce fait solvable. Il s'ensuit par contre que cela est fortement lié à la représentation sociale de cette activité.

Concernant spécifiquement les professionnels de santé, les formes de discrimination ou de stigmatisation sont diverses mais rejoignent certains des points évoqués ci-dessus. L'étude menée par Randriantsarafara et al (2012)⁶⁵ en 2010 sur les attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo a estimé que 65,7% d'entre elles sont discriminantes. La discrimination a été définie dans cette étude comme étant "la prise de précaution particulière non prise pour une autre personne". Cette étude a pris en compte des attitudes telles que: "l'usage de gants multiples, le port des masques opératoires dans un contexte non chirurgical, le refus de serrer la main des patients, l'isolement dans un service spécifique"etc...

Durant les FGD, les formes de la stigmatisation rapportées sont variées et sont rencontrées dans plusieurs milieux, cependant la famille et la communauté sont les plus citées, le milieu des soins par le personnel soignant ne se situe qu'en 3^e position.

La stigmatisation

La stigmatisation est définie dans l'alinéa 02 de l'article de la même loi.

Constitue un acte de stigmatisation tout comportement tendant à discréditer, à mépriser ou à rendre ridicule une personne vivant avec le VIH/SIDA, son ou ses partenaires ou les membres de sa famille proche du fait de son statut sérologique avéré ou présumé.

Article 02- Loi 2005-040 sur la lutte contre le VIH

Dans la pratique, les actes de stigmatisation comprennent des actes de jugements moraux, des actes de séparation, de dévalorisation ou des auto-stigmatisations⁶⁶.

Dans le cadre de l'accès à la santé, ce sont surtout les jugements moraux et les actes de séparation qui sont reprochés par les participants des FGDs. Il s'agit par exemple:

- Des tons moralisateurs ou le fait de prêcher aux HSH transgenres pour qu'ils "redeviennent des hommes"(Antananarivo) ou les jugements de valeurs;
- Du fait d'enseigner que le VIH est contracté par les personnes "ratsy fitondran- tena"⁶⁷, dans une formation;
- De la non observation des obligations de confidentialité ou de discrétion de la part du personnel soignant. Selon un des participants au FGD d'Antananarivo, les indiscretions sont gênantes et décourageantes, il a rapporté la gêne qu'il a vécue il y a des années pendant la récupération de ses ARV à la pharmacie d'un hôpital public de la capitale et quand le responsable a réagi en leur présence "tonga ndray ry be Sida"⁶⁸ alors qu'il y avait de nombreuses personnes dans la file d'attente. Les participants HSH transgenres à Antananarivo ont également évoqué leurs gênes par rapport aux indiscretions dans les centres de soin

Dans le milieu social, les participants rapportent surtout comme acte de stigmatisation à leur égard, les actes de dévaluation qui se manifestent de différentes façons:

- les usages d'appellation à caractère péjoratif: ex 'sarimbavy' pour les HSH transgenres à Antananarivo, Majunga et Nosy Be;
- La dévalorisation dans la famille, le fait de se voir refuser le statut d'adulte et de décideur dans les réunions de famille, pour les HSH;

65 Randriantsarafara, F. M., Rasoloarimanana, A. R., Ralamboson, S., Rakotonirina, E. J., Ranjalahy, R. J. J., & Rakotomanga, J. D. M. (2012). Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo

66 Suivant une classification faite par International HIV/Aids Alliance, Comprendre et lutte contre la stigmatisation liée au VIH dans la région MENA: Guide pour l'action, 2013

67 Comportement indigne ou immoral. FGD-Personnes Vivant avec le VIH-Antananarivo

68 Les porteurs de SIDA sont de nouveau là!

- Le fait d'être le premier soupçonné quand un acte illégal a été commis dans la communauté, pour les CDI;
- les actes d'agression injustifiés⁶⁹.

Toujours dans le milieu social et au niveau de la famille, les stigmatisations des Personnes vivant avec le VIH peuvent prendre la forme d'acte de séparation (acte tendant à mettre un écart entre la personne et soi-même), tels que:

- Dans l'utilisation des objets courants de chaque jour. Ces personnes, en effet rapportent le plus souvent des actes de protection ou des actes de rejet de la communauté à leurs égards qu'elles estiment injustifiés: séparation des effets vestimentaires, des assiettes, des sanitaires etc;
- Pour les enfants, dans le milieu scolaire. Une des participantes à Nosy Be rapporte par exemple, le rejet par les autres élèves de son enfant sur encouragement de leurs parents;
- Dans les activités de commerce. Un des participants à Mahajanga rapporte par exemple, qu'elle gagnait sa vie en vendant des "katilesy"⁷⁰ jusqu'au jour où son statut à été dévoilé à l'ensemble de ses clients et que ces derniers ont été dissuadés de consommer ses produits de peur qu'ils puissent être contaminés;
- Dans le cadre du travail: un participant des FGD de Nosy Be considère, qu'est une stigmatisation à son égard le fait par un collègue de réclamer à maintes reprises son licenciement auprès de leur chef hiérarchique.

En ce qui concerne la relation avec la famille, les expériences des groupes cibles sont différents, les Professionnel(le)s du Sexe des Focus group par exemple, généralement entretiennent une meilleure relation avec la famille. Mais cette affirmation est sous réserve d'une disparité régionale⁷¹, et une stigmatisation des Professionnel(le)s du Sexe par leur famille dans la capitale, est confirmée

par une ONG intervenant en faveur de leur protection, durant l'atelier de validation nationale.

L'auto-stigmatisation résultant de la stigmatisation pourrait être définie comme étant un sentiment de dévaluation de soi et de culpabilité conduisant une personne à appréhender les attitudes à son égard et à se retirer de la vie en société. L'auto-stigmatisation peut prendre plusieurs formes, mais la tendance est similaire dans les quatre lieux d'étude pour les Personnes Vivant avec le VIH: le sentiment de regret ou de culpabilité est le plus perçu par les participants, bien plus que la crainte permanente de la réaction des autres ou le fait d'éviter le contact avec eux.

Même si la loi prévoit des sanctions en cas d'acte de stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH, celles-ci ne portent pas plainte, et le cas échéant, ne dénoncent les actes qu'à leurs proches, ou à leurs associations.

Conséquemment, face aux actes de stigmatisation, les mesures prises tournent autour:

- De l'évitement et de la sélection: cacher le statut, couper les relations avec les gens qui les stigmatisent, consulter autant que possible auprès du médecin référent ou auprès des services spécialisés dans le domaine du VIH ou des IST, qui selon les participants leur réservent un accueil convenable, ou bien consulter auprès d'un centre de soin fixe en lequel ils ont confiance.
- Des plaidoyers par les associations au niveau de l'administration. Les participants HSH à Majunga, affirment qu'ils n'ont pas de problème au niveau de l'administration car ils entreprennent des plaidoyers au niveau des Fokontany, alors que les HSH de Nosy Be ont ce type de souci et estiment qu'ils subissent une manœuvre dilatoire, surtout pour les activités entreprises au nom de

69 Tel que se faire lancer des pierres ou recevoir des coups (FGD HSH- Toliara ou FGD- HSH)

70 Galette de pommes de terre

71 La même disparité est observée par le rapport d'International HIV/ AIDS Alliance. Santé et Protection au travail. 2006. Un guide sur les programmes de lutte contre le VIH/SIDA avec les travailleurs de sexe

l'association. De même, les participants HSH de Toliara affirment ne pas avoir des problèmes avec les forces de l'ordre depuis des plaidoyers entrepris depuis 2008/2009 bien que les participants HSH de Majunga affirment avoir encore un problème à ce niveau et sont en cours de négociation d'un plaidoyer dans ce sens.

- Des formations sur les comportements à adopter en société. Les associations œuvrant en faveur des droits des Professionnel(le)s du Sexe et des HSH donnent également ces types de formation, suggérant que les stigmatisations et les discriminations proviennent aussi des attitudes, des écarts de langage, des styles vestimentaires inappropriés des membres⁷².

“Un dirigeant local, en 2007 a publiquement déclaré que tant qu’il reste à la tête de l’administration, l’association des HSH n’aura pas son assentiment, car ce n’est pas naturel et que c’est juste une question d’ambition (...)

Il y a des cas où c’est naturel, certes il y a également des cas d’ambition et d’influence. (...)

Tant que les dirigeants ne sont pas convaincus de la nécessité de respecter l’égalité de droit, cela restera difficile pour la société”

Soalehy, Point Focal Mad'aids, Nosy Be

Lacunes et défis

La question de la promotion de la non-discrimination et de la non-stigmatisation dans le contexte du VIH est toutefois handicapée par quelques lacunes et confrontée à des défis.

Lacunes des études et l'attente du stigma index. Il y a très peu d'études de référence sur la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH et des populations clés les plus exposées aux risques. Les quelques études de référence académiques concernent seulement la stigmatisation des Personnes Vivant avec le VIH, et par ailleurs, en milieu médical⁷³. La mesure de l'ampleur de la stigmatisation au niveau de la communauté se fait souvent à travers les 4 attitudes de tolérance vis-à-vis des Personnes Vivant avec le VIH. Selon les résultats de l'EDS 2008-2009, l'étude la plus extensive, seulement 4,5% de femmes et 6,2% des hommes ont les 4 attitudes de tolérance⁷⁴. L'absence d'étude globale sur la stigmatisation et la discrimination ne permet alors pas de mesurer leur ampleur, leur forme et les domaines de la société dans lesquels ils apparaissent le plus. Le stigma index est en cours de préparation.

-La subtilité des actes de stigmatisation:

Il ressort des discussions des FGD que les actes de stigmatisation peuvent être assez subtils comparés aux actes de discriminations, rendant difficile leurs établissements. Parfois, les intéressés ne les considèrent pas comme des actes graves pouvant justifier une plainte portée en justice.

L'évitement des conflits. Il y a entre autres les tendances à éviter les affrontements et

72 Interview Individuel du 5 avril 2018 à Nosy Be (traduit du malgache)

73 Voir:

Randriatsarafana, F. M., Rasoloarimanana, A. R., Ralamboson, S., Rakotonirina, E. J., Ranjalaha, R. J. J., & Rakotomanga, J. D. M. (2012). Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo.

Andrianasolo, R. L., Rakotoarivelo, R. A., Randriarimanana, D., Angijiro, P. G., & Randria, M. J. D. (2011). Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar. Médecine et maladies infectieuses, 41(1), 2-6.

Hentgen, V., et al. (2002) "Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/sida à Tamatave (Madagascar)." Bull Soc Pathol Exot 95.2: 103-108

74 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1. Page 25

les conflits sociaux qui pourraient naître si une personne porte plainte contre une autre personne et ceci pourrait être une conception culturelle. En outre, les dispositions législatives prévoient des sanctions et des mécanismes contre les actes de discrimination et de stigmatisation aussi bien sur le plan judiciaire que disciplinaire mais dont la mise en œuvre reste floue. Il s'ensuit que le choix se limite à porter plainte ou non.

La question de la formation. Au niveau du personnel de soin, les participants citent les actes de stigmatisation comme venant des services non spécialisés dans le domaine du VIH ou des IST et parfois par les membres du personnel jeunes et appartenant au corps des paramédicaux. Il a été évoqué, à titre d'exemple⁷⁵, une prise en main d'un cas de résultat positif, mal vécu par la personne dépistée et qui pourrait provenir du non-respect de procédure, d'un manque de formation et de sensibilisation sur le sujet du VIH. Le défi reste cependant majeur compte tenu de l'étendue de l'espace, du nombre de personnel concerné et du système de formation actuel qui est dispersé entre plusieurs institutions. Néanmoins, l'étude faite par Randriatsarafara et al. A évoquée précédemment pourrait indiquer une précaution à prendre sur ce sujet. Selon cette étude, et bien que l'écart ne soit pas significatif, les personnels formés⁷⁶ sont plus stigmatisants et plus la formation a été longue, plus la personne est stigmatisante.

La protection des professionnels de santé. Il a été maintes fois suggéré⁷⁷ que les attitudes discriminatoires, de protection excessive sont liées à la peur d'être infecté. Pourtant, la protection des professionnels n'est pas toujours effective. Selon nos sources auprès de la DSST, les plaintes faites par les travailleurs dans le contexte du VIH concernent plutôt le manque de moyen matériel de

protection alloué par les employeurs que les cas de stigmatisation ou de discrimination eux-mêmes.

Recommandations

- i. Mise à part, la loi sur le VIH, parmi les rares textes qui spécifient la non-discrimination sur la base de l'état de santé, se trouve le décret n°2013-035 portant code de déontologie des sages-femmes, qui prône *"une égalité d'accès aux soins et traitements... en dehors de toute discrimination fondée... sur la maladie"*. Il est recommandé ainsi, de consacrer le principe de la non-discrimination dans un texte spécifique, en l'occurrence, le Code de la Santé. Le code de déontologie médicale à titre d'exemple, mentionne plusieurs motifs de discrimination interdits dans son article 02 mais ne mentionne pas les conditions médicales ni la maladie du patient, bien qu'il contienne déjà des dispositions sur l'intégrité ou la probité;
- ii. Les sensibilisations et la formation au niveau du personnel de soin devraient être renforcées afin d'améliorer les procédures et attitudes à adopter pour chaque cas dans le contexte du VIH ou impliquant les populations clés. Les formations devraient inclure aussi bien les formations médicales que les formations en droit de la santé et droits humains;
- iii. Il convient aussi de consolider le renforcement de capacité des associations des populations clés ou des associations œuvrant pour la protection de leurs droits, en vue de dénoncer les attitudes de discrimination ou de stigmatisation au niveau de l'administration ou des centres de soin et d'en réclamer la correction ou la sanction au nom des personnes concernées.

75 Le cas d'espèce et face à un résultat positif d'un dépistage, le personnel a demandé l'assistance de ses collègues, venus se regrouper en masse autour de la personne dépistée qui aurait souhaité plus de discrétion (Focus Group de Toliara)

76 Selon l'étude, elle n'inclut pas les professionnels de santé formés en « sidénologie », mais la formation se réfère à une formation entrant dans le cadre de la lutte contre les IST et les VIH/SIDA.

77 Randriatsarafara, F. M., Rasoloarimanana, A. R., Ralamboson, S., Rakotonirina, E. J., Ranjalahy, R. J. J., & Rakotomanga, J. D. M. (2012). Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo

- iv. Les dispositions pénales sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination restent difficiles à mettre en œuvre pour les concernés. Il est vivement recommandé de multiplier les mécanismes non formels, tel que les boîtes à doléances, les journées "portes ouvertes" et de passer un discours de règlement des différends en amélioration des services rendus;
- v. Appuyer les associations des populations clés en termes de formations et sensibilisations auprès de leurs membres, et concernant leur comportement dans la communauté;
- vi. Il convient de renforcer la protection des travailleurs, des professionnels de santé contre les Accidents d'Exposition au Sang, tout en assurant que les matériels et les formations nécessaires soient mis à leur disposition et que les défaillances des employeurs soient sanctionnées et les préjudices puissent donner lieu à des réparations.

Accès à la santé

Orientations Internationale et Régionale

Les droits de l'homme consacrés dans les conventions internationales garantissent à toutes les personnes, y compris les Personnes Vivant avec le VIH de pouvoir vivre en société dans les conditions qui leur permettent de bénéficier de tous les droits d'avoir accès aux services de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

Le Pacte International sur les Droits Économiques, Sociaux et Culturels (PIDESC), traite directement du droit à la santé dans son article 12, en reconnaissant "à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale, qu'elle soit capable d'atteindre" (article

12) et énonce, dans l'alinéa 02 du même article. Notamment: la prophylaxie, le traitement des maladies endémiques, professionnelles et autres, et la lutte contre ces maladies, d'une part; les mesures à prendre par l'Etat afin d'assurer le plein exercice du droit à la santé, d'autre part.

C'est l'Observation générale n°14 qui apporte des précisions sur l'étendue du droit à la santé. En reconnaissant que la réalisation du "meilleur état de santé ...qu'elle soit capable d'atteindre" est étroitement liée à d'autres éléments dont les caractères suivants impactent sur le droit à la santé:

- Disponibilité: il s'agit de la disponibilité d'installation, de biens et services, de même que de programmes opérationnels;
- Accessibilité: il s'agit de l'accessibilité des biens et services en matière de santé et celle-ci comprend les quatre composantes suivantes: la non-discrimination, l'accessibilité physique sans danger, l'accessibilité économique (abordable et équitable), l'accessibilité de l'information;
- Acceptabilité: ceci sous-entend le caractère respectueux de l'éthique, de la confidentialité et aussi de la culture;
- Qualité: ceci veut dire que les biens et services liés à la santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

Spécifiquement au VIH, la déclaration d'engagement sur le VIH/Sida suite à la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies du 25 au 27 juin 2001 à New York, introduit déjà l'importance de la place des textes de lois pour assurer l'accès "aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires"⁷⁸ des groupes vulnérables à travers l'élimination de toute forme de discrimination. La déclaration politique sur le VIH/Sida de 2006, va plus loin en apportant des précisions sur le contenu d'un accès aux soins conforme aux droits humain. Elle vise à assurer cet accès à tous, tout en gardant des termes spécifiques pour les groupes vulnérables. Sont, par conséquent,

78 Assemblée Générale des Nations Unies. (2001). Political declaration on HIV/Aids. http://data.unaids.org/pub/report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_en.pdf

englobés dans les droits humains dans le contexte du VIH, la prévention, le traitement, le soin et l'appui. La déclaration ajoute que *"l'accès à une thérapeutique, est un des éléments fondamentaux pour parvenir progressivement au plein exercice du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre"*. Ensuite, en 2011, la déclaration politique spécifie davantage que le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible implique l'accès à des médicaments *"sûrs, efficaces, bon marché et de bonne qualité"*⁷⁹. Enfin, en 2016, la déclaration politique renforce ces mesures et appelle à la réforme des législations qui peuvent créer des obstacles à l'accès à la santé, et qualifie comme pouvant créer ces obstacles: les *"lois relatives à l'âge de consentement... les lois relatives aux dépistages obligatoires y compris des femmes enceintes, qui devraient être davantage encouragées..."*⁸⁰.

Le document conjoint du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme et le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH Sida, visant la promotion des droits de l'Homme dans le contexte du VIH, donne quelques directives intéressantes sur les orientations des législations nationales. La Directive 3 sur la législation relative à la santé publique: tout en insistant sur la confidentialité des données et la nécessité d'un consentement éclairé pour le dépistage, appelle à l'autorisation de la notification des partenaires par les professionnels de santé, mais l'encadre dans des conditions strictes. Par ailleurs, elle appelle les législations à imposer des mesures de précaution universelle et pour assurer que les personnes travaillant en milieu médicalisé puissent recevoir *"le matériel nécessaire et la formation voulue pour appliquer les précautions"*⁸¹. Dans la Directive 6, le document

exhorte plusieurs mesures de modification de la législation aux fins d'un plus grand accès à la prévention, aux traitements, aux soins et à l'appui. Les traitements, soins et appui tels que suggérés par ce document comprennent entre autres les soins des infections opportunistes. La prévention comprend les préservatifs et les lubrifiants, les matériels d'injections stériles et les médicaments antirétroviraux (PTME et la prophylaxie post-exposition).

La Commission mondiale sur le VIH et le Droit, après avoir examiné en particulier l'impact des lois sur l'accès au traitement du VIH et du Sida, a émis ses recommandations. Cette commission a souligné dans son rapport phare de 2012 que *"les lois ne peuvent à elles seules enrayer le Sida... Néanmoins, l'environnement juridique peut jouer un rôle puissant dans le bien-être des personnes vivant avec le VIH et de celles vulnérables au VIH"*⁸². En effet, des lois mises en application *"peuvent élargir l'accès aux services de prévention et de soins de santé, améliorer la qualité des traitements, renforcer l'assistance sociale aux personnes affectées par l'épidémie"*⁸³. Il recommande aux pays de mettre au point un régime de propriété intellectuelle efficace.

Au niveau de la région Afrique, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple en son article 16 vise à permettre à: *"chaque personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre"*.

Dès 2001, la résolution Res.53 de la Commission Africaine affirme que *"la pandémie du VIH est une question de droit de l'Homme et une menace contre l'humanité"*⁸⁴. Les résolutions successives tendent à orienter les politiques nationales vers une politique de santé plus largement inclusive. La résolution

79 Assemblée Générale des Nations Unies. (2011). Déclaration politique sur le VIH et le sida: intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le SIDA. Para 58. http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_fr.pdf

80 Assemblée Générale des Nations Unies. (2016). Déclaration politique sur le VIH et le sida: accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. (Paragraphe 63b). http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_fr.pdf

81 Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme et le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida. 2006, version consolidée. Le VIH/Sida et les Droits de l'Homme: Directives Internationales.

82 Commission Mondiale sur le VIH et le Droit, Risques, droit et santé, Juillet 2012, page 13

83 Idem

84 Commission Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple. 2001. Résolution 53 sur la pandémie du VIH/Sida Menace contre les droits de l'homme et l'humanité, Rés.53 (XXIX) (23 avril au 7 mai 2001).

Res.141 en 2008⁸⁵, est focalisée sur l'accès aux médicaments essentiels en Afrique qui appelle à la réalisation de ce droit, à travers ces quatre composantes: accessibilité, disponibilité, acceptabilité et qualité. Les composantes accessibilité physique et accessibilité économique, tout comme l'accessibilité aux informations relatives à la disponibilité et à l'efficacité sont des points cruciaux. En outre, la résolution donne de recommandations utiles aux États afin de promouvoir, protéger et réaliser cet accès aux médicaments, dont certaines seront rappelées dans la section.

La position actuelle

Le droit à la Santé de tout individu est reconnu dans le droit malgache. Selon la Constitution, l'Etat met en œuvre ce droit par *"l'organisation de soins publics gratuits. Encore, la gratuité résulte de la capacité de la solidarité nationale"* (article 19- Constitution Malgache). Un autre droit qui pourrait profiter au droit à la santé serait le droit de participer aux progrès scientifiques et de bénéficier des bienfaits qui en résultent (l'article 26- Constitution Malgache).

Le droit à la santé tel que consacré par la Constitution reste limité. En effet, le droit à la santé dépasse la simple mise à disposition de soins, et comprend d'autres aspects tels que la prévention. Mais, Madagascar a également ratifié le PIDESC dont les principaux termes focalisés sur la santé ont été développés précédemment. De plus, dans le cadre de la mise en œuvre de ce pacte, le manque de ressource financière, n'élimine pas l'obligation de contrôler l'ampleur de la réalisation ou de la non-réalisation des Droits Économiques, Sociaux et Culturels.

La loi n°2011- 002 portant code de la santé, renferme très peu de dispositions spécifiques au VIH, mais encadre celui-ci dans la section sur la lutte contre les IST, en garantissant en particulier, le caractère obligatoire

d'un examen spécifique du sang pour en assurer son caractère sécurisant avant toute transfusion, et en interdisant les contrôles de l'IST des voyageurs à la frontière⁸⁶.

La loi n°2005-040 traite l'accès à la santé de manière large: elle entoure le dépistage du VIH de règles strictes concernant le counseling, le consentement et la confidentialité⁸⁷. Elle dispose sur l'aspect d'égalité d'accès tout en disposant sur le caractère gratuit des anti-rétroviraux dispensés aux personnes vivant avec le VIH⁸⁸. Puis, elle accorde, beaucoup de place à la prévention et à une interprétation large de celle-ci: qu'il s'agisse de la prévention par l'information ou de la prévention de la transmission mère et enfant. A l'occasion de leur confrontation à la pratique, ces dispositions seront encore discutées largement dans les parties suivantes. Le décret d'application vient apporter plus de précision sur ces règles.

La loi n°2003-044 portant Code du travail et ses textes d'application traitent également de l'accès à la santé et ceux-ci seront développés dans la section sur l'accès à l'emploi.

La position de la politique actuelle de Madagascar sur l'accès à la santé dans le contexte du VIH est celle contenue dans le PDSS et dans le PSN. Tel que déjà évoqué dans la partie introductive, le Plan de développement du Secteur Santé, tend surtout vers l'amélioration de l'accessibilité géographique et économique de la population aux offres de soin. Le PDSS relève ce qu'il considère comme les trois grandes catégories de problème de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST: les problèmes comportementaux, les problèmes de dépistage et les problèmes de résistance aux médicaments⁸⁹.

Le PSN 2018-2022, quant à lui à titre de rappel, oriente prioritairement ses actions vers la prévention de l'infection à VIH et l'accroissement de la couverture en offre de services cliniques et communautaires. Mais le PSN focalise son action sur les populations

85 Commission Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple. 2008. Résolution 141 l'Accès à la Santé et aux Médicaments Essentiels en Afrique, Rés. 141 (XLIV).

86 Article 241 et 244 de la loi n°2011-002 portant Code de la Santé

clés, les jeunes, les populations vulnérables et les personnes infectées et affectées. Selon ce document, Un peu plus de la moitié des nouvelles infections, 56,8% proviendrait de ces groupes⁹⁰.

Situation actuelle, défi et lacunes

La situation actuelle sera analysée en fonction d'une part des droits contenus dans les textes nationaux et internationaux et dans les directives, et d'autre part, des problèmes et des actions prioritaires de la politique nationale du pays. L'analyse se fait, sous les thèmes cruciaux suivant: la prévention, le dépistage, et le traitement.

Ces thématiques seront abordées vis à vis de la population globale tout comme vis à vis des populations les plus exposées aux risques.

La prévention

Le droit de jouir du meilleur état physique et mental possible implique le fait d'avoir le droit de préserver sa santé en disposant des moyens utiles pour ce faire. La prévention peut se faire par l'information, l'éducation et la communication, par la mise à disposition de préservatifs, par les matériels d'injections stériles, la protection des transfusions sanguines, la PTME et la prophylaxie post-exposition.

L'information, l'éducation et la communication

La loi n°2005-040 prévoit l'élaboration et la diffusion de programme d'information, d'éducation et de communication, dont l'objectif est la lutte contre la discrimination et la stigmatisation liée au VIH et au Sida et de promouvoir des changements de comportements. Pourtant, comme l'a relevé le PDSS 2015-2019, les problèmes comportementaux restent un grand défi. Le dernier EDS de 2009 révèle pour les personnes de 15 à 49 ans que 87% des femmes et 89% des hommes ont déjà entendu parler du Sida, mais que 21,9% des femmes et 24,9% des hommes seulement en ont une connaissance complète⁹¹. Ce manque d'information, surtout sur les modes de transmission et la représentation sociale dominante du Sida entraînent la stigmatisation et la discrimination. Ce dernier a été désigné comme l'un des indicateurs de la relation qu'entretiennent les personnes vis-à-vis du VIH, constituant de ce fait un frein à la prévention⁹². La représentation culturelle du VIH, affecte non seulement la relation des individus avec les Personnes Vivant avec le VIH, mais également leur propre relation avec la maladie. Une étude sur la représentation du Sida dans les discours médiatiques à Madagascar⁹³, relève qu'on le décrit souvent en utilisant des mots tels que: "maladie dangereuse, mortelle, inquiétante ou fléau", on fait souvent appel à "l'abstinence et la fidélité" et très souvent on ne distingue pas entre 'VIH' et le 'Sida'.

Or, tous ont le droit à l'information, et le droit à la santé implique le droit à la prévention à travers la possibilité de disposer des informations utiles.

87 De l'article 5 à l'article 11

88 Article 14

89 Ministère de la santé publique (2015). Politique de Développement du Secteur Santé, version 2015- 2019. Page 37.

90 Comité National de Lutte Contre le Sida (2018). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 4. Page 19.

91 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. (2010). *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro. Page 229 et suivants.

Chiffre révisé à 74% et 82% respectivement, pour la connaissance générale, sous l'enquête ENSMOD 2012- 2013.

92 UNICEF, & FNUAP. (2011). Les Jeunes, faits et chiffres, rapport synthétique.

93 Karine Blanchon, « Représentations du sida dans les discours médiatiques à Madagascar », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], 6 | 2015, mis en ligne le 23 janvier 2015, consulté le 05 septembre 2017. URL: <http://rfsic.revues.org/1375>; DOI: 10.4000/rfsic.1375

Selon l'EDSMD-IV, 75% à 78% des personnes pensent que limiter le partenaire à une seule personne non infectée permet d'éviter le VIH⁹⁴, sauf que personne ne peut connaître de manière certaine et actualisée le statut sérologique de son partenaire. D'une part, préconiser la fidélité au même niveau que l'abstinence et les condoms dans les conseils pourrait être problématique⁹⁵ quand la notion de fidélité est interprétée différemment. La fidélité peut aussi être considérée comme un état dispensant du port systématique de préservatif, rendant ce dernier difficilement applicable chez les jeunes⁹⁶.

Les préservatifs

Le droit à la santé inclut aussi la prévention qui implique la promotion de l'accès aux préservatifs. Les données disponibles de l'EDMSD sur le taux d'utilisation du préservatif pour la population générale concernent celui des personnes en multi partenariat. Ainsi, 7% des hommes et 8% des femmes ayant au moins deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours du dernier⁹⁷. Ces données, même datant de 2009 sont révélatrices d'un comportement qui pourrait ne pas avoir réellement changé au cours des dernières années. Selon le ESBC, 44% des Professionnel(le)s du Sexe ont utilisé systématiquement le préservatif au cours des 30 derniers jours avant l'enquête, en plus il y

a une disparité régionale car il atteint les 7% dans une ville⁹⁸. Ce taux est par exemple de 59% chez les HSH multipartenaires⁹⁹.

Le droit de disposer de préservatif est tout de même respecté car le fait de le détenir ne risque pas de conduire à une arrestation, selon les participants aux FGD, comme c'est le cas dans certains pays qui interdisent le commerce du sexe. Cette affirmation vaut, même pour les jeunes et mineurs. Mais si le droit est respecté, sa réalisation n'est toujours pas effective.

Les préservatifs devraient être disponibles, accessibles, de bonne qualité et acceptables. L'accessibilité devrait être géographique et économique.

Le refus du client ou la préférence du client ont été cités par une grande majorité des FGDs comme leur raison personnelle pour la non utilisation des préservatifs. Dans cette situation, il peut arriver que le client paye un peu plus. En outre, quand un client devient un habitué, il y a un relâchement de l'utilisation du préservatif, ce qui constitue un phénomène assez fréquent et complexe¹⁰⁰. Vient ensuite, la non disponibilité des préservatifs, surtout dans les régions. Ceci est une confirmation des données de l'ESBC, selon laquelle le pourcentage des Professionnel(le)s du Sexe ayant obtenu gratuitement un condom est de 75% (pouvant atteindre 54,2% à Nosy Be)¹⁰¹. Durant nos passages, il y a eu rupture de l'approvisionnement en préservatif gratuit¹⁰², constaté sur tout le territoire.

94 Le rapport tantôt utilise le mot « permet d'éviter » tantôt « permet de réduire le risque » mais l'absence de nuance dans l'utilisation des deux termes est significative. Voir Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. (2010). Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro. Page 231.

95 Les politiques des normes et procédure de dépistage du VIH, dans le cadre des instructions données pour les conseils, définit la fidélité comme « avoir un seul partenaire sexuel de statut connu et lui rester fidèle ». La stratégie Nationale de Communication 2015-2017, par contre se limite à « la fidélité » et ne mentionne pas « le statut connu »

96 Voir par exemple, Baumgartner, J. N., Lugina, H., Johnson, L., & Nyamhanga, T. (2010). "Being faithful" in a sexual relationship: perceptions of Tanzanian adolescents in the context of HIV and pregnancy prevention. *AIDS care*, 22(9), 1153-1158.

97 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. (2010). Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro. Page 243 et suivants

98 Comité National de Lutte Contre le Sida (2016), Étude de surveillance biologique et comportementale de la syphilis et du VIH chez les Professionnelles du sexe à Madagascar. Page 37

99 Comité National de Lutte Contre le Sida (2014), Etude de surveillance biologique et comportementale du VIH et des IST chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes dans les zones urbaines à Madagascar. Page 24

100 Cette situation confirmée durant le FGD des PS à Antananarivo est également largement documentée dans: Stoebenau, K., Hindin, M. J., Nathanson, C. A., Rakotoarison, P. G., & Razafintsalama, V. (2009). "... But then he became my sipa": the implications of relationship fluidity for condom use among women sex workers in Antananarivo, Madagascar. *American journal of public health*, 99(5), 811-819.

101 Il est de 62,8% pour les HSH (avec 47,5% à Antsiranana). Ibid, ESBC- PS Page 38 et ESBC-HSH page ii.

102 Passage en avril, la rupture est connue depuis décembre selon les participants, à défaut de l'approvisionnement de l'ONG principale qui le prend en charge dans tout le territoire.

Selon les participants d'un Focus, ce genre de rupture est fréquent et les préservatifs ou les lubrifiants sont ensuite disponibles en excès à l'approche de leur date de péremption, ce qui pourrait être dû à un souci d'approvisionnement. De plus, les préservatifs gratuits actuels se déchirent facilement selon les participants du FGD HSH de Toliara, comparés à ceux distribués auparavant. Certaines femmes restent réticentes quant à l'utilisation du préservatif féminin, dont le port est, selon certaines participantes de la même région, gênant.

L'accès aux préservatifs en milieu carcéral, prévu par la loi, sera traité dans la partie sur la criminalisation.

Les matériels de protection et les matériels d'injection stériles

Mettre en place des réglementations pour assurer que des matériels de protection et des matériels d'injections stériles soient utilisés c'est également protéger et réaliser le droit à la prévention. En général, dans l'enquête EDSMD-V, 98% des femmes et 95% des hommes ont déclaré avoir reçu une injection avec un matériel stérile, le taux peut atteindre les 87% dans le quintile le plus pauvre¹⁰³. Pour les CDI, ce taux est de 68,3% et 19,5% d'entre eux ont eu accès à des programmes d'échange de seringues dans les 12 derniers mois¹⁰⁴. Durant les FGD (Mahajanga et Toliara), une majorité des participants ont affirmé que pour se protéger du VIH, ils n'utilisent pas des seringues neuves ou stérilisées mais qu'ils ne partagent pas non plus leurs seringues avec d'autres personnes.

La Prévention de la transmission mère- enfant

Selon la Constitution, dans son article 19, le droit à la santé d'un individu est reconnu et protégé, dès sa conception. Un être même avant sa naissance a donc le droit de jouir du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, et entre autres d'être protégé contre la transmission du VIH par sa mère. Cette protection se fait par le dépistage des femmes enceintes et par la mise en œuvre pré et post natale du programme PTME.

C'est l'article 20 de la loi n°2005-040 qui pose le principe que *"le test de dépistage doit être systématiquement proposé aux femmes enceintes"*. Cependant, des confusions restent dans la pratique quant à l'interprétation des textes, notamment entre proposer systématiquement et prescrire systématiquement. Car, il y a des cas où les femmes enceintes, trouvent le dépistage du VIH dans la liste des examens médicaux, d'où un système de opt-out qui néglige souvent les counseling pré-test.

La protection du droit à la santé de l'enfant, implique l'information de la mère sur les risques encourus et la mise à sa disposition d'un service ou des formations sanitaires intégrant la PTME.

La situation actuelle est la suivante selon le PSN¹⁰⁵: la proportion des nouveaux nés infectés par le VIH et nés d'une mère séropositive est encore de l'ordre de 35,70% en 2015. Il n'est cependant pas possible d'affirmer la proportion provenant d'un problème de disponibilité, d'accessibilité géographique/ économique des services intégrant la PTME (dépistage et soin) et celle provenant d'un éventuel problème de qualité: la défaillance du soin. En tout cas, 23% seulement des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique et 7% des femmes enceintes

103 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. (2010). *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro. Page 259.

104 Comité National de Lutte Contre le Sida (2012), *Etude comportementale et biologique chez les consommateurs de drogues injectables dans les zones urbaines à Madagascar*. Page 40

105 Comité National de Lutte Contre le Sida (2018). *Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022*, Draft 4. Page 45

vivant avec le VIH bénéficiant du paquet de service PTME en 2016. Alors, il pourrait donc y avoir un problème d'accessibilité géographique dans la mise en œuvre du droit à la santé de l'enfant dans le cadre de la PTME. Encore, la sensibilisation de la mère a également été suggérée comme un facteur fondamental pouvant influencer favorablement la PMTE¹⁰⁶, mais le niveau de connaissance des trois moyens de transmission du VIH de la mère à l'enfant reste assez bas¹⁰⁷: 43% des femmes et 39% des hommes¹⁰⁸.

La réalisation du droit de l'enfant à la santé dès sa conception présente toujours des lacunes, aussi bien par l'accessibilité à l'information que l'accessibilité au dépistage et aux soins.

Prophylaxie post-exposition

Le traitement post exposition (TPE) est prévu dans le PSN¹⁰⁹, uniquement pour les cas de violences sexuelles et les cas d'accident d'exposition au sang (AES) en milieu de soins. Mais le nouveau PSN 2018 a revu en baisse les cibles dans les deux catégories, par rapport au PSN 2013. La prévision de TPE pour les cas de violences sexuelles est passée de 5907 cas pour le PSN 2013-2017 à 400 cas pour le PSN de 2018-2022. Les TPE des AES, sont passés de 594 à 150 cas. Selon le PSN, 8 cas d'AES en milieu de soin ont bénéficié d'une PPE en 2011, et 22 cas en 2017, ce qui montre une nette progression. De 2010 à 2012, les cas d'AES notifiés sont en moyenne de 9 par an pris en charge à 100%, ce qui pourrait justifier la baisse du produit cible en 2018.

Seulement, le cas des violences sexuelles est tout autre chose. Une mère rapporte durant

le FDG que sa fille mineure aurait contracté le VIH suite à une agression sexuelle à

Ambanja¹¹⁰. Même si le TPE n'est pas efficace à 100% il doit être administré dans les 72H et le plutôt possible. Pourtant, il a été affirmé que de nombreux centres de santé ne disposent pas encore du KIT. Une des raisons avancées¹¹¹ est l'étendue du territoire, le nombre des centres de santé et les disponibilités des Kits. En réalité, les Kits mis à disposition arrivent très vite à péremption quand il ne se produit pas de cas justifiant leur utilisation, alors qu'ils peuvent être utiles dans d'autres lieux. En conséquence, les kits sont envoyés aux centres les plus reculés en cas de notification, sauf les cas de violences sexuelles qui sont parfois tardivement déclarés par les victimes. Il faut donc compter les délais de notification et celui d'acheminement qui peuvent entrer en jeu.

Bénéficier d'un TPE est un droit à la santé, tout comme, un droit de jouir des bienfaits du progrès scientifique¹¹². Le droit à la santé implique la mise à disposition de soins et la mise à disposition d'information permettant d'atteindre "le meilleur état de santé": si l'accès au TPE est lacunaire, l'information sur l'existence des TPE au public pourrait l'être davantage bien qu'elle permette à ce dernier d'être conscients de l'urgence de prendre le soin adéquat. En plus, le TPE dans le cadre des violences sexuelles semble viser uniquement les femmes et les enfants, bien qu'elle devrait concerner toute personne victime quels que soient son sexe et son âge. Ensuite, il ne prend pas encore en compte les cas de rupture (déchirure) de préservatif, particulièrement pour les personnes les plus exposées aux risques.

106 Rakotonirina, E. J., Ramanitriniaina, V. L., Randriatsarafara, F. M., RAKOTOMANGA, J., & RANDRIANARIMANANA, V. (2011). Le défi de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Madagascar. Médecine d'Afrique noire, 58(8- 9), 409-414.

107 Comité National de Lutte Contre le Sida (2018). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 4. Page 25

108 Vice-Primature chargée de la Santé Publique. 2013. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. Objectif 6. Accessible au http://www.mg.undp.org/content/dam/madagascar/docs/rapportsUNDP_MDG/doc_OMD/OMD_6.pdf.

109 Voir les données suivantes dans: Comité National de Lutte Contre le Sida. Plan d'action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au SIDA 2013-2017. Page 33 et 97; et Comité National de Lutte Contre le Sida. Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 4. Page 47 et suivants.

110 FGD-Personnes Vivant avec le VIH-Nosy be du 5 avril 2018

111 Equipe de la DLIS- MSP, Atelier de validation du LEA du 18 au 21 septembre

112 Article 26 de la Constitution

Le dépistage est une forme de prévention mais sera traité distinctement dans la partie suivante.

Le dépistage

Le dépistage est un élément de réalisation du droit à la santé, car il permet de détecter et de traiter à temps le VIH et aussi de préserver les enfants et les partenaires. Les catégories de dépistages offerts à Madagascar suivent la classification faite par l'OMS et l'ONUSIDA¹¹³: le test volontaire, le test diagnostic, le dépistage de routine et le dépistage obligatoire. Tel que développé dans le cadre la PTME, le dépistage de routine, dans la pratique, ne doit pas s'assimiler à un dépistage obligatoire qui concerne notamment les cas de don de sang, de tissus, d'organes humains et de cellules germinales¹¹⁴.

Le pays a encore un taux de dépistage assez bas. L'EDSMD-IV indique que 88% des femmes et 92 % des hommes n'ont jamais fait des tests de dépistage bien que 43% d'entre eux connaissent où est ce qu'ils peuvent les effectuer¹¹⁵. Ce qui laisse, par conséquent, 57% qui n'ont pas reçu les informations adéquates, bien que peu pourraient franchir l'étape et aller effectivement jusqu'au dépistage. Tout autant, l'accessibilité géographique présente des lacunes car seulement environ la moitié des formations sanitaires publiques et privées offrent un service de counseling et de dépistage du VIH¹¹⁶. Toutefois, l'accessibilité économique est satisfaite¹¹⁷, dans la mesure où

le test est gratuit dans les établissements de soins publics.

Selon l'ESBC 2016, 70% des Professionnel(le) s du Sexe connaissent un lieu de dépistage mais 40% seulement ont subi un test durant les 12 derniers mois¹¹⁸. Concernant les HSH 61,4% connaissent un lieu et 16,5% ont subi un test¹¹⁹. Toutefois durant les FGD il n'y a pas de motif unanime ni évident sur les motifs de non recours au dépistage.

La déclaration politique sur le VIH de 2016, en son paragraphe 60b, recommande-la" promotion du dépistage de proximité", et surtout la levée des "obstacles juridiques et réglementaires pour promouvoir cette méthode de dépistage, et augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique¹²⁰. Afin d'augmenter le nombre de personnes dépistées, la réponse nationale prévoit la mise en œuvre de l'auto dépistage et du dépistage communautaire. La Phase pilote prévoit le dépistage de 60% des populations clés en 6 mois.

Selon les textes, le dépistage ne doit être effectué ni sur les lieux de travail, ni en milieu scolaire (article 11 de la loi n° 2005-040).

L'OMS définit les 5 composantes clés de tout dépistage du VIH¹²¹: le consentement, la confidentialité, le counseling, la rectitude des résultats et l'arrimage aux centres de soin. Il sera brièvement passé en revue le consentement, le counseling et la confidentialité

113 Vice-Primature chargée de la Santé Publique. 2010. Politique Nationale de dépistage du VIH à Madagascar. https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02_02_01.pdf

114 Article 05 de la loi 2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

115 Vice-Primature chargée de la Santé Publique. 2013. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. Objectif 6. http://www.mg.undp.org/content/dam/madagascar/docs/rapportsUNDP_MDG/doc_OMD/OMD_6.pdf. Page 28 et suivants

116 Ministère de la Santé Publique- DLIS. 2018. Phase pilote de mise en œuvre du dépistage communautaire à Madagascar Sous réserve de l'accessibilité géographique et du coût du transports jusqu'aux services de santé dispensant le dépistage.

117 Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/SIDA (2017). Etude de surveillance biologique et comportementale du VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe à Madagascar en 2016. Page 54

118 Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/SIDA (2016). Enquête comportementale et biologique du VIH et des IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes dans les zones urbaines à Madagascar- 2014.

119 Assemblée Générale des Nations Unies. (2016). Déclaration politique sur le VIH et le sida: accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 203.

120 OMS. (2012). Statement on HIV testing and counselling: WHO, UNAIDS, re-affirm opposition to mandatory HIV testing. http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/

121 OMS, ONUSIDA. (2007). Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. *Programme VIH-SIDA. Page 9*

Le consentement

La liberté de se soumettre ou non au dépistage relève de l'article 7 du pacte international sur les droits civils et politiques qui interdit les expériences médicales et scientifiques faites sans consentement sur une personne. Le caractère volontaire du dépistage est consacré à Madagascar par l'article 05 de la loi sur la lutte contre le VIH, qui précise que le test est volontaire et qu'il doit être assorti du consentement éclairé du patient.

Le recueil du consentement est différent selon qu'il s'agisse de dépistage à l'initiative de la personne ou du soignant: le consentement peut être l'acceptation expresse ou tacite (le consentement présumé), quand le patient ne refuse pas expressément le dépistage. Les deux sont pratiqués à Madagascar. Le document de normes et procédures de dépistage semble réserver le 2^e cas pour les dépistages en milieu clinique. A noter que le Guide de l'ONUSIDA¹²² sur les dépistages à l'initiative du soignant recommande pour ce cas le "consentement présumé" mais prévoit, tout de même, que l'information sur la possibilité de refuser le test soit donnée au patient; un système que le document des normes et procédures n'utilise pas.

Le test de dépistage du VIH/SIDA est volontaire, anonyme et confidentiel.

Tout test de dépistage doit être assorti d'un consentement éclairé de la personne concernée. Toutefois, le dépistage du VIH est obligatoire en cas de don de sang, de tissus, d'organes humains et de cellules germinales.

Article 05- Loi 2005-040

Il n'est toujours pas très clair lequel de ce système régit le cas des consultations prénatales, dont la pratique est différente.

La question du consentement au dépistage des mineurs sera traitée dans la partie sur les jeunes.

Le counseling

Le counseling permet au patient de donner un consentement éclairé. C'est l'article 06 de la loi sur la lutte contre le VIH qui consacre le caractère obligatoire du counseling, qui se fait avant et après le test de dépistage. Selon le décret d'application, le counseling doit comprendre notamment: une information correcte sur l'infection à VIH/Sida, une connaissance des facteurs individuels et collectifs de risque, de vulnérabilité tout comme l'impact individuel et collectif de son statut sérologique.

Les dispositions de la loi ne précisent pas expressément, en contenu du counseling, les droits humains liés à son statut sérologique. Le document de normes et procédures de dépistage n'en fait pas non plus mention dans ce sens, bien qu'un counseling juridique de base, ou un arrimage dans des services juridiques spécialisés pourrait être utile.

Malgré les textes, leur application dans la pratique n'est pas toujours effective. Des études comme celle conduite en 2000¹²³ dans certains services du centre hospitalier régional de Tamatave, donnent des indications utiles pour l'évaluation de l'application de la loi, même si les chiffres ne sont pas actuels.

La confidentialité

La confidentialité est traitée sous forme de l'anonymat. Les personnes qui se rendent dans les centres de dépistage ne sont pas tenues de communiquer leur identité, le personnel de santé doit dans ce cas utiliser

122 Hentgen, V., et al. (2002) "Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/sida à Tamatave (Madagascar)." Bull Soc Pathol Exot 95.2: 103-108.

123 Interview personne ressource du 10 avril 2018 et aussi soulevé durant l'atelier de validation finale du 18 au 21 septembre.

des codes pour les identifier (art 07, alinéa 02- Décret d'application). Ensuite, les résultats du test doivent être remis directement en main propre à la personne concernée d'une manière confidentielle. Enfin, les informations ne peuvent être révélées aux tiers, qu'avec le consentement de l'intéressé. Les seules exceptions sont: la réquisition des autorités judiciaires et les motifs impératifs et justifiables en rapport avec la santé du malade ou de celle de la collectivité.

La non-divulgence, ici, ne lie que la ou les personnes tenues de la confidentialité du résultat du test.

La question de l'anonymat du dépistage, dans la pratique pose tout de même de graves problèmes. Elle n'est pas favorable à la continuité de la prise en charge, et contribue à la déperdition¹²⁴. Selon le responsable d'un centre de dépistage de la capitale, dans la pratique, l'anonymat est levé quand la personne revient pour une prise en charge après le dépistage et accepte de communiquer ses données personnelles pour le suivi. Mais, selon ce responsable, nombreux communiquent de fausses informations (numéro de téléphone ou adresse). Dans tous les cas, les dépistages à l'initiative du personnel de soin, ne peuvent techniquement pas être anonymes, du moins à l'égard de celui-ci, lui qui est supposé entamer la prise en charge.

A côté de l'anonymat comme cause immédiate, il y a les causes indirectes de la déperdition: la stigmatisation, l'insuffisance qualitative des counseling pré ou post test. Une étude¹²⁵ révèle, que la préparation personnelle est un facteur jouant dans la déperdition, en favorisant l'acceptation du résultat. Elle révèle aussi que les dépistages faits pendant les campagnes de dépistage enregistrent un fort taux de déperdition. Ceci pourrait donc constituer un grand défi à relever pour

la campagne du dépistage communautaire à venir à défaut de solution juridique sur la gestion de l'anonymat.

Les règles sur la confidentialité soulèvent légalement la question de la notification du partenaire.

La notification du partenaire

Le droit à la vie privée à travers la confidentialité et la non-divulgence entre parfois en conflit avec les questions de santé publique et en plus il entre en conflit avec un autre droit fondamental qui est le droit à l'information. En effet, la notification du partenaire, dans une approche basée sur les droits de l'Homme, trouve son fondement sur le droit du partenaire à l'information et à la santé. Différents régimes réglementaires de notification du partenaire sont applicables dans le monde. Par exemple: la notification interdite; la notification obligatoire, la notification autorisée, la notification encouragée ou la notification assistée.

Une combinaison plus ou moins importante entre les différents systèmes peut être effectuée afin de trouver un équilibre entre les droits individuels de chacun et les questions d'ordre de santé publique.

La recommandation de l'OMS¹²⁶ est d'exclure les notifications obligatoires et d'offrir des services de dépistage au partenaire, non seulement en encourageant la première personne dépistée, mais avec cela, en l'assistant. Les services se déclinent, d'une part, en la notification passive du partenaire, ou la personne dépistée séropositive est encouragée à notifier son ou ses partenaires et d'autre part, en la notification active, où avec le consentement, le prestataire peut aller jusqu'à notifier lui-même le partenaire, en cas d'échec par la personne dépistée, selon qu'il s'agisse de notification contractuelle, de notification

124 Yamego, W., Kouanda, S., Berthé, A., Yaya-Bocoum, F., Gausset, Q., Mogensen, H. O., ... & Ky-Zerbo, O. (2014). La déperdition entre les postes de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida au Burkina Faso: une approche qualitative. *Médecine et Santé Tropicales*, 24(1), 58-62.

125 Mogensen, H. O., ... & Ky-Zerbo, O. (2014). La déperdition entre les postes de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-sida au Burkina Faso: une approche qualitative. *Médecine et Santé Tropicales*, 24(1), 58-62.

126 World Health Organisation (WHO). (2016). Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Supplément.

par le prestataire ou de notification double. Les directives de l'ONUSIDA¹²⁷, proposent également un système intéressant¹²⁸.

Sur le plan légal, Madagascar adopte en principe la notification encouragée. Selon la loi, une personne se sachant séropositive doit être encouragée à notifier son partenaire¹²⁹. Le document normes et procédure de dépistage du Ministère de la Santé publique inclut cet encouragement de la notification du partenaire dans le counseling à donner mais ne permet de conclure à l'existence d'un système de notification assistée, bien que dans la pratique certains centres de soins adoptent une sorte de système d'assistance¹³⁰, tel qu'un centre de soin de Toliara, qui conseille à leurs patients de faire venir leurs partenaires pour un motif de IST, qui selon eux est moins grave: ceci est plus facile à être annoncé par le patient et moins rédhibitoire pour le partenaire, selon les responsables.

Deux des participants du focus¹³¹, des hommes, par exemple n'ont pas encore notifié leurs partenaires et sont en hésitation et en cours de réflexion sur la manière à procéder. La question de la notification du partenaire a été évoquée comme un défi de santé publique dans le cadre de la réponse au VIH¹³².

La notification du partenaire, n'est légalement autorisée, qu'exceptionnellement. Le décret pris en application de la loi¹³³ développe les cas où la notification du partenaire peut se faire par le médecin, sans le consentement de l'intéressé:

- Quand la Personne Vivant avec le VIH a commis un viol;

- Quand la Personne Vivant avec le VIH décide de se marier alors qu'elle refuse d'informer son partenaire de son statut sérologique;
- Quand la Personne Vivant avec le VIH refuse de changer son attitude et continue à pratiquer des comportements à risque pour la transmission du VIH et auxquels cas, le médecin peut valablement informer le ou les partenaires sexuels, sans qu'il y ait violation du secret professionnel si le patient s'abstient de faire connaître son statut sérologique au(x) dit(s) partenaire(s).

Cependant, ces dispositions légales restent insuffisantes. A titre d'exemple, elles n'incluent pas la gestion des cas des personnes légalement mariées, vu que selon l'esprit des textes et selon la culture sociale du pays le mariage est une Institution protégée, et dans la culture malgache, le mariage est contracté en vue de la procréation: par conséquent, les règles sur la précaution universelle par les couples n'ont pas lieu d'être.

Le traitement

L'accès à la santé dans le cadre du traitement concerne, l'accès aux TAR, l'accès à la santé en général des populations clés les plus exposées aux risques.

Les estimations SPECTRUM donnent un taux de prévalence de 0,3%. Le nombre des personnes vivant avec le VIH est estimé à 35000, avec 5300 nouveaux cas en 2017¹³⁴. Mais, 3400 séropositifs sont suivis de près et 2772 d'entre eux bénéficient d'un traitement en ARV¹³⁵, soit une couverture de 7%. Jusqu'en 2017, 1700

127 Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme et le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH Sida. 2006, version consolidée. Le VIH/Sida et les Droits de l'Homme: Directives Internationales. Page 28

128 Les directives proposent les critères suivants. Il est possible de s'en inspirer: « (i) la personne séropositive au VIH a reçu le conseil nécessaire; (ii) ce conseil n'a pas suffi à provoquer chez elle le changement de comportement souhaité; (iii) la personne séropositive au VIH a refusé d'informer son ou ses partenaire(s) ou de consentir à ce qu'ils soient informés; (iv) un risque réel de transmission du VIH au(x) partenaire(s) existe;

129 Article 10 de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

130 Interview personne ressource du 27 avril 2018

131 FGD-Personnes Vivant avec le VIH-Antananarivo du 11 avril et FGD-Personnes Vivant avec le VIH-Toliara du 25 avril

132 Atelier de Validation du 18 au 21 septembre par l'équipe de la DLIS

133 Article 26 du décret n°2006-902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

134 UNUSIDA. 2018. Country Factsheets 2017. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/madagascar> [données du 18 octobre 2018]

135 Suivant rapport de la Direction de la Lutte contre les IST/Sida auprès du Ministère de la santé publique en date du 08 juillet 2018.

décès seraient attribués au Sida. Les HSH sont la population enregistrant le plus grand taux de prévalence du VIH avec 14,9% en 2017. La taille de la population des HSH est estimée entre 7,032 et 14,919 personnes en 2014¹³⁶ et la prévalence la plus élevée était observée à Antananarivo (17,6 %), Toamasina (16 %) en 2014, et Mahajanga à 24% en 2016. Les adultes sont plus touchés que les jeunes pour 9,0% contre 28,9% chez les adultes¹³⁷. Les facteurs de risques des HSH, concernent essentiellement le non usage de préservatifs durant les rapports sexuels anaux, même si une infime partie des HSH sont en plus concernés par la Consommation de drogues injectables¹³⁸.

En 2017, la séroprévalence VIH des Professionnel(le)s du Sexe est de 5,6% et la prévalence est une fois et demi plus élevée chez les adultes que chez les jeunes. De 2012 à 2016, elle a connu une hausse significative de 3% à 23% à Mahajanga. La Consommation de Drogues Injectables, à Madagascar, concerne plus les hommes que les femmes, les adultes plus que les jeunes, même si une augmentation significative de 99,7% a été observée chez les jeunes de 2012 à 2016. Par ailleurs, toujours selon le Plan Stratégique National (PSN), à Antananarivo, une augmentation de la prévalence de 8,3% à 61,7% a été observée de 2012 à 2016¹³⁹. Les facteurs de risques pour l'infection à VIH chez les CDI à Madagascar sont d'ordre sexuel ou non. Comme, le partage des seringues, qui selon le PSN concerne 21,5% des consommateurs. Parmi les facteurs sexuels, on note l'utilisation non systématique de préservatif (41,3% seulement ont utilisé des préservatifs dans les 12 derniers mois), le fait d'être sous l'influence de drogues durant les

relations sexuelles (47%), le multi-partenariat (81,3% des CDI en 2012), des rapports sexuels avec des hommes (25,2% des CDI mâles)¹⁴⁰.

L'accès aux traitements implique l'accès à la thérapie et aux examens diagnostiques divers. Selon la loi, "les soins et traitements aux antirétroviraux dispensés aux personnes vivant avec le VIH/Sida sont gratuits dans les établissements sanitaires publics"¹⁴¹. Ceci satisfait l'accessibilité économique du Traitement aux antirétroviraux (TAR) même si l'accessibilité géographique et les éventuels frais de déplacement, augmentant par conséquent le coût économique, restent d'actualité.

La prise en charge débute par un examen CD4 et un examen de la charge virale gratuits, qui peuvent être prescrits avec des bilans systématiques de santé, et ou un traitement des infections opportunistes. Ces derniers sont pris en charge par le patient, avec une contribution de l'Etat. En effet, la loi ne mentionne les infections opportunistes que pour autoriser l'importation, l'exportation, la fabrication et la vente des médicaments y afférents, et ne précise aucune prise en charge gratuite ou payante des soins. Cependant dans la pratique, il existe souvent des cas de prise en charge gratuite des infections opportunistes et même des maladies n'ayant aucun rapport avec le VIH, pour la Personne Vivant avec le VIH et sa famille¹⁴², ce qui constitue une contrainte qui pèserait sur le fond d'équité de certains établissements.

Dans plusieurs régions, les personnes vivant avec le VIH affirment ne pas avoir/ ne plus avoir accès aux compteurs CD4¹⁴³, bien que les examens médicaux fassent également partie de l'accès au soin et du droit à la santé.

136 Cartographie programmatique et estimation des tailles des populations clés" SE/CNLS, OMS, 2014

137 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1. (Page 14).

138 Rapport de l'Etude de Surveillance Biologique et Comportementale chez les HSH à Madagascar, Focus Development Association, 2014, cité dans le Plan National de Suivi et Evaluation 2013-2017

139 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1. Page 14

140 Article 14 de la loi 2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

141 Ranjalahy R J, Ratsimbazafy M R, Blok L, Coolen A, Jennikens F. (2011). VIH et renforcement des systèmes de santé: Le cas de Madagascar. Health System Research Series No. 1. Edited by Oosterhoff P., Tiendrebeogo G. and Wolmarans L. Royal Tropical Institute (KIT), Amsterdam, Pays-Bas, 2011. Page 18

142 FGD-Personnes Vivant avec le VIH-Nosy Be du 5 avril 2018

143 FGD-Personnes Vivant avec le VIH-Mahajanga du 18 avril 2018

Les ARV sont récupérés en lot pour un mois de traitement. Mais le ratio assez bas de centre de référence oblige ceux qui résident loin des chefs-lieux des régions à y aller chaque mois, ce qui pourrait augmenter le coût économique des médicaments. Les ARV pour les détenus, quant à eux sont récupérés par les professionnels de santé responsables de chaque établissement pénitentiaire. Mis à part cela et sous réserve de ce qui a été évoqué dans les autres sections de l'étude, les services auprès des centres de référence sont généralement jugés comme accessibles par les participants du FGD. Suivant un entretien, les médecins référents sont généralement disponibles et pour certaines localités comme Nosy Be, les patients peuvent même récupérer leurs ARV durant le week-end. Il a tout de même été signalé, en ce qui concerne Mahajanga, un manque de personnel de santé, causant des attentes et parfois la déperdition des patients vivant avec le VIH.

Quant à la disponibilité des ARV, une amélioration a été notée selon les participants et les personnes ressources. Selon le FGD, en général, les ruptures sont rares et la seule rupture connue durant la mission sur terrain était celle au niveau de l'Établissement pénitentiaire de Toliara. Les ruptures seraient dues au long processus et procédurier subis par les ARV, à partir de la commande au niveau international jusqu'à son acheminement vers les villes. Depuis que la commande des ARV a été groupée avec celle d'une autre organisation pour Madagascar, au moins jusqu'en décembre 2018, aucune rupture ne serait imputée à la commande. Il reste donc les défis de l'acheminement vers les différentes villes et le défi d'une bonne gestion des intrants par les médecins.

Ces soucis de rupture pourraient conduire à la réception de ARV à la date de leur péremption. Bien qu'il a été confirmé par les médecins que ces médicaments peuvent être pris en toute sécurité, certains participants affirment avoir eu des hésitations à les prendre (Mahajanga). Autrement, concernant l'acceptabilité ou qualité: certains participants ont fait part de

leur intolérance aux ARV. Une participante a arrêté les médicaments et est en situation de « perte de vue » dû à ce problème.

Concernant l'accès à la santé en général des Professionnel(le)s du Sexe et des HSH, la réponse nationale est focalisée sur la prise en charge des IST et la prévention du VIH qui ont déjà été développées dans le cadre de la sensibilisation/information, l'accès aux préservatifs et le dépistage. Avec la sensibilisation des Pairs Éducateurs, la majorité des participantes Professionnel(le)s du Sexe des FGD affirment suivre les consultations régulières recommandées tous les 3 mois. Éventuellement, la prise en charge des IST peut se faire dans les formations sanitaires et publiques qui sont accessibles à la majorité d'entre eux. Toutefois, si les consultations sont gratuites, les médicaments sont payants. D'ailleurs, mises à part les éventuelles questions de discrimination ou de stigmatisation traitées dans les sections précédentes, les longues attentes sont les plus souvent citées comme facteurs de blocage.

Les CDI quant à eux, en plus des activités de prévention précitées, bénéficient d'une surveillance de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C. Les services de désintoxication spécialisés ne sont pas encore effectifs.

VIH et Tuberculose

La politique nationale en matière de réponse nationale au VIH tend à l'amélioration de la couverture de la prise en charge de toutes les co-infections VIH et Tuberculose. La mortalité pour la co-infection VIH et Tuberculose est de 2 pour 100.000 habitants, selon le dernier Global report communiquant les données sur Madagascar¹⁴⁴.

Le PSN indique comme source du retard de diagnostic des cas de co-infection l'absence de service de dépistage volontaire du VIH chez presque la moitié des centres de diagnostic et traitement de la tuberculose¹⁴⁵. Mais la prise en

144 World Health Organization. (2015). *Global tuberculosis report 2015*. World Health Organisation. Page 163

145 Comité National de Lutte Contre le Sida (2018). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 4.

charge gratuite des infections opportunistes n'est pas garantie, les participants du FGD ont affirmé qu'ils bénéficient d'un diagnostic / prise en charge gratuit de la tuberculose. Les tuberculeux en milieu carcéral bénéficient également d'une prise en charge.

Recommandations

- i. Former les professionnels de santé afin de les sensibiliser à l'importance de l'accès à la santé pour tous et les droits humains;
- ii. Renforcer la politique de santé publique en matière de consommation de drogues injectables en accordant à la santé la même importance que celle accordée à la répression; Selon les cas, privilégier l'approche médicale pour les consommateurs et conserver l'approche pénale pour les vendeurs et distributeurs des drogues.
- iii. Renforcer l'accès aux programmes de réduction de risques dans les centres de santé publique, comme le dépistage, la prévention du VIH, ou la vaccination contre l'hépatite B;
- iv. Lutter contre la discrimination envers les Consommateurs de Drogues Injectables auprès des services dépendants de l'Etat, et surtout à travers les sensibilisations afin d'inciter les CDI à consulter sans craindre d'être stigmatisés ou arrêtés;
- v. Dans les informations et l'éducation, il convient de garder une cohérence tout en évitant de diffuser des messages différents et il convient aussi de privilégier les précautions universelles.;
- vi. Renforcer l'accès à la prévention, tel que les préservatifs en prenant les dispositions légales et réglementaires correspondants pour en faciliter l'accès. Notamment, étudier la possibilité d'assurer leurs remboursements par les mutuels de santé au même rang que les médicaments et les dispositifs médicaux. Par ailleurs, assurer leurs mises à disposition effectives dans les milieux publics les plus fréquentés;
- vii. Renforcer le contrôle de l'acheminement des préservatifs ainsi que le contrôle de leur utilisation à des fins non prévues, le cas échéant en sensibiliser le public;
- viii. Prendre les mesures réglementaires pour assurer que les counselings soient toujours assurés pour les femmes enceintes et le consentement éclairé malgré que le dépistage leur soit proposés systématiquement;
- ix. Prendre les dispositions réglementaires pour étudier et permettre la proposition systématique d'un test de VIH rapide avant l'accouchement pour celles qui n'ont pas pu faire un dépistage auparavant;
- x. Étendre encore plus la couverture en matière de traitement post exposition à la suite d'AES et à la suite de violences sexuelles à toute personne victime. Renforcer la capacité à tous les niveaux de la chaîne pour une notification rapide;
- xi. Renforcer la politique de sensibilisation sur la connaissance des instances de références (centres d'écoute, ligne verte, clinique juridique.);
- xii. Intégrer les counselings juridiques dans les counselings post test;
- xiii. Modifier la réglementation et les normes de procédures sur les notifications du partenaire. D'une part, en intégrant la notification assistée, et d'autre part en autorisant la notification du partenaire par le professionnel de soins.,
- xiv. Collaborer avec le service des douanes pour exonérer les intrants du VIH
- xv. Assurer la disponibilité du test de la numération des CD4 et la charge virale dans les hôpitaux régionaux, car l'examen médical est un composant du droit à la santé.
- xvi. Renforcer l'accès aux soins ambulatoires de toute personne vivant avec le VIH au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital
- xvii. Mettre en place une stratégie de PTME de rattrapage au niveau des maternités pour les enfants perdus de vue.

Les femmes, l'inégalité entre les sexes, les normes de genre préjudiciables et la violence basée sur le genre

Globalement, la vulnérabilité des femmes face au VIH a été soulignée, celle-ci étant touchée de manière disproportionnée¹⁴⁶. Cette vulnérabilité a été associée à une cause culturelle et économique. Plus de 95% des femmes séropositives vivaient dans les pays en développement¹⁴⁷. Pour l'Afrique subsaharienne *"les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes"*¹⁴⁸.

Le rapport de la Commission Mondiale VIH et droit, à titre d'exemple, suggère comme facteurs contribuant à la vulnérabilité de la femme: les violences basées sur le genre, le déséquilibre du rapport de pouvoir consacré par une inégalité de statut juridique, économique et culturel ainsi que l'insuffisance d'accès aux services spécifiquement liés aux femmes et à la maternité. D'une part, ces problèmes exposent les femmes un peu plus au VIH, et d'autre part, lorsqu'elles sont affectées, ces mêmes situations réduisent leur capacité à y faire face.

Position internationale et régionale

Le PIDESC assure la prévention de la discrimination fondée sur le sexe par l'égalité entre les hommes et les femmes dans la jouissance des droits qu'il énumère¹⁴⁹.

En 1979, la Convention pour l'élimination de la discrimination envers les femmes mentionne 5 domaines où sont traités des droits pouvant toucher de près ou de loin la réponse au VIH:

- L'élimination des inégalités dans la représentation culturelle: Ici l'Etat s'engage à modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel en vue de l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières¹⁵⁰.
- L'élimination des inégalités d'accès aux soins, y compris la planification familiale et les pratiques culturelles qui augmentent la vulnérabilité des femmes et les rendent vulnérables par rapport au VIH¹⁵¹.
- L'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dans les zones rurales et la protection de leurs droits d'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé¹⁵².
- L'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dans le mariage et les rapports familiaux¹⁵³.

146 Assemblée Générale des Nations Unies. (2011). Déclaration politique sur le VIH et le sida: intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le SIDA.

147 World Health Organization. Immunization, Vaccine and Biologicals. Accessible en ligne au <http://www.who.int/immunization/topics/hiv/en/index1.html>. Consulté le 23 octobre 2018. Voir également, Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. Qui évalue ce chiffre à 98% sur la base des données de l'ONUSIDA. Page 70

148 ONUSIDA, Statistiques mondiales sur le VIH en 2017. <http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>, consulté le 23 octobre 2018

149 Article 3 du Pacte International sur les droits économiques, sociaux et culturels

150 Article 5 de la Convention pour l'élimination de la discrimination envers les femmes

151 Ibid, Article 12

152 Ibid, Article 14

153 Ibid, Article 16

154 Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. Page 76

Les déclarations politiques sur le VIH et le Sida, depuis 2001, intègrent et reconnaissent la dimension genre dans la réponse internationale face au VIH. L'orientation de la politique au niveau international tend à appeler la politique nationale à:

- Éliminer toutes formes d'inégalités au détriment des femmes, par la réforme des législations imposant un statut juridique inégal ou par la mise en place de législation imposant un statut juridique égal (accès à la propriété, à l'héritage etc....)¹⁵⁴;
- Éliminer toutes formes de violence envers les femmes;
- Permettre aux femmes d'avoir plus de contrôle sur les décisions liées à la sexualité et à la reproduction,¹⁵⁵ entre autres à promouvoir les méthodes sur lesquelles celles-ci ont plus de contrôle;
- Promouvoir l'accès aux soins et traitements spécifiques aux femmes et aux mères.

Les femmes sont les plus durement touchées par le VIH en Afrique de l'est et australe, avec un taux de prévalence de 8.4 contre 5.2 pour les hommes, pour les 15 à 49 ans¹⁵⁶.

Au niveau régional de l'Afrique, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples impose une obligation particulière aux États pour l'élimination de toute discrimination contre la femme et d'assurer la protection des droits de la femme et de l'enfant. D'autre part, le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux droits des femmes en Afrique¹⁵⁷, dit Protocole de Maputo, reconnaît pour les femmes le *"droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/Sida"* également *"le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections*

sexuellement transmissibles, y compris le VIH/ Sida, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues".

Toujours dans le cadre régional, le pays fait partie de la Politique et Stratégie sous régionale de genre, 2015-2019, de la Commission pour la région de l'Océan Indien, qui a pour mission notamment *"l'opérationnalisation des engagements internationaux pris par les États en matière d'égalité entre les femmes et les hommes"*¹⁵⁸. La politique mentionne la question du VIH, dans le domaine de la santé, sans pourtant s'y étendre.

Position actuelle à Madagascar

Le principe d'égalité des droits entre hommes et femmes est consacré dans la Constitution malgache, en particulier dans son article 6: *"Tous les individus sont égaux en droit et jouissent des mêmes libertés fondamentales protégées par la loi sans discrimination fondée sur le sexe, le degré d'instruction, la fortune, l'origine, la race, la croyance religieuse ou l'opinion"*. En outre, la Constitution ajoute que *"l'Etat assure la protection de la famille pour son libre épanouissement ainsi que celle de la mère et de l'enfant par une législation et des institutions sociales appropriées"*. Madagascar est signataire de la Convention pour.

L'élimination de la discrimination envers les femmes, et l'a ratifiée le 17 mars 1989. Par contre, il a signé mais n'a pas ratifié le protocole sur les droits des femmes de la Charte des droits de l'Homme et des peuples. Madagascar est signataire et a déjà ratifié en 2008, la Convention relative à la répression de

154 Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. Page 76

155 Assemblée Générale des Nations Unies. (2011). *Déclaration politique sur le VIH et le sida: intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le SIDA*. Paragraphe 59

156 Regional Factsheet 2017: Africa- Eastern and Southern, accessible au <http://aidsinfo.unaids.org/>, consulté le [05 septembre 2018]

157 Si la Charte a été ratifiée par Madagascar, ce n'est pas le cas du protocole, qui a été seulement signé. Le protocole n'est donc pas applicable dans le pays, mais celui-ci n'est pas moins indifférent sur ses valeurs. Selon l'article 18 de la Convention de Vienne sur les droits de traité: un État doit s'abstenir d'actes qui priveraient un traité de son objet et de son but lorsqu'il a signé le traité.

158 Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique

la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui. Le pays dispose d'une loi spécifique, la loi n° 2014-040 sur la lutte contre la traite des êtres humains, qui contient des dispositions spécifiques protégeant la femme contre l'exploitation de la prostitution, l'infraction de servitude de dettes civiles et l'infraction d'exploitation de la mendicité (article 27 à 29).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CEDEF, le pays a entrepris une réforme durant les 10 dernières années, particulièrement la loi n°2007-022 sur le mariage, où l'âge de la majorité matrimoniale a été uniformisé. La même loi gère les régimes matrimoniaux, confie la gestion du bien commun aux deux époux, et supprime le régime du *Kitay telo an-dàlana*,¹⁵⁹ un partage de bien au détriment de la femme. Récemment en 2016 avec le Code de la Nationalité, la loi ouvre à la femme malgache mariée à un étranger, le droit de transmettre à son enfant sa nationalité. Néanmoins, dans la nouvelle loi, le mari reste le chef de la famille, un terme inégalitaire qui devrait donner place à une autorité parentale conjointe. La loi garde cependant des prérogatives spécifiques à la femme, telle que le droit de suspendre la cohabitation à travers le droit du *Misintaka*¹⁶⁰.

La loi n°2017-043 du 25 janvier 2018 sur la santé de la reproduction et santé familiale fait promotion de l'accès des femmes et des jeunes à la santé de la reproduction et du planning familial. Elle consacre en son article 15, le droit de la femme d'avoir le contrôle sur la procréation, en disposant ce qui suit: *"les personnes de genre masculin ont le devoir de protéger le droit des femmes à la santé sexuelle et reproductive...leur accès aux services et le respect de leurs choix sur la procréation"*.

Le Plan National de développement de 2015-2019, reconnaît une situation déficitaire en matière de genre, mais ne pose pas non plus une orientation concrète sur ce sujet. Depuis

la fin du Plan d'Action National pour le Genre et Développement du 2004-2008 (PANAGED), la mise à jour est en cours. Une Stratégie Nationale de lutte contre les Violences Basées sur le Genre a été adoptée, qui a entre autres pour objectif de professionnaliser les interventions pour une prise en charge intégrée et adéquate de la victime. Le plan de Développement du Secteur Santé mise surtout sur l'amélioration des services de soins dans le cadre de la santé maternelle. Le PSN 2018-2022, quant à lui, vise à promouvoir l'accès aux services de PTME (informations et éducation, dépistage et traitement); la mise à disposition de TPE pour les femmes et enfants victimes de violences sexuelles et la distribution de préservatifs féminins. Il reste tout de même que les préservatifs féminins sont en très faible proportion (252 861) par rapport aux préservatifs masculins (126 429 449)¹⁶¹.

Il convient de noter que la PTME a été discutée dans le cadre de l'accès à la santé. Elle relève du droit de l'enfant à la protection de sa santé dès sa conception mais assure aussi le droit de la femme à la santé tout comme protection de sa famille (article 21 de la Constitution).

Situation actuelle, défi et lacunes

La négociation de rapport sexuel protégé est un des facteurs majeurs jouant dans la vulnérabilité des femmes face au VIH Sida, le fait étant qu'une femme est parfois considérée comme inférieure à l'homme dans certaines sociétés et qui peut être renforcé par des statuts juridiques inégaux. Selon l'enquête de l'EDSMD-IV, les raisons liées à la fécondité sont principalement celles conduisant une femme à ne pas utiliser une contraception, avec 45% des cas, l'opposition du mari ou du partenaire ne compte que pour 4,2% des cas contre 9,7% des cas sur opposition de l'enquêtée elle-même¹⁶².

159 Commission de l'Océan Indien. 2015. Politique et stratégie sous régionale de genre, dans la région Océan Indien 2015-2019. www.commissionoceanindien.org/

160 Deux tiers pour l'homme, un tiers pour la femme

161 C'est-à-dire le droit de quitter le domicile conjugal en cas d'incompatibilité.

162 Comité National de Lutte Contre le Sida (2018). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 4. Page 50

De plus, selon toujours cette même enquête, 92% des hommes et des femmes pensent qu'il est normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels ou exige des préservatifs (90%) quand son mari ou partenaire a des IST. Les chiffres sont positifs mais il reste tout de même une femme sur dix qui considère qu'elle ne peut pas refuser un rapport non protégé même en cas d'infection de son partenaire.

Mais ce pouvoir de négociation peut être davantage réduit quand la femme se trouve dans une situation de violence conjugale. D'après l'enquête ENSMOD, 9 à 13% des femmes pensent qu'il est justifié qu'un mari/partenaire batte sa femme/partenaire quand elle refuse des rapports sexuels avec lui, et 21 à 25% quand elle sort de la maison "sans lui dire"¹⁶³. Les chiffres les plus élevés sont observés parmi celles qui vivent en milieu rural, dans le quintile le plus pauvre et celle avec un niveau d'instruction le moins élevé.

Si la violence domestique est réprimée, la notion de viol conjugal reste indéfinie et n'est pas expressément réprimée par les textes. Des débats auraient déjà été menés là-dessus pour l'ériger en infraction¹⁶⁴.

Une situation de violence conjugale, devenue banalisée et socialement acceptée, a pour conséquence d'entretenir dans la conscience collective, un statut inférieur de la femme dans sa relation avec l'homme concernant leur vie sexuelle. Puis, ce pouvoir de négociation peut être réduit même en dehors du mariage et même en dehors de toute forme de violence.

Bien que la législation ait subi une importante réforme pour éliminer toute forme d'inégalité et pour "respecter" l'égalité des sexes, le défi reste à relever pour "protéger" cette égalité. Les pratiques culturelles et coutumières

sont un des principaux facteurs. Le Moletry, dont la lutte fait l'objet d'une campagne de sensibilisation¹⁶⁵, consiste pour les parents à donner en mariage leur enfant en contrepartie d'une somme d'argent pour une durée déterminée, et qui pourrait s'apparenter à une exploitation sexuelle. Il y a en outre la pratique de la polygamie ou la pratique du multipartenariat. Autrement, en ce qui concerne l'accès à l'héritage, les pratiques où les fils héritent du père à la place de la mère sont courantes dans certaines régions¹⁶⁶, ne laissant pas place à un partage de bien suivant les règles légales. Ces pratiques peuvent fragiliser économiquement les femmes, ne leur permettant pas d'avoir des moyens nécessaires pour accéder aux soins et traitements (Prévention, contraception, traitement etc..) et par conséquent les mettant dans une position de précarité qui pourrait aussi les pousser à des activités à risque.

En dehors, de toute relation personnelle, les violences sexuelles et toute forme d'agression envers les femmes se produisent dans la sphère publique ou dans la sphère privée. Elles ont pour conséquence de perpétuer une relation de domination de la femme qui pourrait même être considérée comme un objet, surtout quand elles restent impunies. Le PSN indique qu'il s'agit d'un phénomène relativement important à Madagascar, impliquant 5387 victimes en 2009, tout en reconnaissant que les violences sexuelles basées sur le genre restent faiblement documentées¹⁶⁷. Comme évoqué dans la section sur l'accès à la santé, les TPE restent inaccessibles pour beaucoup de cas, par manque d'information, retard dans le traitement, ou non disponibilité du traitement. Des actions importantes ont été prises comme la mise en place des Centres d'Écoute et de Conseil Juridique au moins dans 12 régions.

163 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. (2010). *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro. Page 90

164 Vice-Primature chargée de la Santé Publique. 2013. Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar. Objectif 3. http://www.mg.undp.org/content/dam/madagascar/docs/rapportsUNDP_MDG/doc_OMD/OMD_3.pdf. Page 42

165 Comité des droits de l'Homme. 2017. Examen des rapports soumis par les Etats parties en application de l'article 40 du pacte. Réponse de Madagascar à la liste des points.

166 Comité des droits de l'Homme. 2017. Examen des rapports soumis par les Etats parties en application de l'article 40 du pacte. Réponse de Madagascar à la liste des points.

167 Recherche et Etude dans le Sud et le Sud-est sur la violence et les pratiques discriminatoires envers les femmes et les enfants, Ministère de la Population et FNUAP, Juin 2006, p. 18. Cité dans 'les violences contre les femmes à Madagascar, rapport sur la mise en œuvre du pacte international relatif aux droits civils et politiques

Recommandations

- i. Renforcer les études et les enquêtes sur la prise de décision de la femme dans les matières en connexion avec la santé de la reproduction
- ii. Renforcer la sensibilisation sur les questions de secret médical/confidentialité dans les services de santé pour les femmes
- iii. Renforcer, dans la communication et dans la prise en charge, les risques de VIH dans les violences sexuelles afin de promouvoir le recours aux TPE (délai de 72h, les services de prise en charge.)
- iv. Consacrer dans les textes le viol sur époux, que le viol est répréhensible même lorsque l'agresseur et la victime sont unis par les liens du mariage
- v. Ratifier le Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, signé par Madagascar le 7 septembre 2000;
- vi. Ratifier le Protocole à la Charte Africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique.

Les jeunes

Orientation internationale et orientation régionale

La déclaration politique sur le VIH en 2001 fait de l'une de ses 5 priorités, l'information des jeunes sur la provenance de l'infection et qu'elle considère comme particulièrement

exposés. L'accès des jeunes de 15 à 24 ans à l'information et à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs, sur la provenance du VIH et les services nécessaires permet de réduire leur vulnérabilité au VIH (para.53)¹⁶⁸. Les services de santé devraient être adaptés aux jeunes, "youth friendly"¹⁶⁹. La déclaration politique de 2011 mentionne en plus le manque d'accès aux équipements récréatifs et à un emploi décent comme parmi les facteurs favorisant la vulnérabilité.

Au niveau de l'Afrique, la politique tend vers la lutte contre les pratiques préjudiciables aux enfants et adolescents, tels que les mariages forcés ainsi que l'élimination des barrières juridiques limitant l'accès des enfants aux services de prévention et de santé de la reproduction. Plusieurs pays ont déjà abaissé l'âge limite de consentement au dépistage du VIH¹⁷⁰. La Charte africaine de la jeunesse prend en compte la prévention à travers l'éducation et l'information et appelle à la promotion de l'accès des jeunes aux traitements et traitements et prévention tels que la prophylaxie post viol ou la prise en charge alimentaire des jeunes vivant avec le VIH. La Charte a été ratifiée par Madagascar.

Position actuelle à Madagascar

Contexte économique et social

Madagascar comptait en 2008 environ 5,7 millions de jeunes âgés de 10 à 24 ans¹⁷¹. Concernant, les femmes, 50% des femmes séropositives sont âgées de 15 à 24 ans¹⁷². La vulnérabilité particulière des jeunes tient du contexte économique, lié à des pratiques culturelles ou à une insuffisance de l'accès aux

168 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1. (p.24)

169 United Nation General Assembly. (2001). Political declaration on HIV/Aids. A/RES/60/262. http://data.unaids.org/pub/report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_en.pdf.

170 UNAIDS, International Task Team. 23rd meeting of the UNAIDS program coordinating board. Geneva Switzerland 15-17 December 2008. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc585-prevention%20paper_en.pdf

171 Commission Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple. 2017. Le VIH, la loi et les droits de l'Homme dans le système africain des droits de l'Homme: principaux défis et opportunités pour les réponses au VIH fondés sur les droits.

172 UNICEF & FNUAP. (2011). Les Jeunes, faits et chiffres, rapport synthétique.

services de santé de la reproduction, tant en éducation, prévention que traitement.

En contexte économique, le système éducatif connaît un taux d'abandon scolaire élevé et extrêmement lié à la pauvreté des ménages. La déscolarisation vient de l'incapacité des parents à subvenir aux frais de la scolarisation, autant que la nécessité pour les jeunes de contribuer avec les parents aux charges du ménage. Mais les personnes au chômage sont constituées à 75,3% des moins de 30 ans. En 2007, les jeunes, économiquement actifs, travaillent dans des activités dommageables, précaires ou dans l'informel. La moitié d'entre eux, par exemple, occupe le poste d'aide familiale¹⁷³. Cette précarité conduit ces jeunes, particulièrement les jeunes femmes, à des pratiques de relations sexuelles transactionnelles, soit comme moyen de survie, soit pour acquérir un certain style de vie¹⁷⁴. Cette étude soulève par ailleurs le défi posé par cette dynamique en matière de prévention: ces personnes ne se considérant pas comme étant des professionnel(le)s de sexe. En effet, ces dernières sont perçues comme celles offrant leurs services même à des inconnus et contre paiement immédiat.

S'ajoutent à ce contexte économique, des pratiques culturelles ou traditionnelles préjudiciables.

Pratiques préjudiciables et l'exploitation sexuelle

D'abord, la permissivité sexuelle. Plusieurs études citent la permissivité sexuelle des adolescents à plusieurs reprises¹⁷⁵. – Selon le PSN¹⁷⁶, la permissivité sexuelle est entre autres due à certains coutumes et traditions: le Fitampoha, le Donia de Nosy Be, Fanompoambe dans la région de Menabe, la pression des parents des "ampelatovo". Le PSN dénonce le multi partenariat de l'homme qui est culturellement toléré et la précocité du mariage.

Les pratiques culturelles ou traditionnelles préjudiciables concernent particulièrement les jeunes femmes, telles que le "moletry" mentionné dans les autres sections, ou le "sakafom-bahiny"¹⁷⁷, une pratique moins courante mais qui peut confirmer la permissivité sexuelle, les mariages précoces arrangés et même l'exploitation sexuelle des jeunes filles.

De surcroît, Madagascar est confronté à l'exploitation sexuelle des enfants, telle que dans le cadre du tourisme sexuel. L'exploitation sexuelle est sévèrement punie par le Code pénal¹⁷⁸ qui punit toutes les personnes intervenant dans le processus, y compris les parents. Mais la réticence des responsables des structures d'hébergement ou de restauration à dénoncer les auteurs, de peur de perdre la clientèle, a été évoquée, comme difficulté pour l'application de cette loi dans le domaine du tourisme sexuel,¹⁷⁹.

173 Ministère de la santé publique (2015). Plan de Développement du Secteur de la Santé 2015-2019. P. 37

174 PNUD. Non daté. Le soutien à l'emploi des jeunes à Madagascar: quels secteurs à développer et quels types de programmes à mettre en œuvre?

193 Stoebenau, K., Nair, R. C., Rabeloson, V., Rakotoarison, P. G., Razafintsalama, V., & Labonté, R. (2013). Consuming sex: the association between modern goods, lifestyles and sexual behaviour among youth in Madagascar. *Globalization and health*, 9, 13. doi:10.1186/1744-8603-9-13

175 En particulier, Ratsimbazafy, Arthur BA, et al (2016). "Adolescence and sexually transmitted infections: the case in the coastal regions in Madagascar." *International Journal of Contemporary Pediatrics* 3.3 (2016): 778- 783 et Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1.

176 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1. (Page 24)

177 Littéralement, Repas de l'invité. Cette coutume consiste à mettre une fille à disposition d'un invité pour la nuit en symbole de l'hospitalité. Voir Rakotomalala, M. (2012). À cœur ouvert sur la sexualité merina, Madagascar: une anthropologie du non-dit. KARTHALA Editions.

178 Article 333 ter du Code Pénal: "L'exploitation sexuelle d'un enfant, de l'un ou de l'autre sexe, à des fins commerciales s'entend comme étant l'acte par lequel un adulte obtient les services d'un enfant pour faire des rapports sexuels en contrepartie d'une rémunération, d'une compensation ou d'une rétribution en nature ou en espèces versée à l'enfant ou à une ou plusieurs tierces personnes prévues par les articles 334 à 335 bis du Code Pénal avec ou sans le consentement de l'enfant"

179 Health economics and HIV and Aids research division. 2018. Baseline report on young key populations and sexual and reproductive health and rights

Pratiques et accès à l'information

Les attitudes et pratiques des jeunes concernant la santé de la reproduction peuvent également être problématiques. Les comportements à risques comprennent le multi- partenariat qui touche 18,2% des jeunes garçons et 8,8% des filles¹⁸⁰ et d'autant plus caractérisés par une faible réduction des risques (par l'utilisation de préservatif), par l'existence de rapport sexuel payant, concernant plus les garçons que les filles et plus en milieu rural qu'en milieu urbain selon l'enquête démographique et de santé¹⁸¹.

Le PSN 2017-2022 rapporte qu'en 2012, seulement 27,4% connaissent les moyens de prévention et 16,3% rejettent les idées fausses. De plus, dans la pratique, l'utilisation des préservatifs n'est pas systématique mais concerne trois adolescents jeunes sur dix, soit 29,5%¹⁸². Le paradoxe est que la permissivité sexuelle sus évoquée serait notamment attribuée au fait que la société est conservatrice. Il a été suggéré dans un document d'évaluation de l'environnement juridique sur la reproduction à Madagascar que les gens ont des difficultés à discuter ouvertement et aisément sur les sujets concernant les relations sexuelles et les questions de genre¹⁸³. En effet, les parents "ont des difficultés de parler de sexe et cette défaillance de la communication conduit ces derniers à s'informer en dehors du cercle familial"¹⁸⁴.

Associée à ce problème, la portée de la culture orale également suggérée comme étant un obstacle à la mise en œuvre de la santé reproductive¹⁸⁵. "l'analphabétisme et l'accès limité à l'écrit font que les gens ont tendance à apprendre les informations sur la santé reproductive à travers leurs pairs, les membres de leur famille, les amis et les prestataires de santé"

Des structures ont été mises en place pour promouvoir l'accès à l'information, tel l'usage de téléphone dans de nombreux programmes de santé en utilisant des lignes gratuites, comme la ligne verte 511 "Allo Fanantenana" (Allo Espoir) et "la ligne 147 SOS Enfant" pour répondre aux besoins en matière de SR incluant le VIH et la protection de l'enfant. Pourtant, malgré les structures prévues par les textes, il est estimé qu'il y a encore des lacunes, et notamment l'insuffisance de structure accueillant les jeunes ou l'insuffisance des structures existantes, telles que la maison des jeunes. Mais depuis le récent développement des réseaux sociaux et de l'accès à l'internet¹⁸⁶, de nombreux jeunes s'y renseignent. Ces moyens, rapides, accessibles et surtout en toute discrétion, ajoutent encore aux défis existants, dans la mesure où leurs sources sont diverses et leurs fiabilités ne sont pas toujours garanties.

Utilisation des préservatifs

Le taux d'utilisation des préservatifs chez les jeunes est assez bas. Selon l'EDSMD-IV, pour les célibataires de 15-24 ans, 5% des femmes

180 199 article 13 du décret n°2007-563 relative au travail des enfants tiré lui-même des termes du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, ratifié par Madagascar par Loi n° 2003-046 autorisant la ratification du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène les enfants

181 L'article 13 du décret n°2007-563 relatif au travail des enfants tiré lui-même des termes du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, ratifié par Madagascar par Loi n° 2003-046 autorisant la ratification du Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène les enfants

182 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1. (page 18)

183 Brinkerhoff, D.W., O. Indriamihaja, A. Lipsky, and C. Stewart. 2017. L'environnement légal pour la planification familiale et la santé de la reproduction à Madagascar. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

184 ibid

185 Ratsimbazafy, Arthur BA, et al (2016). "Adolescence and sexually transmitted infections: the case in the coastal regions in Madagascar." International Journal of Contemporary Pediatrics 3.3 (2016): 778-783.

186 Brinkerhoff, D.W., O. Indriamihaja, A. Lipsky, and C. Stewart. 2017. L'environnement légal pour la planification familiale et la santé de la reproduction à Madagascar. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

et 10% des hommes qui avaient des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ont déclarés avoir utilisé des préservatifs durant le dernier rapport. Ce fait ayant un impact sur le droit à la santé peut être lié à plusieurs facteurs: accès à l'information, accès à la prévention ou d'autres facteurs constituant des défis.

Au cours d'une autre enquête, celle de l'ENSMOD de 2012- 2013, seulement, *"56% des jeunes filles et 64% des jeunes hommes ont déclaré qu'il est possible de limiter les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms"*¹⁸⁷ Toujours selon cette enquête, dans les 15 à 19 ans, 52 à 68% des jeunes filles et 40 à 54 % des jeunes gens ne connaissent pas les IST. A priori , il y a un faible accès à l'information, cependant le droit à la santé implique l'accès à des informations correctes et adéquates permettant de maintenir cette santé en bon état.

Une fois l'information sur les moyens de prévention acquise, ces moyens de prévention devraient en plus être accessibles, disponibles, acceptables et de qualité. En revenant à l'EDSMD-IV, cette étude révèle que trois jeunes femmes sur cinq (60 %) et 66% des jeunes hommes connaissent un endroit où se procurer des condoms¹⁸⁸. Il n'a pas été trouvé d'étude quantitative recensant de manière comparative les raisons de non utilisation de préservatif chez les jeunes. Il n'a en conséquence pas été permis d'en évaluer précisément l'accessibilité économique, physique ou autres facteurs. Mais les données du focus group suivant, sans prétention d'être généralisables, donnent des indications sur ce sujet.

La grande majorité des jeunes du Focus savent où se procurer des préservatifs. Et depuis les campagnes de sensibilisation visant à décomplexer l'acquisition de condoms auprès

des points de vente, les jeunes déclarent moins ressentir d'hésitation ou de gêne à en acquérir. Les jeunes hommes sont moins hésitants que les jeunes filles à s'en procurer auprès des points de vente. Cependant ils déclarent que parfois les vendeurs expriment des signes de jugement ou de désapprobation. Il s'avère effectivement que la gêne et l'hésitation restent les principaux obstacles de la majorité d'après l'enquête individuelle auprès d'eux. De surcroît, beaucoup affirment l'absence de confort, aussi bien chez les jeunes filles que chez les garçons, ce qui pourrait indiquer comme piste, une question de qualité. Quant au coût, il n'est pas plus rédhibitoire que les autres facteurs précédents.

Mais l'accès aux préservatifs en tant que prévention aux fins de réalisation du droit à la santé dépasse les problèmes d'accessibilité ou de qualité, le défi pourrait être plus culturel. Selon encore les participants du focus, l'utilisation des préservatifs touche à la question de confiance. Si un partenaire exige l'utilisation des préservatifs, cela pourrait indiquer qu'il est en situation de multi partenariat¹⁸⁹. Ainsi, même en situation multi partenariat, ces jeunes du focus évitent l'utilisation des préservatifs. La perception du risque est davantage un facteur qui détermine les comportements en matière de santé¹⁹⁰.

Selon cette étude conjointe de l'UNICEF et du FNUAP, la grossesse précoce est le plus grand risque perçu par les jeunes femmes en matière de santé, suivi de l'alcool. Pour les jeunes hommes, il s'agit de l'alcool et des drogues. Il s'en suit que les mesures de précaution prises tendent en premier à se prémunir de ces risques: la contraception. Les éducations/instructions données par leurs parents, quand ils arrivent à aborder le sujet, se limitent souvent aux moyens de contraception. Une enquête menée par le MEN en collaboration avec le point focal SR Boeny

187 Pour l'internet fixe, Madagascar est autour du 5% et pour l'internet mobile autour de 30% avec des utilisations très sporadiques par les jeunes urbains, GOTICOM/MCRI, 2017

188 EDSMD-IV op.cit. Page262

189 On retrouve à nouveau ici, l'enjeu de l'association de la fidélité au VIH. Communiquer que la fidélité à un seul partenaire non infecté comme moyen pour se prémunir du VIH ou des IST conduit les jeunes à penser qu'entre couple observant la fidélité, les préservatifs ne sont pas recommandés et qu'un partenaire qui réclame l'usage d'un préservatif est probablement en situation de multi partenariat.

190 UNICEF & FNUAP. (2011). Les Jeunes, faits et chiffres, rapport synthétique. Page 19

en début de l'année 2018 a noté que pour éviter la grossesse, la plupart des jeunes filles pratiquent des rapports anaux. Cette pratique devient de plus en plus croissante dans les grandes villes de Madagascar depuis ces 5 dernières années¹⁹¹.

Conséquemment, la prédisposition des jeunes à accepter le préservatif¹⁹² semble donc plus importante que leur accessibilité physique au préservatif, pour la présente étude.

L'âge de la première relation sexuelle et l'âge de consentement au dépistage du VIH

Une étude sur l'adolescence et les IST dans les régions côtières de Madagascar suggère que l'âge médian des premières relations sexuelles est de 16,6 ans en milieu rural et 15,6 ans pour les jeunes qui n'ont pas reçu d'éducation. Elle ajoute que les IST affectent particulièrement les jeunes entre 16 et 18 ans et qu'il y a une tendance à la précocité dans les régions ayant une forte activité touristique (Toamasina, Nosy-Be, Morondava)¹⁹³. Cette tendance est confirmée par d'autres études menées au niveau national, et le pourcentage des filles qui ont eu leur relation sexuelle avant 18 ans est très important dans certaines régions: pour les femmes, cela peut atteindre les 89,4% dans l'Atsimo Andrefana et 93% dans l'Ihorombe. Le taux culmine encore à 52% pour les femmes pour les relations sexuelles avant l'âge de 15 ans¹⁹⁴.

Cet âge pourrait se trouver en dessous de l'âge de consentement au dépistage du VIH. Selon la loi, le dépistage et le traitement pratiqués sur des enfants doivent être faits, dans la mesure du possible, avec le consentement de l'un de ses parents ou d'une personne ayant autorité sur lui. C'est la loi n°2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants,

quelques années plus tard, qui précise que l'enfant est tout être humain âgé de moins de 18 ans.

Selon la loi n°2005-040¹⁹⁵, le consentement doit être donné par écrit (article 12) mais il n'est pas exigé quand l'intérêt supérieur de l'enfant l'exige. Elle ajoute, qu'en aucun cas l'absence de consentement ne doit constituer un obstacle au dépistage et au counseling (article 5). Il en est de même pour la remise du résultat du test (article 8 alinéa 2), ainsi que du counseling et du traitement (article 13).

La loi n'est donc pas stricte sur l'exigence du consentement des parents ou d'une personne ayant autorité sur l'enfant. On pourrait donc considérer que dès que l'état de santé de l'enfant l'indique ou l'exige, le dépistage pourrait être fait sans le consentement des parents ou d'une personne ayant autorité sur l'enfant. La seule exigence de la loi est la consultation de l'enfant, en âge de discernement, sans préciser l'âge en question (article 13).

Mais la pratique est très partagée. Si dans d'autres régions, il est procédé librement au dépistage des mineurs, dans d'autres, les professionnels de santé sont hésitants, craignant de voir leurs responsabilités engagées, en particulier pour les dépistages qui n'auraient pas été indiqués ou suggérés par l'état de santé de l'enfant. A Toliara et Antananarivo, tous les jeunes du focus qui ont fait leur dépistage avant l'âge de 18 ans, l'ont fait sans l'autorisation de leurs parents¹⁹⁶, alors qu'à Nosy Be, seulement la moitié l'ont fait sans autorisation parentale. Mais cette donnée est indicative de l'existence de cette pratique concernant l'autorisation parentale, et sous réserve des limites de l'étude concernant le recrutement des participants via l'association. Des jeunes qui sont étrangers au milieu de la lutte contre le VIH et les IST peuvent très bien

191 Rapport du Ministère de l'Éducation Nationale, cité durant l'atelier de validation nationale du 18 au 21 septembre

192 Wivine Mabika Kalanga, Alain Mujinga Kapemba. Les déterminants de l'utilisation de préservatif masculin par les jeunes de la ville de Kinshasa. Revue Congolaise d'Économie et de Gestion, EDUPC, A paraître.

193 Ratsimbazafy, Arthur BA, et al (2016). "Adolescence and sexually transmitted infections: the case in the coastal regions in Madagascar." International Journal of Contemporary Pediatrics 3.3 (2016): 778-783. (ref 10)

194 UNICEF & FNUAP. (2011). Les Jeunes, faits et chiffres, rapport synthétique.

195 Loi n° 2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

se voir exiger l'autorisation parentale en raison de la crainte de l'engagement de responsabilité indiquée ci-dessus.

Accès aux services de santé

Les principaux obstacles à l'accès à la santé, et par conséquent du droit à la santé des jeunes

malgaches, sont d'abord l'accessibilité économique. Le manque de moyen financier est cité par 55% des personnes, comme le manque d'argent pour se faire consulter et suivre le traitement pour des maladies sexuellement transmissibles, par exemple. Après, en deuxième position, la permission des parents citée par 18% d'entre eux¹⁹⁷, qui est aussi une forme d'accessibilité. Ensuite, la difficulté et la gêne d'être reçu par un médecin du sexe opposé constitue également un obstacle de recours aux services de santé, qui peut être qualifié de problème d'acceptabilité. En effet, les obstacles liés à l'éthique ou à la culture devraient également être levés autant que possible. Les discussions au niveau des Focus group ont confirmé ces obstacles auprès des jeunes, ils ont relevé les moyens financiers, la gêne d'être reçu par une personne de sexe opposé et enfin la permission des parents. L'absence d'information a été relevée par un bon nombre d'entre eux: environ un quart des participants hésitent à consulter car ils ne savent pas auprès de quel centre se rendre¹⁹⁸. Selon un participant¹⁹⁹, l'obstacle en matière de moyen financier n'est pas toujours l'absence d'argent lui-même, mais l'hésitation sur le fait de savoir combien d'argent il doit préparer/ économiser afin d'éviter l'embarras une fois sur place.

Position actuelle

La politique nationale de la jeunesse définit les jeunes comme les personnes entre 14 et 30 ans. Cette politique part du constat qu'un des problèmes majeurs est la tendance des jeunes à négliger leur propre santé, et un faible taux de fréquentation des centres de soins et le problème de l'accessibilité économique²⁰⁰. La politique vise à garantir le droit à la santé, notamment par la réduction des barrières entravant. Mais la politique est assez vague et mentionne directement le VIH pour encourager la participation des jeunes aux décisions politiques intervenant dans ce domaine. Dans la pratique, plusieurs actions ont été entreprises: le développement des programmes suivant une approche life skills pour promouvoir la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire et les non-scolarisés, dans les kiosques amis-des jeunes depuis 2011²⁰¹. Il a connu une interruption mais est repris dans certains établissements. L'éducation avec les pairs avec les descentes sur terrain et les visites à domicile, la mise en place de maisons des jeunes dans toutes les régions, les partenariats avec des centres de soins et l'établissement de lignes vertes sont d'autant des actions visant à contourner les obstacles à l'accès des jeunes à la santé: manque de moyen financier, le manque d'information ou problème de permission des parents.

En ce qui concerne l'éducation scolaire, il y a un projet pour une intégration progressive de l'éducation sexuelle dans le curriculum.

196 FGD- Jeunes Nosy Be et Antananarivo

197 214 EDSMD-IV Madagascar 2008-2009, cité dans, UNICEF, & FNUAP. (2011). Les Jeunes, faits et chiffres, rapport synthétique. Page 18

198 215 FGs Jeunes Toliara du 28 avril

199 3 sur les 15 participants de Tuléar ne savent pas où se rendre pour soigner les IST. FGD- Jeunes- Toliara du 28 avril

200 Document cadre de la politique nationale de la jeunesse- Loi n° 2015-038 modifiant et complétant certaines dispositions de la Loi n°2004-028 du 09 Septembre 2004 portant Politique Nationale de la Jeunesse

201 en partenariat avec des organisations tels que AfrYan

Recommandations

- i. Même si une intégration progressive de l'éducation sexuelle a été faite dans les curricula, la couverture des questions liées au VIH et au Sida nécessite encore un renforcement, suivant le décret d'application de la loi n°2005-040: "Améliorer la qualité et la couverture des programmes scolaires qui incluent les questions liées au VIH/Sida"²⁰² 219;
- ii. Réviser la loi sur le dépistage du VIH afin de se mettre en phase avec l'âge moyen des premières relations sexuelles ou l'âge fixé par la politique nationale de la jeunesse;
- iii. Il est utile que des textes réglementaires rappellent les questions de secret médical dans les services de santé pour les jeunes;
- iv. L'accès à l'information des jeunes nécessite un renforcement car il fait partie du droit à la santé;
- v. Les services de santé devraient être adaptés autant que possible aux comportements des jeunes, en tenant en compte les questions d'acceptabilité propres aux jeunes (être reçu par un professionnel de santé du même sexe etc.) et les moyens de communications privilégiés par eux;
- vi. Il est important de garantir l'égalité de tous et de garantir un égal accès aux services de prévention et de santé malgré la situation géographique. Mais des attentions particulières devraient être portées sur les lieux présentant un risque plus important pour les jeunes du fait d'une modification rapide de sa situation démographique ou économique, tel que les sites d'exploitation minière.

Criminalisation des populations clés

Problème

Le problème de la criminalisation dans le cadre du VIH, peut avoir deux dimensions:

- La pénalisation de la transmission du VIH elle-même;
- La criminalisation ou la pénalisation des actes ou activités des populations clés et qui peuvent avoir un impact sur leur protection contre le VIH.

Concernant la criminalisation de la transmission du VIH, le régime des lois varie, soit de la criminalisation de la transmission intentionnelle du VIH, soit de la criminalisation de la relation sexuelle intentionnelle tout en étant séropositif, soit la transmission par imprudence ou négligence.

Les dispositions peuvent concerner les Personnes Vivant avec le VIH elles-mêmes ou toutes autres personnes pouvant transmettre le VIH en dehors de toute relation sexuelle, tels que le personnel de soin ou une mère qui transmet à son enfant durant la grossesse ou pendant l'allaitement en négligeant de prendre convenablement les traitements de PTME. La pénalisation ou la criminalisation de la transmission du VIH entretient une atmosphère de crainte et de méfiance et peut dissuader les personnes à se dépister ou à notifier leurs partenaires de crainte de tomber sous le coup d'une sanction pénale ou délictuelle²⁰³.

La question de la criminalisation couvre également la dimension pénale des actes ou activités des populations clés. Une dimension pénale qui favorise la stigmatisation entretient un climat de méfiance, de clandestinité ou de violence civile ou policière et qui déshumanise les personnes concernées.

202 Article 45 du décret 2006-902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA

203 Ceci a par exemple été avancé par le Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. (Page 22)

Cela peut les rendre plus vulnérables au VIH d'une manière ou d'une autre. En dehors des actes de stigmatisation ou de violence, il est évoqué en particulier, l'appréhension ou même le refus des populations clés de s'approcher des centres de soin ou de recourir à la justice quand cela permet d'identifier ou de soupçonner leurs activités, considérées comme illégales ou immorales. Sous cette rubrique, les cas suivants seront traités: les Consommateurs de Drogues Injectables, des Professionnel(le)s de Sexe, les HSH et les détenus pour lesquels l'exécution d'une sanction pénale dans un établissement pénitentiaire pourrait avoir un impact sur leurs droits et les rendre plus vulnérables au VIH.

Orientation internationale et orientation régionale

Selon le rapport 2010 du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), au moins 600 personnes vivant avec le VIH dans 24 pays dans le monde²⁰⁴ ont été condamnées au titre des lois générales ou spécifiques. Plusieurs lois portant pénalisation de la transmission du VIH sont apparues dans les années 2000, après la déclaration d'engagement sur le VIH et le Sida de 2001. A l'issue de cet événement, plusieurs pays d'Afrique se sont dotés de lois spécifiques sur la lutte contre le VIH, au moins 15 pays d'Afrique Centrale et de l'Ouest ont adopté des lois contenant des dispositions pénalisant la transmission du VIH, à partir d'un modèle commun: la Loi N'Djamena²⁰⁵. L'orientation internationale tend actuellement vers l'abrogation des dispositions législatives sur la criminalisation de la transmission du VIH et le renvoi devant le droit commun de

la transmission délibérée du VIH. Plusieurs études recommandent l'abrogation des dispositions législatives et réglementaires qui pénalisent la transmission du VIH. Pour la Commission Mondiale VIH et Droit, de *"telles lois n'encouragent pas des pratiques sexuelles mieux protégées"* car *"au contraire, elles découragent le recours aux tests ou aux traitements de crainte d'être poursuivis pour transmission du VIH à un amant ou aux enfants"*²⁰⁶. D'autre part, dans un concept de responsabilisation de chacun, la responsabilité de la prévention repose sur les deux partenaires et non uniquement sur le partenaire Personne Vivant avec le VIH.

C'est uniquement la transmission volontaire et délibérée qui est dès lors condamnable. Les littératures étaient orientées vers ce sens. Dans un document établi pour l'ONUSIDA, dès 2002 il est affirmé que: *"pénaliser la tromperie délibérée contribue à l'objectif de prévention de la transmission du VIH, en vertu de l'effet dissuasif (quel qu'il soit) des sanctions appliquées à ceux qui trompent sciemment d'autres personnes dans le but d'obtenir leur "consentement" à des activités à risques. Faute de certaines justifications ou excuses, il s'agit d'une conduite moralement condamnable qui, à ce titre, est justement passible de sanction pénale"*²⁰⁷. La Commission Mondiale VIH et droit était chargée de conduire une étude approfondie à ce sujet, et celle-ci confirme cette position dans ses études, tout en émettant des réserves quant à une application absolue de cette règle²⁰⁸. Par ailleurs, les recherches de HPTN 052 et PARTNER ont confirmé la déclaration de la Commission fédérale Suisse pour les problèmes liés au Sida (CFPS) de 2008 qui indiquait qu'une personne VIH-positive sous traitement avec une charge virale indétectable n'est pas susceptible de transmettre en cas de rapport sexuel sans préservatif. L'intention de transmettre, dans ce cas, n'est pas toujours évidente²⁰⁹.

204 Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. (Page 24) Citant, GNP+, (2010), The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence. Disponible sur: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37

205 Voir notamment, Daniel Grace (2015) I in the global HIV/AIDS response, Critical Public Health, 25:4, 441- 454, DOI: 10.1080/09581596.2015.1049121]

206 Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. (Page 8)

207 Elliott, R. (2002). Droit Pénal, Santé Publique et Transmission du VIH- Etudes des politiques possibles. ONUSIDA. http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/jrc-pub02/jc733-criminallaw_fr.pdf

208 Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. (Page 29)

209 <http://positivrat.ch/cms/fr/medecine.html>

Concernant la dimension pénale des activités des populations clés, les plaidoyers vont vers la dépénalisation des activités de commerce du sexe, certains pays qui consacrent cette pénalisation dans leurs législations punissent plutôt les clients que les Professionnel(le)s du Sexe. La commission Mondiale VIH et Droit suggère que la pénalisation combinée à la stigmatisation sociale crée un danger pour les Professionnel(le)s du Sexe dans la mesure où les violences policières à l'occasion de diverses formes de contrôle peuvent décourager les Professionnel(le)s du Sexe à dénoncer les abus. Ce document suggère que les formulations vagues sur ce sujet donnent une large attitude aux policiers pour opérer des contrôles ou des arrestations²¹⁰.

Pour les HSH, l'orientation tend vers la dénonciation de la criminalisation des rapports sexuels entre hommes et à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les HSH dans les milieux de santé, dans le milieu de travail et dans la communauté.

A propos des CDI, il y a un encouragement des actions de réduction des risques, à défaut de la dépénalisation des activités de consommation de drogues injectables, une séparation de la prévention et du traitement de la dimension pénale. La Déclaration politique de 2016 constate que *"peu de progrès ont été faits concernant la réduction de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues"*²¹¹ et exhorte *"la définition des objectifs nationaux en matière de VIH/Sida pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins à donner aux usagers de drogues injectables"* La Commission Mondiale VIH et Droit suggère les mesures de réduction de risque suivantes pour les CDI²¹²:

- Programme d'échange des aiguilles et seringues;
- Thérapie et traitement efficace de la toxicomanie;
- Test du VIH et SIDA et soutien psychosocial;

- Distribution de préservatifs;
- Prévention et traitement des IST.

Pénalisation de la transmission du VIH

Position actuelle à Madagascar

La loi malgache punit la transmission du VIH, qualifiée de délit, de 6 mois à 2 ans d'emprisonnement ou d'une amende. La loi punit la transmission par imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements et n'entend pas distinguer entre une transmission par voie de relation sexuelle ou non. La loi exige la transmission et ne se suffit donc pas à l'exposition. Elle va plus loin et pose une circonstance aggravante quand le délit a été commis par un personnel de la santé ou un tradipraticien. Il semble dès lors qu'elle s'attaque surtout à la transmission dans le cadre des soins (ou incluant la transmission par voie sexuelle ou par la transmission mère enfant) mais ne mentionne pas explicitement la Personne Vivant avec le VIH ni la transmission par voie sexuelle, comme dans la législation d'autres juridictions.

Seulement, les dispositions de la loi spécifique se limitent à la transmission par imprudence et ne traitent pas de la transmission intentionnelle qui relèverait en conséquence du Code Pénal Général, sous *"l'administration de substance nuisible"*, tel que suggéré d'ailleurs par la circulaire d'application. *"L'administration de substance nuisible"* est alors beaucoup plus difficile à établir avec la preuve de l'intention. Elle requiert la connaissance par le transmetteur de son statut sérologique, une condition qui n'est pas explicitement exigée pour la transmission par imprudence, la transmission se suffisant à elle-même car à la base la précaution doit être universelle.

210 Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. À partir de la page 41

211 Assemblée Générale des Nations Unies. (2016). Déclaration politique sur le VIH et le sida: accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 203.

212 Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé. Page 34

Nonobstant les peines plus sévères dans le cas de la transmission délibérée, il est donc plus facile de faire condamner une personne qui a transmis le VIH par imprudence, qu'une personne qu'il l'a transmis délibérément.

En cas de transmission du VIH par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, le coupable est puni d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 100 000 ariary à 400 000 ariary.

La peine sera portée au double si le délit a été commis par un personnel de la santé ou un tradipraticien.

Article 67- Loi 2005-040

Situation actuelle

Suivant les entretiens faits au niveau des associations des populations clés et du Ministère de la Justice, il n'a pas été établi l'existence d'une affaire judiciaire sur une transmission délibérée ou une transmission par imprudence. Le réseau Mad'AIDS, confirme qu'il n'y a pas eu de poursuites même si les personnes vivant avec le VIH en restent craintives²¹³.

Le document de témoignage de JICA, rapporte un cas de transmission du VIH par une personne, consciente de son statut et mentant délibérément à ce sujet²¹⁴. Les FGDs à Mahajanga et Toliara ont rapporté l'existence d'un cas de transmission délibérée dans la région, qui selon eux n'a pas encore été pris en main. Le décret d'application n°2006-902 de la loi n°2005-040 prévoit des balises et des mesures intéressantes pour le traitement des cas de transmission délibérée, mais uniquement en milieu carcéral²¹⁵.

Lacunes et défis

Nombreuses des Personnes Vivant avec le VIH des FGDs ne connaissent pas la loi sur la lutte contre le VIH, et encore moins les dispositions pénales sur la transmission du VIH. Dans ces conditions, et au moins pour l'échantillon du FGD, la pénalisation de la transmission du VIH, n'est pas un fait dissuasif pour approcher les centres de soin. Par contre, les personnes qui connaissent ces dispositions pénales font une confusion entre transmission par imprudence et transmission délibérée et affirment que la transmission intentionnelle est sanctionnée suivant la loi sur la lutte contre le VIH.

Recommandations

- i. Un équilibre suffisant est nécessaire entre la protection de la santé publique et l'évitement du danger de glissement vers une pénalisation illégitime et inutile. Il est recommandé de renforcer la sensibilisation sur la précaution universelle.
- ii. Sensibiliser et procéder à un renforcement de compétences des personnes chargées de l'exécution des lois, telles que les magistrats et les officiers de police judiciaire, sur les enjeux du VIH dans le cadre des procédures engagées pour transmission ou exposition au risque de transmission du VIH. Le renforcement de compétence pourrait inclure les normes et procédures à suivre pour assurer la qualité des enquêtes préalables à un éventuel engagement de procédure.
- iii. Procéder à une sensibilisation et à un renforcement de compétence au niveau des associations sur la gestion des éventuelles suspicions de cas de la transmission du VIH et les prises de position possibles tenant compte de la particularité de chaque cas.
- iv. Reformuler les textes sur la transmission du

213 La pénalisation du VIH en Afrique francophone: état des lieux Novembre 2017

214 JICA- Projet de Renforcement du Programme de prévention VIH/SIDA. Témoignages d'Espoir. Version non datée

215 Article 88- Décret n°2006-902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

VIH pour prendre en compte les principaux cas de figures: fautes lourdes ou non, l'intention de porter préjudice ou non. Puis, de privilégier les sanctions disciplinaires telles que la radiation ou bien privilégier les recours en réparation devant les juridictions civiles. En particulier, étudier, la modification de l'Article 67 de la Loi 2005-040 pour laisser place à l'encouragement de l'utilisation des mesures de précautions universelles pour ce qui concerne le VIH.

Pénalisation des actes ou activités des populations clés Les détenus

Si les détenus sont privés de leur droit de circuler librement et de certains droits civiques, d'autres droits fondamentaux restent intacts. La Commission Mondiale VIH et Droit rappelle que « le droit à la santé reste le même dans les prisons » et accorde dans son document une rubrique spécifique aux détenus.

Position actuelle

Les droits humains et le droit à la santé impliquent, entre autres:

- Le droit à l'information concernant leur état de santé;
- Le droit à la prévention et aux traitements; et
- Le droit à l'intégrité de leur personne, et surtout le droit d'être protégé contre les actes de viol.

La loi 2005-040 dispose abondamment sur ces questions dans ses articles allant de 56 à 61. Cette loi rappelle qu'une Personne Vivant avec le VIH incarcérée bénéficie des mêmes

droits reconnus aux autres détenus malades. Dans le cadre de la prévention, il est indiqué que tous les moyens de protection sont mis à disposition aussi bien de la population carcérale que du personnel pénitentiaire dans les centres de détention et de rééducation. Ces moyens de prévention concernent²¹⁶:

- L'accès à l'information et à l'éducation: des séances d'informations et de formations périodiques;
- Des possibilités de dépistage du VIH
- La protection des détenus: la réduction des promiscuités et de l'enfermement, la séparation des quartiers des mineurs et adultes, la protection des personnes en détention contre le viol, la violence et la coercition sexuelle;
- La prévention: distribution gratuite des préservatifs²¹⁷ et le contrôle de la santé, la création d'activités.

L'accès à l'information se fait à travers les activités de sensibilisation, de formation et de dépistage. Le prisonnier a le droit d'accéder à des informations concernant son état de santé. Dans le contexte du VIH, il peut s'agir du dépistage pour les personnes séronégatives ou du test de charge virale CD4 pour les Personnes Vivant avec le VIH.

Situation actuelle

Dans les quatre établissements pénitentiaires visités durant l'étude, les séances d'information et de sensibilisation sont entreprises par les associations ou organismes non gouvernementaux et dépendent uniquement des partenariats existants. A Antananarivo²¹⁸, depuis les deux dernières années, ces séances se tiennent 2 à 3 fois par an, mais s'inscrivent dans un projet propre à l'entité partenaire et se termineront à l'issue de ce projet. Pour l'Établissement

216 Article 83 à 91 du décret n°2006-902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

217 L'Article 25 de la Loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA dispose ce qui suit: ' - Des préservatifs sont mis à la disposition du public dans les milieux à haute fréquentation et gratuitement en milieu carcéral.

218 Entretien avec le médecin chef et les responsables de l'infirmerie de la maison d'arrêt d'Antanimora du 12 avril 2018

de Mahajanga, un partenariat avec le SALFA a permis de faire 4 séances de dépistage/sensibilisation en 2017²¹⁹. Quant à Nosy Be, les séances de sensibilisation/ dépistage sont suspendues depuis l'interruption il y a 2 années des activités de Ainga Aides, partenaire de l'Établissement. Mais généralement, en plus des séances d'information faites par les partenaires, des sensibilisations sont faites régulièrement par les chefs de chambre et les chefs de quartier. D'ailleurs, concernant le dépistage, théoriquement il est toujours possible pour les détenus de demander à le subir à l'extérieur. Mais dans la pratique, la règle générale selon nos interlocuteurs est que cela n'est permis qu'en cas de maladie grave.

Les séances d'information/dépistage peuvent s'accompagner d'une distribution de préservatif. Suivant l'article 25 de la loi n°2005-040²²⁰: *"des préservatifs sont mis à la disposition... gratuitement en milieu carcéral"*. Malgré les dispositions législatives, les pratiques diffèrent selon la politique et les règlements intérieurs de chaque établissement. Les préservatifs sont autorisés dans les établissements de Toliara, Mahajanga et Nosy Be, mais ils sont interdits dans la maison d'arrêt d'Antanimora. La raison avancée par les responsables est que la permission d'entrée ou la mise à disposition de préservatif est contradictoire à une disposition du règlement intérieur qui interdit les rapports sexuels entre détenus, et entraîne donc soit une confusion soit une permission implicite de ces derniers. Toutefois, la loi n° 2005-040²²¹ en autorisant la mise à disposition de préservatif dans les prisons, prévoit l'existence de rapports sexuels en prison. Un règlement intérieur interdisant systématiquement la mise à la disposition des préservatifs aux prisonniers entre donc en violation de la loi et celle-ci devrait s'appliquer comme elle a primauté sur le règlement.

Il y a lieu aussi de signaler que même dans les établissements où des préservatifs sont mis à disposition, il est rapporté une utilisation détournée de ces produits.²²²

- La prévention implique la distribution de matériel stérilisé ou de stérilisant pour les instruments tranchants²²³. A Nosy Be, par exemple, une ONG privée dote l'établissement de matériel pour couper les cheveux. Ensuite, la réduction des promiscuités fait aussi partie des mesures de prévention mais très souvent mise en échec par un nombre excessif de la population carcérale. Les participants au FGD dans trois établissements sur les quatre dénoncent l'existence des rapports sexuels entre détenus en contrepartie de nourriture, et concernant surtout les détenus en position de faiblesse sur les plans financier et matériel. Enfin, les activités et divertissements dans les prisons sont les jeux de cartes, les jeux de dominos, la radio et le foot mais ces produits sont en nombre insuffisants comparé aux nombres d'usagers.

Selon la déclaration politique des Nations Unies de 2016 sur le VIH, les prisonniers et détenus sont 5 fois plus exposés aux risques que les adultes en général²²⁴. Mais ils ne font pas partie des groupes vulnérables au VIH suivant la loi 2005-040, lesquels sont: les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes et les analphabètes (article 44).

219 Entretien avec le médecin chef de l'infirmier de l'établissement de Mahajanga du 19 avril 2018

220 loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

221 loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

222 Utilisation du lubrifiant des préservatifs pour les cheveux ou le corps (Mahajanga)

223 Entretien avec le responsable du centre de soin le 6 avril 2018

224 Assemblée Générale des Nations Unies. (2016). Déclaration politique sur le VIH et le sida: accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 (paragraphe 42)

Lacunes et défis

- Le dépistage et le traitement, quand ils doivent être faits à l'extérieur, relèvent de la décision du Médecin Chef de l'Infirmierie de la prison, mais seulement après en avoir notifié le magistrat compétent ou le responsable de l'administration pénitentiaire. Mais dans la pratique, il semble que la notification n'est pas un acte d'information mais une demande d'autorisation. Il a été rapporté par le personnel de soin de l'établissement pénitentiaire d'Antanimora que depuis une affaire médiatisée d'évasion suite à une évacuation,²²⁵ les conditions de consultation médicale spécialisée et l'évacuation médicale sont devenues très strictes. Selon ce responsable, l'absence d'évacuation sanitaire dans les cas graves ont déjà conduit au décès de quelques prisonniers.
- Lorsque des traitements sont prescrits par les médecins, la disponibilité des médicaments pose souvent des problèmes. Les détenus doivent donc faire acheter les médicaments de l'extérieur. Un détenu à Mahajanga rapporte un cas d'IST non soigné car il ne dispose pas des moyens financiers nécessaires pour les médicaments. Selon le personnel de soin d'un Établissement pénitentiaire, malgré les commandes spécifiques correspondantes aux besoins de l'établissement, les médicaments reçus ne correspondent qu'à ceux disponibles au niveau du Ministère.
- Les séances d'information et de sensibilisation sur le VIH dépendent uniquement des partenaires de chaque établissement et sont inexistantes en l'absence de partenariat. Toutefois, la loi dispose que ces activités relèvent des obligations de l'Etat, spécialement du Ministère de la Justice et du Ministère de Santé.

Le Ministère en charge de la Santé doit organiser conjointement avec le Ministère de la Justice des séances d'information/formation périodiques avec des supports visuels à l'appui, incluant des possibilités de dépistage du VIH pour les personnes en détention et une distribution gratuite de préservatifs.

Article 83- Décret n° 2006-902

- La protection des détenus contre la coercition sexuelle et les mesures en vue de la réduction des promiscuités reste insuffisante, d'autant plus que les demandes de transferts par les détenus d'un quartier à un autre sont soumises non seulement à la libération de la place, mais avec cela au paiement d'un droit²²⁶.
- Les activités de divertissements et de loisirs sont, la plupart du temps, initiées par les détenus eux-mêmes ou soit initiées par des ONG privées avec leurs propres dotations. Cependant, la création d'activités relève de l'obligation de l'État²²⁷;
- La question de la mise à disposition de préservatif est abordée différemment par les établissements pénitentiaires et ceci constitue un problème comme en droit général, la loi ne doit pas être dérogée par un règlement.

Recommandations

- i. Il est primordial d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues à travers la mise à disposition de médicaments adéquats, de procéder à prise en charge médicale à l'extérieur à chaque fois qu'elle est nécessaire
- ii. Il est important de conduire une analyse plus précise de la question de la mise

225 Il s'agit d'un cas d'évasion d'un détenu à la suite d'une évacuation sanitaire. L'affaire a été suivie de la mise en détention de quelques responsables, et notamment celle du médecin responsable de l'établissement pénitentiaire

226 FGD-Détenus- Mahajanga du 19 avril 2018

227 Article 91 du décret n°2006-902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

à disposition des préservatifs dans les prisons. Le cas échéant, maintenir les dispositions actuelles et trouver une application conforme à la loi et qui assure en même temps la protection des personnes détenues « contre le viol, la violence et la coercition sexuelle²²⁸ par des mesures alternatives.

- iii. Les activités de sensibilisation, d'information ou de dépistage relèvent de l'obligation de l'Etat. Il est recommandé de permettre et d'encourager chaque établissement pénitentiaire à prendre l'initiative de l'organiser avec les services compétents de sa région, relevant du Ministère de la santé;
- iv. La création d'activités de loisir ou de formation professionnelle est non seulement une mesure favorable à la prévention mais est également une mesure d'humanisation de la détention qui mérite d'être renforcée.

spéciaux, ou se conformer à des conditions exceptionnelles de surveillance ou de déclaration” (article 06- Convention de New York). L'usage de la carte de santé pour les Professionnel(le)s du Sexe a été abandonné à Madagascar²²⁹, dont la vérification de la détention peut être une source de méfiance et d'abus²³⁰.

Plusieurs approches existent concernant la réglementation du travail de sexe dans le monde.²³¹ A Madagascar, les textes ne sont pas assez clairs sur ce sujet et le commerce du sexe se trouve dans une situation intermédiaire, entre plusieurs modèles mais il serait plus proche du modèle abolitionniste, sanctionnant surtout les intermédiaires et se basant vers la prévention et la lutte contre ce commerce.

En effet, si le professionnel(le)s du sexe ne sont pas sanctionné(e)s par la loi, dans la mesure où le commerce n'est pas explicitement interdit, le commerce lui-même est une condition préalable à plusieurs autres délits:

- *“L'aide, l'assistance ou la protection de la prostitution d'autrui ou du racolage en vue de la prostitution”;*
- Le profit de la prostitution d'autrui;
- Le fait de vivre, sciemment, avec une personne se livrant habituellement à la prostitution, sans justifier de ressources suffisantes pour lui permettre de subvenir seul à sa propre existence²³²;
- Le fait de « *tolérer la présence habituelle de personne se livrant à des prostitutions dans ses établissements* » (article 335 du Code Pénal) qui est la disposition la plus marquante du code et qui pourrait favoriser la discrimination et la stigmatisation. Ces établissements peuvent être des hôtels ou tout autre établissement ouvert au public, même les lieux de spectacle.

Les professionnel(le)s du sexe

Position actuelle

Madagascar a ratifié la convention de New York relative à la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, suivant le décret n° 2008-625. De par cette convention, Madagascar s'engage à prendre *“toutes les mesures nécessaires pour abroger ou abolir toute loi, tout règlement et toute pratique administrative selon lesquels les personnes qui se livrent ou sont soupçonnées de se livrer à la prostitution doivent se faire inscrire sur des registres spéciaux, posséder des papiers*

228 Article 91 du décret suscité

229 Mais durant notre passage à Nosy Be, il est encore rapporté par les participantes, l'existence d'une Carte Sanitaire, dont l'origine et la nature restent floues mais qui permettraient à certains d'accéder à des endroits strictement réglementés tel que les navires/ports et dont la non détention est un motif pour d'autres de se voir refuser l'accès.

230 Selon par exemple le rapport d'International HIV/AIDS alliance à ce sujet, « les policiers sont souvent impliqués dans la vérification des cartes et dans la restriction des travailleurs du sexe non « conformes » – chose qui mène à des méfiances, des abus de pouvoir, et à une « clandestinisation » du travail du sexe » dans International HIV/AIDS Alliance. Santé et Protection au travail. 2006. Un guide sur les programmes de lutte contre le VIH/SIDA avec les travailleurs de sexe

231 A titre d'exemple, le modèle prohibitionniste, abolitionniste, réglementaire etc

232 Les trois délits précédents ont été englobés sous le proxénétisme (article 334 du Code Pénal)

Sera puni des peines prévues à l'article précédent tout individu...qui tolère habituellement la présence d'une ou plusieurs personnes se livrant à la prostitution à l'intérieur d'un hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, club, cercle, dancing ou lieu de spectacle ou leurs annexes, ou lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public et dont il est le détenteur, le gérant ou le préposé. Les mêmes peines sont applicables à toute personne qui assiste lesdits détenteurs, gérants ou préposés. En cas de nouvelle infraction dans un délai de dix ans, les peines encourues seront portées au double.

Article 335- Code Pénal malgache mis à jour au 31 mars 2005

Ensuite, l'esprit des textes confirme le modèle abolitionniste. En effet, dans les articles 334 et 334 bis du Code pénal, on emploie les mots "lutte contre la prostitution"²³³, d'"action de prévention" ou de "rééducation". Toutefois, si dans nombreux des modèles abolitionnistes on tend vers la pénalisation du client, tel n'est pas encore le cas à Madagascar.

Situation actuelle, défi et lacunes

Même si le travail du sexe n'est pas explicitement interdit, son association à d'autres actes punis par le Code pénal a déjà été source de trouble, dans la pratique. En 2014, une note de la Commune Urbaine d'Antananarivo se basant sur les dispositions du Code Pénal sur l'interdiction du racolage a conduit à l'expulsion des travailleurs de sexe de leurs lieux habituels de travail. Des tels évènements sont souvent source de violence et de méfiance même s'ils ne sont pas suivis de poursuites pénales.

En dehors du cas suscité qui a déjà été résolu, et actuellement, les participants des FGDs n'ont pas évoqué de formes majeures d'empêchement à leur travail qui pourraient être liées aux textes. Les obstacles les plus courants sont le refus d'accès à certains établissements hôteliers. Toutefois, malgré les textes du Code pénal réprimant la tolérance de personnes se livrant à la prostitution dans les établissements hospitaliers en général, les contrôles faits par les forces de l'ordre se limitent généralement au contrôle de l'âge en vue de la protection des mineurs.

Les formes d'agression les plus courantes sont celles venant des clients ou des forces de l'ordre.

- Concernant les clients, il peut s'agir de violences physiques mais généralement de refus de payer, les menaces et les extorsions de fonds.
- Concernant les forces de l'ordre, les conflits ont leur point d'entrée à l'occasion du contrôle d'identité. Bien que la Carte d'Identité Nationale, n'est pas un papier spécial, son contrôle devient souvent une source d'abus selon les avis et témoignages des Professionnel(le)s du Sexe des FGDs dans les 4 terrains effectués pour ce rapport-ci. La non détention de la CIN durant les services pour un Professionnel(le) du Sexe est déjà un facteur de risque qui l'expose à des méfiances, des extorsions ou des violences pendant les contrôles et cela peut conduire à une arrestation. Cette situation sera abordée dans la section sur l'accès à la justice.

Enfin, particulièrement pour les jeunes de 15 à 24 ans des FGDs, mis à part ce qui a déjà été évoqué, nombreux d'entre eux privilégient les karaokés et les contacts dans les réseaux sociaux pour éviter le contrôle de la police. En cas d'arrestation, les jeunes à Antananarivo, en séance spéciale de focus, ont affirmé qu'ils n'ont personnellement pas subi d'agression sexuelle. Par contre, quelques jeunes durant le Focus de Nosy Be, ont rapporté que les

233 Quand quelqu'un de par ses fonctions, est appelé à lutter contre la prostitution, mais qu'il se livre tout de même à des actions de proxénétisme, il y a circonstances aggravantes

jeunes sont contraints à des rapports sexuels en cas de non détention de CIN, mais en précisant qu'il s'agit des personnes chargées du maintien de l'ordre au niveau du fokontany. En effet, les mineurs sont protégés par les textes sur la protection des enfants et ceux sur la répression de l'exploitation sexuelle des enfants. Mais une mauvaise communication sur l'objectif de ces textes et des contrôles de l'âge peut aboutir à des mesures de correction corporelle ou des abus envers l'enfant. Les mesures de répression devront normalement être orientées vers les clients et les parents lorsqu'ils sont en connaissance de cause. Mais parfois, les parents ne sont pas au courant ou ne sont pas opposés à la "prostitution" de leurs enfants mineurs, tentant parfois de les en dissuader par le rejet hors du foyer ou par les châtiments corporels, rendant davantage énorme le défi de la protection des enfants dans le cadre de l'exploitation sexuelle.

Enfin, il est à noter que le traitement des Professionnel(le)s du Sexe pourrait être conditionné par de nombreux facteurs en concordance: la représentation sociale de leurs activités, l'esprit du code pénal face à leur activité qui est plutôt abolitionniste (lutte contre la prostitution etc.), un manque d'inspection au niveau de l'administration etc.

Dans le PSN, sont classés dans le groupe de Professionnel(le) du Sexe *"les adolescents et adultes de sexe féminin qui reçoivent des biens ou de l'argent en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement, et qui peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus"*²³⁴, les hommes *"qui reçoivent des biens ou de l'argent contre des rapports anaux, sont classés dans le groupe des HSH"*. De ce fait, le commerce du sexe est associé essentiellement aux femmes ou aux HSH, et les hommes qui travaillent dans ce domaine, pourraient donc être privés des programmes de prévention et de sensibilisation, bien qu'exposés aux mêmes risques d'infection. D'un autre côté,

cette classification favorise la considération sexospécifique du commerce du sexe, où les acheteurs sont toujours des hommes, perpétuant une certaine représentation sociale de la femme ou de l'activité.

Recommandations

- i. Au-delà de toute autre considération, il est recommandé la prise en charge des PS, sur une base de droits humains²³⁵. Il est suggéré:
- ii. De promouvoir le droit à la santé, et sur la base d'égalité d'accès aux soins. les Professionnel(le)s du Sexe doivent accéder à ces services à l'abri de toute discrimination et de toute stigmatisation. Notamment il a été évoqué la formation et la sensibilisation du personnel de soin ou l'apposition d'affiche rappelant la non-discrimination dans la prestation du service qui n'est pas encore effective dans certaines régions;
- iii. De renforcer la protection des Professionnel(le)s du Sexe contre la violence qui augmente leur vulnérabilité au VIH;
- iv. De renforcer la formation des services de soins et des forces de l'ordre pour les rendre plus sensibles aux droits humains;
- v. De bien rappeler que les actes ou rapports sexuels accomplis par les agents de l'autorité, dans le cadre d'une arrestation ou d'une détention doivent être systématiquement qualifiés de viol. Le code pénal malgache définit le viol de la manière suivante dans son Art. 332 (Loi n° 2000-021 du 30.11. 00): Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.' Il est dès lors aisé de qualifier certains actes commis sur les Professionnel(le)s du Sexe par les agents des forces de l'ordre de viol sur base de cette disposition pénale malgache;

234 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2018-2022, Draft 1. (Page 26)

235 Voir par exemple la recommandation du Legal Assessment de Seychelles à ce Sujet

236 ESBC 2014, HSH, page i, cité au PSN 2017-2022 version Draft- Forum des Partenaires Mars 2018, p.25

237 FGD- HSH- Antananarivo du 10 avril 2018

- vi. De mettre à jour quelques dispositions du Code Pénal, principalement les articles 334 et 335 du code pénal qui mettent en avant un esprit de "lutte contre la prostitution" qui encourage la stigmatisation des PS. D'une autre façon, l'utilisation du terme "prostitué" ou "prostitution" véhicule un jugement de valeur²³⁶.
- vii. De sécuriser d'autres activités et métiers vers lesquels les jeunes peuvent être orientés si l'on souhaite les détourner des activités de commerce de sexe²³⁷.
- viii. De réformer la disposition de l'article 247 de la loi n° 2011-002 du 15 juillet 2011 portant Code de la Santé, selon laquelle "toute personne se livrant à la prostitution doit être identifiée et fichée". En ce qui concerne les "mesures de surveillance spéciale" à l'égard de ce groupe de population, celles-ci peuvent entrer en violation avec les dispositions de la Convention de New York relative à la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui qui a été signée par Madagascar le 1^{er} octobre 2001²³⁸;
- ix. De renforcer la protection des mineurs contre l'exploitation sexuelle, en garantissant leur sécurité durant les contrôles, ou éventuelles auditions et en renforçant la poursuite des clients, même les non touristes.

entre femmes. Ces relations ne sont pénalisées lorsque l'un des partenaires est un (e) mineur (e) de moins de 21 ans (article 331- Code Pénal). L'acte est puni d'une peine de deux ans à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 2 000 000 Ariary à 20 000 000 Ariary. Dans l'esprit de cette disposition donc, l'infraction est qualifiée dès l'exécution de "l'acte impudique" ou "l'acte de contre nature" et à chaque fois que l'un des partenaires est un mineur de moins de 21 ans, indépendamment du fait qu'il y ait consentement ou non, et/ ou violence ou non.

Le terme "acte impudique" est très vague permettant une large interprétation, et pouvant favoriser les abus.

(...) Sans préjudice des peines plus graves prévues par les alinéas qui précèdent ou par les articles 332 et 333 du présent Code, sera puni d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de 2 000 000 Ariary à 20 000 000 Ariary quiconque aura commis un acte impudique ou contre nature avec un individu de son sexe mineur de moins de vingt- et-un an

Article 331- Code Pénal

Les Hommes ayant des Relations Sexuelles avec des Hommes

Position actuelle

A Madagascar, les relations homosexuelles pourraient tomber sous la qualification de "contre nature" et/ou "attentat à la pudeur" qu'il s'agisse des relations entre hommes ou

Situation actuelle, défis et lacunes

Selon l'ESBC 2014²³⁹, 78,8% des HSH déclarent avoir reçu de l'argent en contrepartie d'un rapport sexuel anal avec un homme. Tandis que 6,4% déclarent être un professionnel du sexe. Suivant les FGD menés, les HSH, professionnel(le)s du sexe se trouvent confrontés aux mêmes problèmes que les Professionnelles du Sexe femmes en ce qui concerne les contrôles d'identité. Si les Focus

238 Voir: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VII-11-a&chapter=7&clang=_fr Consulté le 10 juin 2019

239 ESBC 2014, HSH, page i, cité au PSN 2017-2022 version Draft- Forum des Partenaires Mars 2018, p.25

Group ne recense pas autant d'agressions sexuelles que dans le cas des Professionnel(le)s du Sexe Femmes, un cas d'agression sexuelle par les agents de l'ordre se serait déjà produit selon eux (Antananarivo). Les cas rapportés sont les cas d'agressions physiques envers les "transgenres". Suivant le cas et le témoignage d'une des participantes HSH transgenre²⁴⁰, la source est la non concordance entre les informations de la CIN et l'apparence féminine, pour lequel il lui a été ordonné de faire des exercices physiques à titre de sanction. Après refus d'exécuter de sa part, des coups ont été portés sur elle.

Le statut juridique du commerce du sexe reste flou, non explicitement interdit, implicitement autorisé mais activité à abolir suivant l'esprit du Code Pénal. Pour les HSH et les HSH PS, à cette lacune juridique vient s'ajouter la représentation pas très favorable non seulement du commerce du sexe et de l'homosexualité dans la société, favorisant les stigmatisations.

L'adoption d'un texte régissant le statut des HSH a été plusieurs fois réclamée et proposée par les participants et les associations durant les FGD et les réunions officielles dans le contexte du VIH, mais le nombre des facteurs à prendre en compte est à la mesure du défi à relever.

Recommandations

- i. Les mêmes recommandations que pour les Professionnelles du Sexe femmes s'appliquent pour les HSH professionnels du sexe, comme la protection de ces personnes contre la violence, ainsi que la formation et la sensibilisation des forces de l'ordre pour les rendre sensibles aux droits humains.
- ii. Les dispositions de l'article 331 du Code pénal sont discriminatoires et nécessitent une mise à jour. D'une part, les mêmes actes "impudiques" ou "contre nature"

peuvent être faits par une personne sur un individu mineur de sexe différent. D'autre part, la loi sur la protection de l'enfance fixe l'âge de l'enfant à moins de 18 ans et non à 21 ans.

Les Consommateurs de Drogues injectables

Position actuelle

C'est la loi n°97-039 du 4 novembre 1997 sur le contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs à Madagascar qui est la loi de référence concernant la Consommation de Drogues Injectables à Madagascar. D'après l'ESBC 2014, l'héroïne et la cocaïne sont les drogues les plus utilisées par les CDI. Ces produits font partie des substances du tableau III de la loi, qualifiées de substance dépourvue d'intérêt en médecine. Suivant, l'article 9 de la loi Sont "*interdits la production, la fabrication, le commerce et la distribution de gros et de détail, le transport, la détention, l'offre, la cession à titre onéreux ou gratuit, l'acquisition, l'emploi, l'importation, l'exportation, le transit sur le territoire national des plantes, substances et préparations inscrites au tableau 1*". Les sanctions pénales diffèrent selon qu'il s'agit de la production, du trafic ou de la facilitation d'usage (article 95 à 99) et de la consommation personnelle (article 141), avec moins de sévérité de peine pour cette dernière.

Situation actuelle, défi et lacunes

Les aspects juridiques de l'usage des stupéfiants sont un facteur dissuasif dans la prise en charge sanitaire des CDI. Des méfiances subsistent, qu'il s'agisse d'une part des consommateurs eux-mêmes ou des

240 Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS). Etude comportementale et biologique chez les consommateurs de drogues injectables dans les zones urbaines à Madagascar – 2012. Page X. Para 22. Il n'a pas été trouvé des données similaires dans le dernier ESBC 2016, même si la question figure dans le questionnaire.

organisations intervenant en faveur de leur prise en charge. Les réticences ont été surtout observées durant le FGD à Antananarivo. Les CDI craignent que leurs pratiques soient découvertes soient rapportées aux agents des forces de l'ordre. Mais une partie des participants n'hésite pas à approcher les centres de santé, et si nécessaire, ne consulte qu'auprès d'un médecin de confiance. Les mêmes réticences ont été partagées par les deux organisations clés intervenant dans la prévention du VIH auprès des CDI, par des programmes de réduction de risque. Cette réticence ne les empêche pas pour autant d'entreprendre leurs activités, la première organisation n'a pas eu des litiges à ce sujet, mais souhaite tout de même entreprendre ses activités dans un environnement juridique clair et être certaine d'agir en toute légalité. Des plaidoyers auprès des autorités locales sont entrepris dans ce sens depuis 2009 par l'une des principales organisations intervenant dans ce domaine. En effet, la loi punit de la facilitation d'usage, notamment *“Ceux qui auront facilité à autrui l'usage illicite de drogues à haut risque, à titre onéreux ou gratuit, soit en procurant dans ce but un local soit par tout autre moyen”*. Par conséquent, distribuer des seringues stériles, avec les kits correspondants ou les échanges pourrait être interprété comme une facilitation de l'usage de drogues.

Cette réticence ou la politique publique dans ce domaine pourrait expliquer le manque de service de soin et de conseils médicaux spécialisés, tel que rapportés par les Consommateurs de Drogues Injectables des FDGs et qui a déjà été traité dans la partie « accès à la santé ».

Les aspects pénaux, enfin, pourraient également favoriser la violence durant les contrôles, arrestations ou détention. La majorité des participants dans les 4 régions n'ont pas fait l'objet d'arrestation, quelques-uns parmi ceux qui ont déjà fait l'objet d'arrestation rapportent avoir reçu des coups, à d'autres ont été réclamés de verser de l'argent indu en contrepartie de leur libération.

Recommandations

- i. Il est important de clarifier les textes concernant les actions et programmes de réduction de risque;
- ii. Il est recommandé d'encourager les CDI à approcher les centres de soins sans craindre les poursuites pénales en insistant sur la valeur du secret médical et sur une politique de santé publique plus favorable;
- iii. Il est primordial de conduire des formations et des sensibilisations des agents des forces de l'ordre sur les droits humains;

Emploi

Les Problèmes

Généralement, la question du VIH dans le monde du travail pose des enjeux au moment de l'embauche jusqu'au moment de la rupture du lien contractuel. Dès l'embauche, le problème se pose avec le dépistage pré-embauche. Puis il y a la question de la protection des tous les travailleurs contre le VIH, passant par des mesures de sensibilisations aux mesures de protection contre les risques d'infection quand les circonstances d'exercice des fonctions l'exigent, en particulier le travail dans le milieu sanitaire et hospitalier. Concernant le personnel séropositif, il y a la protection du personnel infecté ou affecté contre la discrimination ou la stigmatisation, qu'il soit lui-même infecté ou affecté à cause d'un membre de sa famille Personne Vivant avec le VIH. Ensuite, le principe d'accommodement raisonnable et de la non-discrimination dans le cadre de la prise en charge de ses traitements, le cas échéant. Enfin, la rupture des liens contractuels qui pose les questions de la protection des travailleurs infectés contre le licenciement abusif motivé par le seul statut sérologique.

À Madagascar, les problèmes les plus fréquents rapportés durant les entretiens et les FGS concernent certains dépistages réguliers de routine du VIH. À cause d'une mauvaise communication, ces dépistages sont, soit perçus par les employés ou soit réellement obligatoire. Par ailleurs, il y a le dépistage avant les missions particulières dans le cadre du travail, comme le cas des marins. Un participant aux FGDs rapporte que les dépistages obligatoires sont annuels et avant chaque voyage à l'étranger, l'obligeant à démissionner de son travail afin de garder son statut sérologique confidentiel et considérant de toute manière qu'un licenciement allait s'en suivre. Ce genre de cas a été confirmé par un responsable au sein du Ministère de la Santé, mais que généralement, les employeurs exigent seulement que l'employé Personne Vivant avec le VIH dispose des médicaments suffisant pour son voyage avant de l'en autoriser.

Un autre participant rapporte la même pratique de dépistage annuel obligatoire dans une industrie du poisson à Toliara.

Ensuite, il y a la protection des travailleurs contre les accidents d'exposition au sang. Les plaintes reçues à la Direction de la Sécurité Sociale du Travail et liées au VIH concernent plutôt ce domaine: le non-respect par les employeurs de leurs obligations de protéger leurs employés contre les risques de transmission, quand ils ne mettent pas à disposition de leurs employés les équipements et habillements adéquats. De plus, la preuve d'une transmission du VIH dans le cadre du travail n'est pas toujours facile à établir quand la précaution universelle n'est pas systématiquement observée. La stigmatisation autour et la représentation sociale du VIH et la crainte de voir son statut sérologique révélé au public d'une part a, par exemple, conduit un participant qui affirme avoir pu être contaminé dans le cadre du travail, à renoncer à intenter un procès contre l'entité employeur.

Les cas de stigmatisation dans le cadre du travail ont été rapportés par une infime partie des participants à l'étude. Cependant, aucune plainte formelle pour discriminations et

stigmatisations n'est enregistrée à la Direction de la Sécurité Sociale des Travailleurs, le Département qui s'occupe de la réponse au VIH dans le milieu du travail au niveau du Ministère chargé du Travail. Mais souvent, les participants Personnes Vivant avec le VIH rapportent qu'ils ne révèlent pas leur statut sérologique à leur employeur et si nécessaire changent de travail.

Orientation internationale et orientation régionale

Aux niveaux international et régional, l'orientation tend vers la responsabilisation des entreprises, à travers les 10 principes fondamentaux issus des directives pratiques du BIT sur le VIH et le Sida et le monde du travail. La responsabilisation se fait par la mise en place par les entreprises d'une politique formelle relative au VIH et le Sida, comprenant la protection des personnes affectées et infectées par le VIH, la prévention par la formation, l'information et l'éducation, ainsi que les soins et soutiens.

Au niveau international, l'accent est mis sur la reconnaissance du VIH et du Sida comme étant une question liée au lieu du travail. Cette reconnaissance vise la mise en œuvre des actions de prévention, de traitement et de lutte contre la discrimination à partir des lieux de travail qui regroupe un grand nombre de la population active. Le lieu de travail comprend la structure formelle et la structure informelle. Et les actions invitent la mobilisation tripartite du Gouvernement, des Travailleurs et des employeurs.

Au niveau régional, la Charte Africaine sur les Droits de l'Homme et des Peuples annonce "le droit de travailler dans des conditions équitables et satisfaisantes" (article 15-Charte). Le VIH dans le milieu de travail affecte la production et augmente les charges, par la perte de travailleurs qualifiés, cause des coûts directs et indirects, ce qui oriente les actions vers le renforcement de la prévention,

le traitement et la lutte contre la stigmatisation qui est présente²⁴¹.

Position actuelle à Madagascar

La protection du droit des travailleurs, est régie par la loi n°2011-002 portant Code de la Santé, la loi n°2005-040, la loi n°2003-044 portant Code du Travail et leurs textes d'applications respectifs. Madagascar a ratifié les conventions suivantes: la convention concernant la discrimination et la convention sur les consultations tripartites relatives aux normes du travail. Parmi les normes non formelles, Madagascar dispose de la déclaration tripartite de 2005.

Le dépistage dans le cadre de l'emploi

Le travailleur est protégé contre le refus d'embauche ou le licenciement, basé sur son statut sérologique. La loi n°2011-002 portant Code de la Santé, en interdisant à l'employeur la demande de contrôle de l'état de santé d'un travailleur en vue du dépistage d'un IST, touche également la question du VIH (article 241- Loi n°2011-002). En outre, la loi n° 2005-040 dispose qu'il est interdit à l'employeur d'imposer *"un dépistage du VIH/Sida au moment de l'embauche, avant une promotion, une formation ou un octroi de tout autre avantage"* (article 47 al 2- Loi n° 2005-040). Par ailleurs *"le statut sérologique d'une personne, de son ou de ses partenaires et des membres de la famille proche ne doit constituer en aucun cas une cause directe de refus d'embauche ou de licenciement"*.

Les textes d'application du Code de travail ajoutent que est interdite *"toute exclusion, pouvant se manifester à travers les licenciements des employés, fondée seulement sur leur statut sérologique VIH positif, réel ou supposé."*²⁴² (Article 3 – Décret 2011-621).

Le dépistage pre-embauche refreine les personnes infectées à présenter leur candidature bien que ce soient les capacités professionnelles et personnelles de chacun qui devraient conditionner l'accès ou non à un emploi. Un dépistage de VIH positif pourrait aussi conduire l'employeur à juger de manière injustifiée une personne inapte à un emploi sur ce seul motif, bien que les avancées dans les soins et traitement permettent actuellement aux Personnes Vivant avec le VIH de s'adapter à dans de nombreux milieux de travail et d'être aussi productifs au même titre que les personnes séronégatives.

La prise en charge des travailleurs et accommodement raisonnable

Toutefois, même s'ils ont des droits, les employés ne sont pas tenus d'informer leurs employeurs de leur statut sérologique. Mais quand ils ont connaissance du statut sérologique, les employeurs et les autres employés sont tenus au respect de la confidentialité. La précaution universelle est alors indiquée pour la protection des autres travailleurs, tels que développé dans un autre paragraphe.

Art. 48 – Les employés ne sont pas tenus d'informer leur employeur de leur statut sérologique, a fortiori de celui de leur(s) partenaire(s) et des membres de la famille proche.

Art. 52 – La législation relative au régime des retraites et d'assurance maladie invalidité ne doit comporter aucune clause restrictive pour toute personne du fait de son statut sérologique avéré ou présumé.

Loi n° 2005-040 sur la lutte contre le VIH

241 Organisation Internationale du Travail, Région Afrique, l'action contre le SIDA sur le lieu de travail, 2005, http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc0876-partnershipmenu_africa_fr.pdf

242 Article 03 du décret n°2011-621 du 11 octobre 2011 portant application de la loi n°2003-044 du 28 juillet 2004 portant code du travail, relatif à la lutte contre le VIH en milieu de travail.

Les textes ne disposent pas explicitement sur l'accommodement raisonnable mais l'intègre dans ses dispositions à plusieurs reprises. La loi prévoit que *"le travailleur vivant avec le VIH/Sida doit pouvoir continuer à travailler et jouir des possibilités normales d'avancement"* (article 45 – Loi 2005-040)²⁴³. Ensuite, lorsqu'ils ne sont plus en mesure d'assurer leur fonction en raison de leur état, ils bénéficient des droits reconnus aux travailleurs victimes d'une maladie de longue durée (article 51- Loi 2005-040)²⁴⁴. Comme il a été évoqué ci-haut, dans ce domaine, la tendance des participants au FGDs est plutôt de ne pas révéler leurs statuts sérologiques à leurs employeurs et de demander des permissions d'absence ou des congés quand c'est réellement nécessaire. Dans les petites villes, des arrangements se font avec le médecin référent qui accepte de recevoir spécialement les patients Personnes Vivant avec le VIH travailleurs, le samedi.

La Protection des travailleurs infectés ou affectés contre la discrimination ou la stigmatisation

La Constitution malgache protège le travailleur de toute forme de préjudice en raison du sexe, de l'âge, de la religion, des opinions, des origines, de l'appartenance à une organisation syndicale ou des convictions politiques (article 28- Constitution). Le Code du travail, en soit, ne dispose sur le VIH qu'en terme de protection du travailleur contre les risques inhérents au travail et liés au VIH²⁴⁵. C'est la loi sur la lutte contre le VIH qui précise les dispositions spécifiques s'appliquant à ce domaine dans le cadre du travail. Mais elle précise que la procédure est celle usitée en matière sociale. La loi interdit la discrimination ou la stigmatisation d'une personne, de son ou ses partenaires ou des membres de sa famille

proche sur la base de son statut sérologique avéré ou présumé (article 44- Loi sur la lutte contre le VIH). Dans ce cas, l'employeur peut engager une procédure disciplinaire et la victime peut tenter une demande en réparation des préjudices subis.

La protection des travailleurs contre les risques d'infection dans le cadre du travail

La protection du droit des travailleurs contre les risques d'infection est régie par le Code du Travail et la loi sur la lutte contre le VIH. L'article 110 du Code du Travail prescrit à l'employeur de fournir les *"Équipements et habillements adéquats pour protéger collectivement et individuellement la vie et la santé des travailleurs contre tous les risques inhérents au poste de travail en particulier, contre-le VIH/Sida dans les lieux de travail"*. Le décret d'application de la loi sur la lutte contre le VIH contient une disposition dans les mêmes termes et illustrant spécifiquement avec le cas des travailleurs qui utilisent des outils tranchants ou en contact direct avec le sang. Ces dispositions sont toutefois très spécifiques et jugées limitatives²⁴⁶. Les dispositions de la loi sur la lutte contre le Sida sont par contre plus globales et mettent en avant l'obligation de l'employeur *"de prendre les mesures nécessaires pour éviter toute contamination et observer les conditions d'hygiène sur les lieux de travail"*. Cet article ajoute que *"l'employeur doit mettre en place le comité d'hygiène, de sécurité et d'environnement qui est chargé d'informer, d'éduquer les travailleurs en matière de Sida"* (article 45- loi 2005- 040).

Le Plan d'Action de la République de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et Sida 2007-2012 avait comme objectif stratégique *"l'intensification des précautions universelles et la prévention de la transmission"*

243 loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

244 loi n°2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA

245 Le travailleur est protégé de la discrimination de l'employeur en conséquence du refus de celui-ci de céder à des harcèlements de nature sexuel ou autre (article 05- Code de travail). Ensuite, il est protégé de la discrimination du fait du handicap. Par ailleurs, ils sont protégés contre les discriminations portant atteinte à la liberté syndicale et dans le cadre de l'adhésion à un syndicat. Enfin, ils sont protégés contre les traitements discriminatoires fondés sur la race, la religion, l'origine, le sexe, l'appartenance syndicale, l'appartenance et les opinions politiques (article 261-Code du Travail).

246 AIRIS- Commission de l'Océan Indien. (2010). Rapport d'analyse des textes législatifs défendant les droits des personnes vivant avec le virus d'immunodéficience humaine dans les pays membres de la Commission de l'Océan Indien.

sanguine du VIH /Sida en milieu de travail en assurant la sécurisation de toutes les poches de sang utilisées et en assurant la prise en charge d'au moins 80% des cas d'accident d'exposition au sang rapporté". L'infection au VIH à l'occasion de l'exercice des fonctions est suivie du droit de l'employé d'ester en justice pour obtenir réparation de son préjudice mais suivant les règles du droit commun.

L'éducation des travailleurs en matière du VIH dans le cadre du travail est permise par les textes, et la politique nationale qui vise même à promouvoir la mise en place d'un plan d'action par secteur. Par contre, le dépistage ne peut pas être effectué sur les lieux de travail, ni d'ailleurs en milieu scolaire, l'exception serait quand les centres de dépistage font partie du service médico-social de l'établissement. La confidentialité reste obligatoire et les résultats ne peuvent être remis à l'employeur.

Lacunes et défis

- Le secteur du travail à Madagascar est vaste et inorganisé, composé des secteurs formel et informel. Le milieu du travail reste un domaine non négligeable pour mener la réponse au VIH. Le plan national de la riposte au VIH dans le monde du travail établit une stratégie pertinente qui touche la plupart des défis et questions essentielles du VIH dans le contexte du travail. Le plan vient de ce fait compléter un Code du Travail plutôt silencieux dans le domaine, bien que celui-ci reste le texte le plus consulté par les employés et les employeurs quand il s'agit de connaître leurs droits et obligations. Mais selon la DSST, les activités de sensibilisation et la formation au niveau de entreprises restent limitées pour faute de moyens. De plus, les actions en vue de la mise en place des Plans de riposte au niveau des groupes et secteurs d'activités ont été stoppées.
- La loi dispose que le *"test sérologique pour le VIH/Sida n'est pas exigé au cours*

d'une visite médicale d'aptitude ou d'une visite médicale systématique" (article 46 al 2- Loi 2005-040). Elle ajoute dans l'article suivant qu'il est interdit à l'employeur d'imposer *"un dépistage du VIH/Sida au moment de l'embauche, avant une promotion, une formation ou un octroi de tout autre avantage"*. Le décret n° 2001-626 portant application de la Loi N° 2003--044 du 28 juillet 2004 portant Code du Travail, relatif à la lutte contre le VIH/Sida en milieu de travail, confirme le caractère non obligatoire dans les mêmes termes pour les visites d'embauche, visite médicale d'aptitude et visite médicale systématique. Dans la lecture de ces textes, le dépistage à l'embauche (ou dans d'autres circonstances) est dès lors légal si le travailleur accepte de le faire. Cependant, la politique nationale de riposte au Sida semble tendre vers l'interdiction systématique du dépistage à l'embauche²⁴⁷

I. Dans la pratique, l'interprétation par les parties prenantes reste partagée entre l'interdiction d'un dépistage obligatoire à l'embauche ou l'interdiction systématique de tout dépistage à l'embauche. Cependant, même si les textes sont clarifiés, la non-connaissance des textes par les employés (ou le non-respect des procédures) les conduiront souvent à craindre que le résultat soit partagé à l'employeur et que celui-ci puisse légitimement mettre fin à leurs contrats.

- La loi interdit la discrimination ou la stigmatisation d'une personne, de son ou ses partenaires ou des membres de sa famille proche sur la base de son statut sérologique avéré ou présumé (article 44- Loi sur la lutte contre le VIH).
- Dans ce cas, l'employeur peut engager une procédure disciplinaire et la victime peut tenter une demande en réparation des préjudices subis. Ici, l'initiative d'une procédure disciplinaire est une faculté sous la loi 2005-040, elle devient obligatoire sous le décret n°2006-902. Il est à noter d'une part, que la rédaction de l'article 76 du

247 Ministère de la fonction publique, du travail et des lois sociales, Direction de la Sécurité Sociale des Travailleurs, (2013). Politique Nationale de riposte au Sida dans le monde du travail. Page 05

décret n°2006-902²⁴⁸ est confuse en utilisant les termes “les gestes et les attitudes”, sans préciser s’il s’agit de violation de confidentialité, de discrimination ou de stigmatisation.

- D’autre part, à considérer que l’engagement de la procédure disciplinaire est obligatoire pour l’employeur, reste la question de l’indépendance de la procédure pénale et disciplinaire et le fait que cette dernière, en principe, ne devrait être engagée que pour les infractions prévues dans le Règlement Intérieur de chaque entreprise.
- Les autorisations d’absence et les congés maladies pour les traitements du VIH sont évoqués dans la Politique Nationale de riposte au Sida dans le monde du travail²⁴⁹. Par contre, ils ne sont pas mentionnés explicitement dans les textes sur la lutte contre le VIH. Une clarification est ainsi nécessaire avec les sensibilisations qui peuvent l’accompagner pour informer les travailleurs de leur droits²⁵⁰ bien qu’il ne soit pas toujours facile d’établir si les travailleurs n’y ont pas recours, parce qu’ils ne connaissent pas leurs droits ou parce qu’ils craignent que l’employeur et les autres employés ne puissent connaître leur statut sérologique.

d’applications qui ont une meilleure visibilité auprès des employés et des employeurs;

- iii. Les quelques dispositions de la loi sur la lutte contre le VIH devraient être éclairées, notamment celles de l’article 76 du décret sur la lutte contre le VIH et le cas échéant, elles doivent être mises en phase avec le plan national de la réponse dans le milieu du travail;
- iv. Le renforcement de capacité des associations des populations clés en matière de droit du travail dans le contexte du VIH devraient être faits, car il serait primordial à la réponse au VIH
- v. Il faudrait citer ou expliquer aux Personnes Vivant avec le VIH leurs droits et particulièrement leurs droits en matière de travail dans les counselings post test, donc de les inclure dans les normes et procédure de counseling.
- vi. Il faut renforcer la compétence des employeurs et des professionnels de santé concernant les droits humains dans le contexte du VIH en milieu de travail. Entre autres, communiquer et sensibiliser sur les droits et les dépistages, sans que les travailleurs ne le perçoivent comme une contrainte.

Recommandations

- i. Renforcer la formation et la sensibilisation des employés dans le milieu du travail, dans le secteur formel et dans le secteur informel peut contribuer de façon non négligeable à la réponse au VIH en général et dans le contexte du travail en particulier;
- ii. Inclure les dispositions essentielles sur le travail et relatif à la protection des droits des personnes dans le contexte du VIH dans le Code du Travail et ses textes

248 Article 76, non précédé d’article disposant sur le même sujet est rédigé comme suit: “l’employeur doit prendre ou engager des mesures disciplinaires prévues dans le règlement intérieur à l’encontre de tout salarié ou autres responsables qui manifestent de telles attitudes ou gestes par constatation ou sur une déclaration éventuelle de la victime”

249 Ministère de la fonction publique, du travail et des lois sociales, Direction de la Sécurité Sociale des Travailleurs, (2013). Politique Nationale de riposte au Sida dans le monde du travail. Page 21

250 Dans le document « témoignage d’espoir » du JICA Le témoin a dû quitter son travail pour éviter le problème avec son employeur dû aux absences répétitives entre les traitements et les différents bilans de santé

Bien-être social / Assistance

Problèmes sociaux pour les Personnes vivant avec le VIH et les orphelins et enfants vulnérables.

La population a droit à un niveau de vie suffisant pour sa santé et son bien-être, y compris la nourriture, l'habillement, le logement, les soins médicaux et les services sociaux nécessaires, dans des circonstances indépendantes de sa volonté.

L'interview avec un responsable psychosocial de l'Hôpital HJRB révèle que les Personnes Vivant avec le VIH reçoivent un appui nutritionnel au niveau de la cafétéria de l'hôpital, les tickets de restaurants dont les factures sont adressées à Mad AIDS par le biais du projet NMF2 du Fond Mondial. Ces Personnes Vivant avec le VIH sont accompagnées au niveau des centres d'appui pour réinsertion sociale. Les Personnes Vivant avec le VIH qui se manifestent lors de longues files d'attente sont prioritaires.

Pour le cas de Mahajanga, les Personnes Vivant avec le VIH membres de l'association FIFAFI Boeny bénéficient d'une aide alimentaire et des fournitures scolaires pour leurs enfants, mais ces aides ne couvrent pas tous les membres, le point focal devrait distribuer selon les quantités reçues²⁵¹

Le point focal HSH à Mahajanga héberge un de ces camarades HSH renvoyé de chez lui. Pour le cas de Toliara, les Personnes Vivant avec le VIH se mettent en file avec les autres patients

en attendant le médecin réfèrent pour ne pas se faire remarquer. *“La perte d'un ou de leurs deux parents à cause du Sida est l'une des situations dans lesquelles les enfants sont rendus vulnérables par l'épidémie. Un plus grand nombre d'entre eux vivent dans des foyers où les parents sont malades ou mourants, dans des foyers pauvres qui ont recueilli des orphelins et dans des communautés qui ont été déstabilisées par l'épidémie”*²⁵². *“Les enfants affectés par le Sida courent de graves risques qui compromettent leur éducation, leur santé et leur bien-être. Ils peuvent être forcés de quitter l'école; leur foyer ne peut parfois plus leur procurer l'alimentation et les vêtements dont ils ont besoin; ils peuvent souffrir de l'angoisse, de la dépression et de mauvais traitements”*²⁵³.

*“La pauvreté demeure l'une des causes sous-jacentes de la vulnérabilité des enfants et des familles touchées par le Sida”*²⁵⁴.

Comme le précise l'article 20 de la CDE, un enfant qui n'a plus de famille, a été séparé de celle-ci ou dont la famille met gravement en danger sa santé ou son développement, a droit à une “protection de remplacement”.

*“Les enfants de moins de trois ans courent un risque plus élevé de tomber malades et de mourir s'ils sont orphelins, ou même si un de leurs parents est vivant mais séropositif”. “Ces enfants passent régulièrement des visites médicales gratuites”*²⁵⁵.

Orientation internationale et orientation régionale

L'UNICEF, en partenariat avec le PAM et l'OIT, est l'organisation chef de file chargée de fournir des soins et un soutien aux personnes vivant avec le VIH, aux orphelins et aux enfants vulnérables, et aux foyers affectés. À ce titre,

251 271Propos recueillis au cours de l'interview avec le point focal

252 https://www.unicef.org/french/aids/index_armedconflict.html

253 https://www.unicef.org/french/aids/index_socialprotection.html

254 https://www.unicef.org/french/aids/index_armedconflict.html

255 https://www.unicef.org/french/aids/index_socialprotection.html

un important mécanisme des activités menées par l'UNICEF est l'Équipe de travail inter institutions pour les enfants sur le VIH et le Sida(IATT).

“Cette Équipe comprend un grand nombre d'organisations et d'agences internationales qui jouent un rôle essentiel pour appliquer efficacement le programme mondial pour les enfants affectés par le Sida décrit dans le Cadre pour la protection, les soins et l'aide en faveur des orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde menacé par le VIH/Sida”²⁵⁶.

“Au niveau national, des mesures efficaces prises par les pays offrent aux orphelins et enfants vulnérables toute une gamme de services essentiels, notamment des services d'éducation, de santé, des services sociaux et une protection”²⁵⁷.

“À partir de 2007, les problèmes des enfants et du Sida ont été plus clairement intégrés aux cadres de politique nationale, y compris la mise en œuvre de plans d'action nationale (PAC) pour orphelins et enfants vulnérables dans 24 pays. 21 pays en Afrique Sub-Saharienne ont complété ces plans, et 10 pays dans le monde, dont 9 en Afrique Sub-Saharienne, voient leurs plans progresser”²⁵⁸.

Position actuelle à Madagascar

Le Renforcement des actions visant à la création d'un environnement favorable à l'épanouissement des Orphelins et autres enfants vulnérables est l'une des priorités adoptées pour la période 2013-2017²⁵⁹.

La violence et l'exploitation des enfants sont des préoccupations majeures en termes de protection de l'enfance à Madagascar. 14 % des filles âgées de 15 à 19 ans ont déclaré avoir été victimes de violence sexuelle et 15 % de violence physique (enquête OMD 2012-2013).

La Rapporteuse spéciale sur la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants a signalé une augmentation de l'exploitation sexuelle des enfants (y compris à travers la prostitution et le tourisme sexuel) depuis le début de la crise (rapport de la Rapporteuse Spéciale, 2013).

Peu de cas sont signalés aux autorités et la poursuite des auteurs de violence contre les enfants est insuffisante, de même que la prévention de la violence, la prise en charge et le traitement des victimes..

Les droits des enfants affectés et infectés par le VIH et le Sida y compris les orphelins sont reconnus et disposés dans la loi n° 2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH et le Sida, notamment à travers les dispositions des articles 36 à 38 de la loi.

Madagascar rapporte avoir effectué un effort de plaidoyer ou de sensibilisation en direction des décideurs sur l'importance de l'intégration de la nutrition dans la réponse au VIH et au Sida. Le Plan National d'Action pour la Nutrition-III | 2017-2021 a mis en œuvre le paquet de prise en charge nutritionnelle des Personnes Vivant avec le VIH.

Lacunes et défis

- Madagascar n'a pas encore un code de la famille et une politique de la famille n'est pas encore en place. Toutefois, des programmes d'orientation parentale sont en cours, comme le programme de l'Éducation à la Vie Familiale (EVF) et le Développement intégral du jeune enfant (DIJE).
- La législation actuelle prévoit une série de délais qui entraîne une institutionnalisation prolongée des enfants,
- L'absence de critères sur la base desquels l'autorité centrale doit s'appuyer pour opérer l'apparement le plus adéquat entre un enfant adoptable et des candidats adoptant.

256 https://www.unicef.org/french/aids/index_socialprotection.html

257 https://www.unicef.org/french/aids/index_socialprotection.html?p=printme

258 https://www.unicef.org/french/aids/index_armedconflict.html

259 Plan Stratégique National de réponse aux infections sexuellement transmissibles et au sida à Madagascar 2013 – 2017

- Le cadre légal malgache ne contient pas de loi fixant l'âge du consentement aux relations sexuelles.

Recommandations

- i. Élargir les services de santé et d'éducation à l'ensemble de la population pour que la situation de nombreux enfants affectés par le Sida puisse nettement s'améliorer
- ii. Considérer le positionnement de la "nutrition et VIH" dans les politiques nationales par la mise en application de stratégies pertinentes de plaidoyer
- iii. Sensibiliser les décideurs sur l'importance de l'intégration de la nutrition dans la réponse au VIH et au Sida pour une meilleure allocation de ressources en faveur des interventions de prise en charge nutritionnelle des Personnes Vivant avec le VIH
- iv. Renforcer les compétences des différents acteurs sur la différence entre la distribution des vivres et la prise en charge nutritionnelle globale des Personnes Vivant avec le VIH
- v. Alléger les procédures d'adoption des enfants orphelins dû au VIH
- vi. Renforcer la capacité et accompagner les personnes concernées
- vii. Renforcer l'organisation des structures d'appui et de réinsertion sociale
- viii. Créer une plateforme pour la protection de droits de l'homme, des Personnes Vivant avec le VIH et des PCPER (Police, Gendarmerie nationale, les personnels de la justice et auxiliaires, personnels de la santé, de la population, du secteur privé, communautés religieuses.)
- ix. Redynamiser les appuis des organismes et agences internationaux dans le cadre des soutiens des Personnes Vivant avec le VIH / des OEV / Famille affectée;
- x. Promouvoir les synergies d'action intégrée et multisectorielle des PTF et la société civile;
- xi. Responsabiliser les personnes concernées pour leur autonomisation économique.

Partie IV:

Accès à la justice et application de la loi à Madagascar

Une réforme juridique en vue des lois plus protectrices ne peut pas se passer d'un système plus efficace de mise en œuvre des droits ni d'un meilleur accès à la justice.

Selon le paragraphe 47 de la Déclaration de politique des Nations Unies sur le VIH en 2016²⁶⁰ le service juridique se trouve parmi "les services essentiels en vue de la protection des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH". La déclaration ajoute que les stratégies nationales de lutte contre le Sida devraient permettre à ces personnes de connaître leurs droits et d'avoir accès à la justice et aux services d'aide juridique (paragraphe 63e).

Une définition de l'accès à la justice donnée durant la conférence organisée en marge de la 29e session du Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, permet un aperçu de quelques composantes intéressantes de "l'accès à la justice". Selon ce document, il s'agit de "la garantie que les politiques et les programmes permettent aux personnes vivant avec le VIH et touchées par le virus de connaître leurs droits, de se mobiliser autour de lois protectrices, d'être protégées par les forces de police et d'accéder au système judiciaire si elles sont victimes d'actes répréhensibles"²⁶¹.

La connaissance des droits est fortement liée à la vulgarisation des lois. Sur les 40 participants aux FGD menés (section- Personne Vivant avec le VIH), 90% des participants connaissent l'existence de la loi sur la lutte contre le VIH à Antananarivo, contre seulement 38% à Mahajanga. Mais plusieurs des personnes qui connaissent l'existence de cette loi l'ont lue, et encore moins d'entre elles connaissent les différentes dispositions de la loi. Par ailleurs, tel qu'évoqué dans la limite de l'étude, le recrutement des participants s'est fait à travers leurs associations. Le niveau de vulgarisation des droits pourrait, donc, être plus bas au niveau des personnes non

encore intégrées au système. Toutefois, il est de l'obligation de l'Etat d'assurer la protection des droits de ces personnes, notamment en premier lieu en faisant connaître leurs droits, le cas échéant, à travers les associations. La Directive 7, points 5.4 de l'ONUSIDA, énonce que "les Etats devraient créer et soutenir des services d'assistance juridique qui informeront les personnes vivant avec le VIH de leurs droits"²⁶².

Selon ce document, ceci peut se traduire par l'appui et l'incitation faite aux organismes du secteur privé de procéder à la vulgarisation juridique ou de faire des prestations gratuites au profit des personnes concernées. Sur ce sujet, à Madagascar, les associations des populations clés sont bien installées dans les principales régions touchées et à travers lesquelles le Gouvernement peut conduire un programme de vulgarisation juridique, qu'il s'agisse des associations de Professionnel(le) s de Sexe, de personnes vivant avec le VIH ou des HSH. Il est primordial d'établir un tel partenariat afin de promouvoir la diffusion des textes.

Mais le premier contact avec les personnes vivant avec le VIH est pendant le counseling post test obligatoire. Toutefois, il n'est pas encore accordé au counseling juridique une place suffisante dans ce counseling post test. Du moins, le document sur les normes et procédures sur le counseling du PNLS ne fait pas état de ce type de counseling. Il est donc avantageux d'inclure dans ce counseling une section juridique relatant des principaux droits humains dans le contexte du VIH, et même à l'image de l'arrimage sanitaire, de faire également "un arrimage juridique" des personnes vers les services juridiques créés à cet effet. Le Gouvernement pourrait, éventuellement, fournir une brochure d'information sur les droits et services essentiels utiles à ces personnes.

Un bon accès à la justice ne suffit pas à

260 Assemblée Générale des Nations Unies. (2016). Déclaration politique sur le VIH et le sida: accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

261 ONUSIDA (2015), Promouvoir les droits de l'homme et l'accès à la justice dans la riposte au sida, http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/june/20150617_access_justice, consulté le 02 août 2018.

262 ONUSIDA (2006), Guide international: le VIH/SIDA et les droits de l'Homme, <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesfr.pdf>, consulté le 02 août 2018. (Page 48)

une bonne connaissance des droits, mais également à la possibilité de mettre en œuvre ces droits. Quand les droits ne sont pas réalisés ou respectés, l'accès à la justice implique la possibilité de les réclamer, entre autres, par le recours devant la justice. Face au non-respect de leurs droits, les principaux obstacles à la mise en œuvre de l'accès à la justice sont divers et varient suivant les régions. Mais il s'agit principalement du manque de moyen financier, de la peur des représailles ou l'évitement des situations de conflit.

De ce fait, à Nosy Be, aussi bien pour les HSH, les Professionnel(le)s du Sexe et les Personnes Vivant avec le VIH, la principale raison avancée est que les participants "n'aiment pas porter plainte et n'aiment pas les situations de conflit"²⁶³, suivi ensuite de "la peur des représailles", sauf pour les Personnes vivant avec le VIH qui craignent surtout les problèmes de confidentialité liés à leur statut sérologique. Le problème de la confidentialité se trouve également en deuxième position des obstacles pour les Personnes Vivant avec le VIH dans les autres régions.

Chez les Professionnel(le)s de Sexe par contre (sauf Nosy Be), les deux principaux obstacles sont: le manque de moyen financier et la peur des représailles, celles-ci porteraient plainte si cela pouvait être anonyme.

Les principales raisons pour ne pas porter plainte

Catégories	Raisons
Professionnel(le)s du Sexe	Peur des représailles Pas de moyen financier
Personnes Vivant avec VIH	Eviter les conflits Aucun Problème de confidentialité
HSH	Peur des représailles Eviter les conflits Absence de confiance en la justice (Antananarivo)

Face à ce constat, il est émis l'hypothèse que pour les actes graves de manquement à leurs droits (dont certains seront développés dans les prochains paragraphes), les intéressés sont un peu plus concernés par le risque de représailles. Pour les actes moins graves et un peu plus subtils, ils considèrent que ce n'est pas un motif assez grave pour être dénoncé au risque que cela rompt le "*fihavanana*"²⁶⁴ ou que cela provoque des conflits, donc ils privilégient les systèmes d'évitement (tels que couper les relations, changer de centre de soin etc..). Aussi, il est recommandé de privilégier aussi les mécanismes alternatifs de règlement des différends: mettre en œuvre des mécanismes disciplinaires, encourager les associations à agir à la place de ses membres (notamment pour les personnes vivant avec le VIH), utiliser les boîtes à doléances. A titre d'exemple, les Directives Internationales de l'ONUSIDA énoncent dans la Directive 10 que "*les Etats devraient veiller à ce que les pouvoirs publics et le secteur privé élaborent pour les questions concernant le VIH des codes de conduite traduisant les principes des droits de l'Homme en code de pratique et de responsabilité professionnelle, assortis de mécanisme d'accompagnement en vue de la mise en œuvre et de l'application de ce code*"²⁶⁵. De tels Codes devraient être mise en place, sinon leur mécanisme d'application devrait être renforcé dans des services tel que les centres de soins (public ou privé).

Et même en dehors de tout différend à caractère disciplinaire ou judiciaire, les populations clés peuvent gagner à obtenir des conseils juridiques concernant leurs droits afin de les raffermir, par exemple auprès des employeurs ou auprès de la famille. D'ailleurs, les participants des FGD (Mahajanga et Nosy Be) ont maintes fois avancé comme suggestion pour la protection de leurs droits, la mise en place d'un service de conseil juridique sensibilisé et acquis à leur cause. Selon un personnel soignant responsable d'un centre

263 Ceci rejoint ce qui a été évoqué précédemment dans la section sur la stigmatisation et la discrimination et selon lequel il est émis l'hypothèse que le fait de ne porter plainte qu'en cas d'acte grave pourrait bien être généralisé.

264 Amitié, la fraternité ou les bonnes relations

265 ONUSIDA (2006), Guide international: le VIH/SIDA et les droits de l'Homme, accessible au <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesfr.pdf>, consulté le 02 août 2018. Page 59

de soin de Majunga, un magistrat leur donnait auparavant des conseils juridiques pro-bono aux Personnes vivant avec le VIH, mais depuis qu'il n'est plus en service dans la région, ces personnes sont livrées à elles-mêmes et les demandes de conseil restent fortement présentes.

Concernant les mécanismes judiciaires traditionnels, il est également possible d'augmenter le nombre de cliniques juridiques pour assister les personnes vulnérables, et aussi renforcer le partenariat avec des cabinets d'avocat pour assurer *pro-bono* la défense de ces personnes. Les actions en justice, en effet, permettent de multiplier les décisions en faveur des personnes vulnérables et de constituer une jurisprudence favorable qui, avec une communication efficace, permettra d'impacter le rapport de pouvoir existant dans la communauté.

A Madagascar, depuis 2013 existe la Maison du Droit, composée d'avocats qui "assurent gratuitement durant la procédure pénale, l'accueil et la défense des intérêts des mineurs et des femmes sans ressources, victimes de violence ne disposant pas de moyens financiers pour payer les frais de recours²⁶⁶. C'est un système qui est formalisé par le décret n° 2009- 970 du 5 janvier 2010 portant réglementation de l'assistance judiciaire. La promotion des droits humains dans le contexte du VIH gagnerait beaucoup à ce que ce genre de service soit étendu au profit des populations clés. Le Ministère de la Justice serait en pleine promotion pour la pérennisation des systèmes de cliniques juridiques²⁶⁷.

Suivant la définition rapportée précédemment, l'accès à la justice se traduit également par la protection par les forces de police. La Constitution malgache parle de l'inviolabilité de la personne et le droit de se faire rendre justice. D'une part, l'intégrité des personnes,

interdisant "toute pression morale et/ou toute brutalité physique pour appréhender une personne ou la maintenir en détention"²⁶⁸ et d'autre part le droit de se faire rendre justice qui devrait être observé sans discrimination.

Comme pression au sujet de la détention, un des participants des FGD d'Antananarivo rapporte qu'il a été menacé d'être gardé en détention durant un week-end à moins de payer de l'argent, mais ne disposant pas d'argent il a été finalement relâché.

Concernant les conditions d'arrestation pour non port de la CIN, les cas subis par les participantes des FGDs varient. Certaines sont relâchées quand il leur est proposé de payer une somme d'argent en corruption et si elles s'en acquittent. D'autres sont déposées dans des lieux géographiquement opposés de leur résidence. Une participante rapporte même avoir déjà subi des coups (Antananarivo). Dans le pire des cas, elles subissent des agressions sexuelles ou des viols dans des endroits moins fréquentés²⁶⁹.

Durant la détention, des rapports sexuels sont parfois consentis en contrepartie de nourriture ou en contrepartie d'un appel aux proches parents (Toliara). Ainsi par exemple, sur 20 des participants d'un des Focus group, 9 ont déjà subi des viols à l'occasion de leur arrestation ou détention, dont 7 l'ont subi au moins durant les 12 derniers mois. Les agressions sexuelles, durant la détention, n'ont pas été rapportées dans les Focus group de la capitale. Une des participantes rapporte que les "châtiments" qu'elle a subis consistent à être aspergée d'eau froide (Antananarivo).

Mais les rapports avec les agents des Forces de l'ordre ne sont pas toujours mauvais. Le FGD des HSH de Toliara rapporte qu'ils sont en bonne relation avec eux, à la suite d'un plaidoyer mené depuis 2008/2009.

266 Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (2014), Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 18 de la Convention Sixième et septième rapports périodiques des États parties attendus en 2014 Madagascar, https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MDG/CEDAW_C_MDG_6-7_680_F.pdf, consulté le 02 août 2018 (page 32)

267 Atelier de validation finale du rapport LEA du 18 au 21 septembre à Antananarivo

268 Article 13 de la Constitution

269 Suivant le témoignage du vécu de deux participantes de FGD-PS-Antananarivo

Une participante d'un FGD a évoqué que le droit de se faire rendre justice sans discrimination n'est pas toujours effectif, et qu'en ce qui la concerne une procédure de dépôt de plainte se déroule bien jusqu'à ce que les attitudes changent lorsqu'on s'aperçoit que le plaignant est transgenre. Ce sentiment de ne pas être pris au sérieux et lié au statut a été partagé par les PS, à leur tour (Antananrivo). Pour d'autres, elles rapportent qu'elles s'accompagnent toujours d'une autre personne non PS, jugée plus crédible pour appuyer leurs dires quand elles portent plainte au niveau des fokontany. Ceci, afin que leurs demande puisse être prise au sérieux, car on pense souvent qu'elles sont à l'origine des troubles dont elles sont victimes ou pour lesquels elles portent plainte (Toliara)

Recommandations

- i. Renforcer la diffusion de la loi sur la lutte contre le VIH auprès du grand public et surtout auprès des personnes concernées et populations clés, et notamment à travers les associations.
- ii. Ajouter le conseil juridique dans les normes et procédures sur le counseling du PNLS et de faire également "un arrimage juridique » des personnes vers les services juridiques créés à cet effet.
- iii. Assurer le renforcement de capacité des associations des populations clés en matière de droit humains et fondamentaux dans le contexte du VIH;
- iv. Mettre en place un service de conseil juridique spécialisé pour les populations clés et à travers le pays, entre autres, en partenariat avec les associations ou les cliniques juridiques. Par exemple, négocier un partenariat pour étendre les prestations de la Maison de droit, au profit des populations clés. Le Gouvernement pourrait négocier cette extension ou appuyer une autre organisation pour le faire.
- v. Mettre en place des normes et procédures strictes à appliquer pour le contrôle des populations clés. Renforcer la formation des services de soins et des forces aux droits humains.

Partie V:

Conclusions et recommandations

Avant d'entamer la partie sur les recommandations, il est important de décrire et d'analyser le niveau et la variété de l'obligation de l'Etat dans la mise en œuvre des droits découlant des conventions internationales ou des textes nationaux. Le paragraphe 30 du document Observation Générale n°14 donne un développement intéressant de ces obligations, une approche qui a inspiré la formulation des recommandations qui vont suivre et qui sont la synthèse des recommandations déjà évoquées dans le corps de la revue.

Ce document présente les niveaux d'obligations des Etats suivants:

- L'obligation de respecter: ne pas entraver ou être un obstacle, directement ou indirectement à la jouissance et à la mise en œuvre des droits;
- L'obligation de protéger: une démarche active qui consiste à protéger le droit contre les tierces personnes qui pourraient les entraver;
- L'obligation de les mettre en œuvre: la réalisation des droits peut se faire par l'adoption de mesures législatives²⁷⁰ ou par des actions plus ciblées à travers l'exécution d'un programme, qui comprend également l'obligation de faciliter l'exercice de ces droits, entre autres, par le partage d'information favorisant l'obtention de résultats positifs, selon l'Observation Générale.

L'Approche fonctionne à travers la régulation de la relation de pouvoir et de redevabilité entre les débiteurs d'obligations, en améliorant leur capacité à les réaliser et les détenteurs de droits, en promouvant leurs droits de revendiquer ces droits.

Le principe de l'égalité en droit, la non-discrimination et le droit à la dignité

- i. Consacrer le principe de la non-discrimination sur l'état de santé dans des dispositions spécifiques tels que le Code de la Santé Publique et les différents Code de déontologie, médicale ou non, comme il est le cas dans le code de déontologie des sages-femmes.
- ii. Former les professionnels de santé afin de les sensibiliser sur l'importance de l'accès à tous à la santé et les droits humains.
- iii. Renforcer les sensibilisations et la formation au niveau du personnel de soin afin d'améliorer les procédures et attitudes à adopter devant chaque cas dans le contexte du VIH ou impliquant les populations clés, surtout auprès des jeunes personnels de soin (empathie, discrétion etc.);
- iv. Consolider le renforcement de capacité des associations des populations clés ou œuvrant pour la protection de leurs droits, en vue de dénoncer les attitudes de discrimination ou de stigmatisation que les membres pourraient rencontrer au niveau de l'administration ou des centres de soin et d'en réclamer la correction ou la sanction au nom des personnes concernées;
- v. Les dispositions pénales sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination restent difficiles à mettre en œuvre pour les concernés. Il est donc recommandé d'adopter des mécanismes non formels, tels que les boîtes à doléances, et de passer d'un discours de règlement des différends vers l'amélioration des services rendus pour réduire l'opposition au changement;

270 L'adoption des mesures législatives, si elle est indiquée, n'est nullement suffisante et n'épuise pas l'obligation de l'Etat, et que la réalisation des droits à travers la législation dépend également de l'accès à la justice

- vi. Appuyer les associations sur les formations et sensibilisations auprès de leurs membres, et concernant leur comportement dans la communauté.
- vii. Dans une optique de non-discrimination, inclure les professionnels du sexe masculins non HSH dans la politique et les enquêtes démographiques effectuées par l'Etat. Par ailleurs, les PPE devraient bénéficier à toute personne victime de violence sexuelle, quel que soit son sexe;

Le droit à l'Information, connaissance de ses droits

- viii. Continuer l'intégration du VIH et du Sida dans le curriculum de l'éducation, afin de réduire les craintes injustifiées et les idées reçues sur le VIH et qui favorisent les actes de discrimination et ce suivant la stratégie nationale sur la communication, qui préconise de le garantir dès la classe du 7eme;
- ix. Dans les informations et l'éducation, toujours préconiser en priorité les précautions universelles;
- x. Renforcer le rôle du média dans la dissémination d'information correcte sur le VIH. Il conviendrait donc d'ajouter une attribution au Ministère en charge de la communication dans le cadre de la stratégie nationale sur la communication dans le contexte du VIH
- xi. Les activités de sensibilisation, d'information ou de dépistage dans le milieu carcéral relèvent de l'obligation de l'Etat. Il faut permettre et encourager chaque établissement pénitentiaire à prendre l'initiative de les organiser avec les services relevant du Ministère de la santé, compétents dans leur région;
- xii. L'organisation des séances d'information/ formation et de dépistage du VIH dans le milieu carcéral relève de l'obligation de l'Etat. Il est

primordial d'organiser ces séances de manières régulières. A défaut, les dépistages demandés par les détenus à l'extérieur doivent se faire à la charge de l'Etat;

- xiii. Intégrer l'organisation des séances d'information/ formation dans le milieu carcéral dans la stratégie nationale de communication sur le VIH
- xiv. Les informations essentielles nécessaires destinées aux Personnes Vivant avec le VIH doivent également être données dans un document synthétique produit par l'Etat, durant le Counseling (les droits, les services de santé etc.);
- xv. Renforcer la diffusion de la loi sur la lutte contre le VIH auprès du grand public et surtout auprès des personnes concernées et populations clés, et notamment à travers les associations.
- xvi. Ajouter le conseil juridique dans les normes et procédures sur le counseling du PNLIS et de faire également "un arrimage juridique » des personnes vers les services juridiques créés à cet effet.
- xvii. Assurer le renforcement de capacité des associations de populations clés en matière de droit du travail dans le contexte du VIH;

Liberté d'association

- i. Promouvoir et d'appuyer la création d'association de populations clés. Ces associations pourraient faciliter les activités d'information et de sensibilisation de ces personnes;

Le droit à la protection de sa santé

- xviii. Clarifier les textes concernant les actions et programmes de réduction de risque en faveur des Consommateurs de Drogues Injectables;

- xix. Renforcer le respect de la vie privée et le secret médical, surtout pour les personnes vulnérables à ce sujet, les personnes vivant avec le VIH, les Consommateurs de Drogues, les femmes et les jeunes.
- xx. Renforcer l'accès aux programmes de réduction de risques dans les centres de santé publique, pour les Consommateurs de Drogues Injectables, notamment le dépistage, la prévention du VIH, ou la vaccination contre l'hépatite B²⁷¹, et ce sans craindre les poursuites pénales en insistant sur la valeur du secret médical et par une politique de santé publique qui encourage dans ce sens;
- xxi. Renforcer l'accès à la prévention tels que les préservatifs en prenant les dispositions légales et réglementaires correspondants pour en faciliter l'accès. Notamment, étudier la possibilité d'assurer leurs remboursements par les mutuelles de santé aux mêmes rangs que les médicaments et dispositifs médicaux. Par ailleurs, assurer leur mise à disposition effective dans les milieux publics les plus fréquentés;
- xxii. Renforcer le contrôle de l'acheminement des préservatifs ainsi que le contrôle de leur utilisation à des fins non prévues, le cas échéant en sensibiliser le public;
- xxiii. Préconiser la mise à disposition des préservatifs dans les prisons.
- xxiv. Assurer la protection des personnes détenues « contre le viol, la violence et la coercition sexuelle conformément à la loi.;
- xxv. Prendre les mesures réglementaires pour assurer que les counselings soient toujours assurés pour les femmes enceintes et le consentement éclairé malgré que le dépistage leur soit proposé systématiquement;
- xxvi. Renforcer les études et les enquêtes sur la prise de décision de la femme dans les matières en connexion avec la santé de la reproduction;
- xxvii. Renforcer le counselling pour permettre la proposition systématique d'un test de VIH rapide avant l'accouchement pour celles qui n'ont pas pu faire un dépistage ultérieur;
- xxviii. Mettre en place une stratégie de PTME de rattrapage au niveau des maternités pour les enfants des « perdues de vue ».
- xxix. Renforcer, dans la communication et dans la prise en charge, les risques de VIH dans les violences sexuelles afin promouvoir le recours aux TPE (délai de 72h, les services de prise en charge.);
- xxx. Étendre encore plus la couverture en matière de traitement post exposition à la suite d'AES et à la suite de violences sexuelles à toute personne victime. Renforcer les capacités à tous les niveaux de la chaîne pour une notification rapide;
- xxxi. Renforcer la politique de sensibilisation sur la connaissance des instances de références (centres d'écoute, ligne verte, clinique juridique.);
- xxxii. Modifier la réglementation et les normes de procédures sur les notifications du partenaire. D'une part, en intégrant la notification assistée, et d'autre part en autorisant la notification du partenaire par le professionnel de soins, tel que suggéré par les Directives de l'ONUSIDA;
- xxxiii. Collaborer avec le service des douanes pour exonérer les intrants du VIH;
- xxxiv. Assurer la disponibilité du test de la numération des CD4 et la charge virale dans les hôpitaux régionaux car l'examen médical est une composante du droit à la santé.

271 WHO, UNAIDS and UNODC, Policy Guidelines for Collaborative TB and HIV Services for Injecting and Other Drug Users: An Integrated Approach (2008). http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf.

- xxxv. Renforcer l'accès aux soins ambulatoires de toute personne vivant avec le VIH au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital;
- xxxvi. Améliorer l'accès aux soins des détenus (la mise à disposition de médicaments adéquats, de procéder à la prise en charge médicale à l'extérieur à chaque fois qu'elle est nécessaire)
- xxxvii. Renforcer la création d'activités de loisir ou de formation professionnelle qui est non seulement une mesure favorable à la prévention mais est également une mesure d'humanisation de la détention.

Les droits dans le milieu du travail et l'emploi

- xxxviii. Dans le milieu du travail, les institutions publiques ou privées ont le devoir d'informer, de sensibiliser et de former les personnels sur les mesures prises pour l'efficacité de la lutte contre le VIH/Sida. Mais les sensibilisations dans le cadre du travail ne sont pas systématiques et constantes. Il convient donc de renforcer la compétence des institutions privées, aussi bien du secteur formel qu'informel pour faire ces sensibilisations et pour produire un plan de sensibilisation/ information adéquat en ligne avec la Politique nationale de riposte dans le monde du travail.
- xxxix. Inclure les dispositions essentielles sur le travail et relatives à la protection des droits des personnes dans le contexte du VIH dans le Code du Travail et ses textes d'applications qui ont une meilleure visibilité auprès des employés et des employeurs;
- xl. Mettre en place et faire respecter des normes et procédures strictes pour éviter les accidents d'exposition au sang dans les centres de santé, suivant les recommandations internationales tels que celles de l'OMS. Assurer et

inspecter que les matériels et les formations nécessaires soient mis à leur disposition, les procédures affichées tel que préconisé par le document de la Politique nationale, et que les défaillances des employeurs soient sanctionnées et les préjudices puissent donner à réparation.

- xli. Clarifier quelques dispositions de la loi sur la lutte contre le VIH, notamment celles de l'article 76 du décret sur la lutte contre le VIH et le cas échéant, de les mettre en phase avec le plan national de la réponse dans le milieu du travail;
- xlii. Vérifier et contrôler les communications en matière de dépistage dans le milieu du travail afin que cela ne soit perçu par les travailleurs comme étant obligatoire;
- xliii. Citer ou expliquer aux Personnes Vivant avec le VIH leurs droits et notamment leurs droits en matière de travail dans les counselings post test, donc de les inclure dans les normes et procédure de counseling;
- xliv. Former et renforcer la capacité des associations et des syndicats pour requérir les orientations et réformes de la politique nationale et des textes en vue de l'amélioration des conditions de travail des Personnes vivant avec le VIH;
- xlv. Renforcer la capacité des associations de populations clés en matière de droit du travail dans le contexte du VIH;

Le droit à l'inviolabilité de sa personne, le droit de se faire rendre justice

- xlvi. Renforcer la coordination entre les organisations de la société civile et le Gouvernement pour une meilleure prestation des services aux niveaux national, régional et local. Par exemple,

- partager les défaillances dans la prestation de service et en trouver les solutions adéquates dans le domaine du VIH;
- xlvi. Privilégier aussi les mécanismes alternatifs de règlement des différends: mettre en œuvre des mécanismes disciplinaires, encourager les associations à agir à la place de ses membres (notamment pour les personnes vivant avec le VIH), utiliser les boîtes à doléances. Notamment, à cet effet, renforcer leurs compétences pour les présenter ou participer à la recherche de solution adéquate;
 - xlviii. Mettre en place un service de conseil juridique spécialisé pour les populations clés et à travers le pays, entre autres, en partenariat avec les associations ou les cliniques juridiques. Par exemple, négocier un partenariat pour étendre les prestations de la Maison de droit au profit des populations clés. Le Gouvernement pourrait négocier cette extension ou appuyer une autre organisation pour le faire.
 - xlix. Reformuler les textes sur la transmission du VIH pour prendre en compte les principaux cas de figure: fautes lourdes ou non, l'intention de porter préjudice ou non, de privilégier les sanctions disciplinaires telle que la radiation ainsi que les recours en réparation devant les juridictions civiles. Notamment, la modification de l'Article 67 de la Loi 2005-040 pour laisser place à l'encouragement de l'utilisation des mesures de précautions universelles pour ce qui concerne le VIH.
 - i. Un équilibre suffisant est nécessaire entre la protection de la santé publique et éviter les dangers de glissement vers une pénalisation illégitime et inutile. Notamment, limiter en principe les actions coercitives aux cas d'agression ou de volonté de nuire, considérant donc que les rapports consentis sont laissés à la règle de la précaution universelle que les intéressés doivent observer, et encourager les précautions dans ce sens. Procéder à un renforcement de compétences des personnes chargées de l'exécution des lois dans ce sens ainsi que des associations pour la prise en main de ces cas.
 - ii. Consacrer dans les textes le viol sur époux, que le viol est répréhensible même lorsque l'agresseur et la victime sont unis par les liens du mariage
 - iii. Renforcer la protection des Professionnel(l)es du Sexe contre la violence qui augmente leur vulnérabilité au VIH
 - iiii. Organiser des séances de sensibilisation intensives pour bien rappeler que les actes ou rapports sexuels accomplis par les agents de l'autorité, dans le cadre d'une arrestation ou d'une détention doivent être systématiquement qualifiés de viol conformément à l'article 332 du Code Pénal malgache..
 - liv. Sécuriser d'autres activités et emplois vers lesquels les jeunes peuvent être orientés comme des alternatives aux activités de commerce de sexe
 - lv. De renforcer la formation des services de soins et des forces de l'ordre pour les rendre plus sensibles aux droits humains.
 - lvi. De renforcer la protection des mineurs contre l'exploitation sexuelle, en garantissant leur sécurité durant les contrôles, ou éventuelles auditions et en renforçant la poursuite des clients, même les non touristes.

Autres

- i. Allouer 15% à la Santé Publique, conformément à la déclaration d'Abuja;
- ii. Ratifier le Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, signé par Madagascar le 7 septembre 2000

- iii. Ratifier le Protocole à la Charte Africaine des droits de l'Homme et des peuples relatifs aux droits de la femme en Afrique.
- iv. Reformuler les dispositions du Code Pénal sur la prostitution qui favorise les stigmatisations. Notamment, les articles 334 et 335 du code pénal qui mettent en avant un esprit de "lutte contre la prostitution" qui encourage la stigmatisation des PS, et l'utilisation du terme "prostitué" ou "prostitution" qui véhiculent un jugement de valeur
- v. Reformuler les dispositions de l'article la loi n° 2011-002 du 15 juillet 2011 portant Code de la Santé, selon laquelle "toute personne se livrant à la prostitution doit être identifiée et fichée" et concernant les "mesures de surveillance spéciale" à leur égard qui peuvent entrer en violation des dispositions de la Convention de New York relative à la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui.

Bibliographie

Les rapports et documents internationaux

AIRIS- Commission de l'Océan Indien. (2010). *Rapport d'analyse des textes législatifs défendant les droits des personnes vivant avec le virus d'immunodéficience humaine dans les pays membres de la Commission de l'Océan Indien.*

Aide Suisse contre le Sida. Prise de position, le traitement pénal de la Transmission du VIH. American Bar Association. (2012). HIV/Aids Legal Assessment Tools.

Assemblée Générale des Nations Unies. (2011). *Déclaration politique sur le VIH et le Sida: intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le Sida.*

Assemblée Générale des Nations Unies. (2016). *Déclaration politique sur le VIH et le Sida: accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de Sida d'ici à 2030.*

Commission de l'Océan Indien. (2015). Politique et stratégie sous régionale de genre, dans la région Océan Indien 2015-2019. <http://www.commissionoceanindien.org/>.

Commission Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple. (2017). *Le VIH, la loi et les droits de l'Homme dans le système africain des droits de l'Homme: principaux défis et opportunités pour les réponses au VIH fondés sur les droits.*

Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (2000). Observations Générales n°14: le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Comité des Droits Economiques Sociaux et Culturels. (2009). Observations Générales n°20 du 02 juillet 2009: la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels. Accessible au <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-internationaux/onu-organes/cescr>.

Comité des Droits Economiques Sociaux et Culturels. (2007). Deuxième rapport périodique devant être présentés par les États parties en vertu des articles 16 et 17 du Pacte- Madagascar. *Application Du Pacte*

International Sur Relatif Aux Droits Economiques Sociaux Et Culturels, 92. https://www.aaas.org/sites/default/files/SRHRL/PDF/AfricaReport/Madagascar_Second%20Report_French.pdf

Comité des droits de l'Homme. (2017). Examen des rapports soumis par les Etats parties en application de l'article 40 du pacte. Reponses de Madagascar à la liste des points.

Health economics and HIV and Aids research division. (2018). Baseline report on young key populations and sexual and reproductive health and rights.

International HIV/ AIDS Alliance. (2006). Santé et Protection au travail. Un guide sur les programmes de lutte contre le VIH/Sida avec les travailleurs de sexe

International HIV/Aids Alliance. (2013), *Comprendre et lutter contre la stigmatisation liée au VIH dans la région MENA: Guide pour l'action.*

Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. (2010). *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro.

Global Commission on HIV and the Law. (2012). Risques, Droits et Santé.

Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme et le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH Sida. (2006), version consolidée. *Le VIH/Sida et les Droits de l'Homme: Directives Internationales.*

OASIS Financial management and services (2015). *Le dialogue au niveau du pays, Niger, Madagascar, Sénégal et Mauritanie.*

OMS, ONUSIDA. (2007). Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. *Programme VIH-Sida.*

OMS. (2012). *Statement on HIV testing and counselling: Who, unaids, re-affirm opposition to mandatory HIV testing.* http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/

OMS (2016). *L'OMS recommande qu'une aide à la notification du partenaire soit apportée aux personnes vivant avec le VIH*, Note d'orientation, <http://www.who.int/hiv/pub/vct/who-partner-notification-policy/fr/>.

ONUSIDA (1999). *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/Sida, la législation et les droits de l'homme*.

ONUSIDA (2015). Guide de terminologie de l'ONUSIDA.

OIT, Région Afrique, l'action contre le Sida sur le lieu de travail, 2005, http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc0876-partnershipmenu_africa_fr.pdf

UNAIDS. (2003). Stigma and Discrimination, *Fact Sheet*. http://data.unaids.org/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_en.pdf

UNAIDS and UNDP. (2008). Policy brief- Criminalization of HIV transmission

UNAIDS. (2012). Key programs to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses.

UNDP (2014). *Legal Environment Assessment for HIV, an operational guide to conducting national legal, regulatory and policy assessment for HIV*.

UNDP (2013). Seychelles Legal Environment Assessment of HIV and AIDS.

UNDP (2018). Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update

UNFPA et Population Reference Bureau, Country Profiles for Population and Reproductive Health, Policy Developments and Indicators, 2005. Cf. <http://www.unfpa.org/profile/madagascar.cfm>.

UNICEF & FNUAP. (2011). *Les Jeunes, faits et chiffres, rapport synthétique*.

United Nation General Assembly. (2001). *Political declaration on HIV/ Aids*. A/RES/60/262. http://data.unaids.org/pub/report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_en.pdf.

WHO. (2016). Guidelines on HIV self-testing and partner notification. *Supplement*. WHO. (2013). *Research for Universal Health Coverage*.

WHO. Immunization, Vaccine and Biologicals. <http://www.who.int/immunization/topics/hiv/en/index1.html>. Consulté le 23 octobre 2018.

WorldBank. (2013). Measuring the impact of the political crisis. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/06/05/madagascar-measuring-the-impact-of-the-political-crisis>. Consulté le 25 octobre 2018.

World Bank. (2015). *Madagascar – Public expenditure review 2014: health sector background paper (English)*. Washington, D.C.: World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/323001467999684782/Madagascar-Public-expenditure-review-2014-health-sector-background-paper>

Rapports et publications nationaux

Brinkerhoff, D.W., O. Indriamihaja, A. Lipsky, and C. Stewart. (2017). *L'environnement légal pour la planification familiale et la santé de la reproduction à Madagascar*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

Comité National de Lutte Contre le Sida (2007). Plan d'action de Madagascar pour une réponse efficace face au VIH et au Sida 2013-2017.

Comité National de Lutte Contre le Sida (2012), Etude comportementale et biologique chez les consommateurs de drogues injectables dans les zones urbaines à Madagascar.

Comité National de Lutte Contre le Sida (2014), Rapport d'activité sur la riposte au Sida à Madagascar –période considérée janvier 2012 – décembre 2013.

Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/Sida (2017). Etude de surveillance biologique et comportementale du VIH et de la syphilis chez les professionnelles du sexe à Madagascar en 2016.

- Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/Sida (2017). Etude de surveillance biologique et comportementale du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les Consommateurs de Drogues Injectables en 2016.
- Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/Sida (2016). Enquête comportementale et biologique du VIH et des IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes dans les zones urbaines à Madagascar- 2014.
- Comité National de Lutte Contre le Sida et la Direction de la Lutte contre les IST/Sida (2014). Stratégie Nationale de communication en matière de réponse au VIH et au SIDA (2015-2017).
- Comité National de Lutte Contre le Sida (2018). Plan Stratégique National de Lutte contre les IST, le VIH et le Sida 2018-2022, Draft 1 et draft 4.
- Elliott, R. (2002). Droit Pénal, Santé Publique et Transmission du VIH- Etudes des politiques possibles. *ONUSIDA*. http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub02/jc733-criminallaw_fr.pdf.
- ECPAT France Madagascar. (Non daté). *La Pre-prostitution sur internet à Madagascar*
- PNUD. (2011). *Indice de la Société Malgache*.
- Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro. (2010). *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro.
- JICA- Projet de Renforcement du Programme de prévention VIH/Sida (non daté). *Témoignage d'Espoir*.
- Lang, E., P. Saint-Firmin, A. Olivetti, M. Rakotomalala and A. Dutta. (2018). Analyse du système de financement de la santé à Madagascar pour guider de futures réformes, notamment la CSU. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.
- Madagascar. La violence contre les femmes à Madagascar, Rapport sur la mise en œuvre du Pacte International relatif aux droits civils et politiques, [https://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/OMCT_fr_madagascar42.pdf]
- Ministère de l'Économie et de la Planification. (2015). Plan National de Développement 2015-2019 Ministère de la santé publique (2015). Plan de Développement du Secteur de la Santé 2015-2019.
- Ministère de la Santé Publique- DLIS. (2018). Phase pilote de mise en œuvre du dépistage communautaire à Madagascar.
- Ministère de la fonction publique, du travail et des lois sociales, (2013). *Politique Nationale de riposte au Sida dans le monde du travail*. Direction de la Sécurité Sociale des Travailleurs. https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02_03.pdf.
- Ministère de la Population, de la Protection sociale et de la Promotion de la Femme (2014). Rapport de la République de Madagascar dans le cadre du vingtième anniversaire de la quatrième conférence mondiale sur les femmes et de l'adoption de la déclaration et du programme d'action de Beijing en 2015.
- Ministère de la Population et FNUAP. (2006). Recherche et Etude dans le Sud et le Sud-est sur la violence et les pratiques discriminatoires envers les femmes et les enfants.
- Présidence de la République de Madagascar. (2002). Plan Stratégique National contre le VIH/ Sida 2001-2006.
- Présidence de la République de Madagascar (2014). Politique Générale de l'État, énoncé du programme de mise en œuvre de la PGE
- Programme National de Lutte Contre le Sida. (2011). Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH.
- Programme National de Lutte Contre le Sida. (2013). Counseling et Dépistage du VIH à Madagascar: Normes et Procédures.

République de Madagascar et Système des Nations Unies (2003). Rapport sur la violence à l'égard des femmes, Un état des lieux.

Vice-Primature chargée de la Santé Publique. (2010). Politique Nationale de dépistage du VIH à Madagascar, https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02_02_01.pdf

Vice-Primature chargée de la Santé Publique. (2013). Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar

Les articles académiques

Abrahams, N., Jewkes, R., Hoffman, M., & Laubsher, R. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 330-337.

Andrianasolo, R. L., Rakotoarivelo, R. A., Randriarimanana, D., Angijiro, P. G., & Randria, M. J. D. (2011). Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar. *Médecine et maladies infectieuses*, 41(1), 2-6.

Andriantsimetry, S. H., & Razanakolona, R. L. (2016). Importance of Madagascar's HIV/AIDS reference laboratory. *Medecine et maladies infectieuses*, 46(3), 146-149.

Behets, F. M., Rasolofomanana, J. R., Van Damme, K., Vaovola, G., Andriamiadana, J., Ranaivo, A., ... & Rasamindra, A. (2003). Evidence-based treatment guidelines for sexually transmitted infections developed with and for female sex workers. *Tropical Medicine & International Health*, 8(3), 251-258.

Coker, A.L. and Richter, D.L. (1998) Violence against Women in Sierra Leone; Frequency and Correlates of Intimate Partner and Forced Sexual Intercourse.

Dunkle, K. L., Jewkes, R. K., Brown, H. C., Gray, G. E., McIntyre, J. A., & Harlow, S. D. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The lancet*, 363(9419), 1415-1421.

Eba, P. M. (2015). HIV-specific legislation in sub-Saharan Africa: A comprehensive human rights analysis. *African Human Rights Law Journal*, 15(2), 224-262.

Gable, L., Gostin, L., & Hodge, J. G. (2009). A global assessment of the role of law in the HIV/AIDS pandemic. *Public health*, 123(3), 260-264.

Gable, L., Gamharter, K., Gostin, L. O., Hodge Jr, J. G., & Van Puymbroeck, R. V. (2007). *Legal aspects of HIV/AIDS: a guide for policy and law reform*. The World Bank.

Gastineau, B., Gathier, L., & Rakotovo, I. (2010). Relations de genre et violence conjugale à Antananarivo (Madagascar). *Série Population-Santé*.

Gastineau, B., & Gathier, L. (2012). Violences conjugales à Antananarivo (Madagascar): un enjeu de santé publique. *Pan African Medical Journal*, 11(1).

Grace, D. (2015). Criminalizing HIV transmission using model law: troubling best practice standardizations in the global HIV/AIDS response. *Critical Public Health*, 25(4), 441-454.

Harijaona, V., Ramambason, J. D., Morisset, R., Rasamindrakotroka, A., & Ravaoarino, M. (2009). Prevalence of and risk factors for sexually-transmitted infections in hidden female sex workers. *Médecine et maladies infectieuses*, 39(12), 909-913.

Hentgen, V., et al. (2002) "Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé en matière de VIH/Sida à Tamatave (Madagascar)." *Bull Soc Pathol Exot* 95.2: 103-108.

J.R. Rakotomizao, J. Rakotoson, M. Tiaray. (2014). Aspects des co-infections tuberculose/VIH au service de pneumologie du CHU d'Antananarivo.

Karine Blanchon. (2015) « Représentations du Sida dans les discours médiatiques à Madagascar, *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], mis en ligne le 23 janvier 2015, consulté le 05 septembre 2017. URL: <http://rfsic.revues.org/1375>; DOI: 10.4000/rfsic.1375.

- Ky-Zerbo O, Desclaux A, Asmar KE, Makhoulouf Obermeyer C, Msellati P, Somé J-F. (2014). *La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France);* 26(3): 375-384.
- Mahendra, V. S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoji, R., Gupta, I., George, B., ... & Pulerwitz, J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related settings: A developing country perspective. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(2), 616-625.
- Odindo, M. A., & Mwanthi, M. A. (2008). Role of governmental and non-governmental organizations in mitigation of stigma and discrimination among HIV/AIDS persons in Kibera, Kenya. *East Afr J Public Health*, 5(1), 1-5.
- Pezeril, C. (2016). Le gouvernement des corps séropositifs. Dynamique de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH. *Genre, sexualité & société*, (15).
- Rakotonirina, E. J et al. (2013). *Le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les tuberculeux à Antananarivo, Madagascar*. La Revue Médicale de Madagascar.
- Rakotomalala, M. (2012). *À coeur ouvert sur la sexualité merina, Madagascar: une anthropologie du non-dit*. KARTHALA Editions.
- Rakotomizao, J. R., Rakotoson, J., & Tiaray, M. (2014). Aspects des co-infections tuberculose/VIH au service de pneumologie du CHU d'Antananarivo. *Revue des Maladies Respiratoires*, 31, A168.
- Ranjalahy, R. J., et al. "VIH et renforcement des systèmes de santé. (2011). Le cas de Madagascar." Health System Research Series 1
- Randriatsarafara, F. M., Rasoloarimanana, A. R., Ralamboson, S., Rakotonirina, E. J., Ranjalahy, R. J. J., & Rakotomanga, J. D. M. (2012). Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo.
- Ratsimbazafy, Arthur BA, et al (2016). "Adolescence and sexually transmitted infections: the case in the coastal regions in Madagascar." *International Journal of Contemporary Pediatrics* 3.3 (2016): 778-783.
- Rivière D. et Ronai E. (2017) Combattre les violences faites aux femmes dans les Outre-mer.
- Stoebenau, K. (2009). Symbolic capital and health: The case of women's sex work in Antananarivo, Madagascar. *Social Science & Medicine*, 68(11), 2045-2052.
- Stoebenau, K., Hindin, M. J., Nathanson, C. A., Rakotoarison, P. G., & Razafintsalama, V. (2009). "... But then he became my sipa": the implications of relationship fluidity for condom use among women sex workers in Antananarivo, Madagascar. *American journal of public health*, 99(5), 811- 819.
- Stoebenau, K., Nair, R. C., Rambeloson, V., Rakotoarison, P. G., Razafintsalama, V., & Labonté, R. (2013). Consuming sex: the association between modern goods, lifestyles and sexual behaviour among youth in Madagascar. *Globalization and health*, 9, 13. doi: 10.1186/1744-8603-9-13
- Wivine Mabika Kalanga, Alain Mujinga Kapemba. (2017). Les déterminants de l'utilisation de préservatif masculin par les jeunes de la ville de Kinshasa. *Revue Congolaise d'Economie et de Gestion, EDUPC*,
- Yamego, W., Kouanda, S., Berthé, A., Yaya-Bocoum, F., Gausset, Q., Mogensen, H. O., ... & Ky-Zerbo, O. (2014). La déperdition entre les postes de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH-Sida au Burkina Faso: une approche qualitative. *Médecine et Santé Tropicales*, 24(1), 58- 62.

Textes législatifs et règlementaires

Constitution

Conventions internationales ratifiées ou non ratifiées, déclarations

Charte Africaine de la Jeunesse

Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'enfant

Charte africaine de la démocratie, des élections et de la gouvernance Déclaration universelle des droits de l'Homme

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui

Convention de Vienne sur le droit des traités

Convention relative aux droits de l'enfant

Convention relative aux droits des personnes handicapées

Convention concernant la lutte contre la discrimination dans le domaine de l'enseignement Charte africaine sur le droit de l'homme et des peuples

Convention sur la discrimination dans le domaine de l'emploi et de la profession Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

Pacte international relatif aux droits civils et politiques

Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples portant création d'une Cour africaine des droits de l'Homme et des peuples

Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples se rapportant aux droits des femmes

Lois

Code pénal mis à jour au 31 mars 2005

Loi n° 97-039 du 4 novembre 1997 sur le contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs à Madagascar

Loi n°2003-044 portant Code du Travail

Loi n° 2005- 040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Loi n° 2011-002 du 15 juillet 2011 portant code de la santé publique

Loi n°2007-022 du 20 août 2007 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux
Loi n°2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants

Loi n°2007-038 du 14 janvier 2008 modifiant et complétant certaines dispositions du Code Pénal sur la lutte contre la traite des personnes et le tourisme sexuel

Loi N° 2008-007 du 25 Juin 2008 Autorisant la ratification de la Convention relative à la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui.

Loi n° 2015-038 Modifiant et complétant certaines dispositions de la Loi n°2004-028 du 09 Septembre 2004 portant Politique Nationale de la Jeunesse.

Loi n°2017-043 du 25 janvier 2017 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale

Décrets

Décret n° 2006- 902 du 19 décembre 2006 portant application de la loi n° 2005- 040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le Sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/Sida.

Décret n° 2006-015 du 17 Janvier 2006 Portant organisation générale de l'administration pénitentiaire.

Décret n° 2006-885 du 05 décembre 2006 réglementant la famille d'accueil sur la lutte contre la traite des personnes et le tourisme sexuel.

Décret n° 2013-035 du 22 janvier Portant Code de Déontologie des Sages-femmes

Décret n°2013-161 du 12 mars 2013 Portant institution de la Plateforme de Lutte contre la Violence Basée sur le Genre (PLVBG).

Décret N° 2014-130 du 12 Mars 2014 fixant les modalités d'application de la Politique Nationale de Riposte au VIH et au Sida dans le monde du travail.

Décret n°2011-626 du 11 octobre 2011, portant application du Code de Travail sur la lutte contre le VIH dans le monde du travail.

Décret n°2011-631 du 11 octobre 2011, portant application du Code de Travail

Décret n° 2015-1452 du 17 octobre 2015 fixant les attributions du Ministre de la Santé Publique ainsi que l'organisation générale de son Ministère.

Décret n° 2017-071 du 02 février 2017 portant organisation du Comité Nationale de Lutte contre le VIH/Sida

Décret 2017 portant réorganisation et fonctionnement de la commission droit et VIH

Arrêtés

ARRETE INTERMINISTERIEL N° 27 169/2017 fixant le régime d'hospitalisation des détenus.

Annexe B

POPULATION/ REGION	NOSY BE (4 au 6 avril 2018)	ANTANANARIVO (10 au 13 avril 2018)	MAHAJANGA (17 au 19 avril 2018)	TOLIARA (25 au 28 avril 2018)	TOTAL
Personnes Vivant avec le VIH	9	14	13	13	49
PS	21	23	20	20	84
HSH	12	13	14	10	49
CDI	10	12	12	12	46
DETENUS	15	16	15	15	61
JEUNES	12	13	15	16	56
TOTAL	78	90	81	81	345

Annexe C

Entité
1. Médecin du Monde
2. Ministère de la Santé Publique, DLIS
3. EUSSPA: Service Pneumologie
4. Ministère de la Santé Publique, DLT
5. AFSA
6. Ministère du Travail, DSST
7. Ministère de la Justice, DHD
8. Ministère de la Justice, DRL
9. Ministère de la Justice, DE
10. UNICEF
11. PSI Madagascar
12. Ministère de la Population
13. ONUSIDA
14. Ministère de la Jeunesse
15. Centre Hospitalier Universitaire
16. Centre Hospitalier de Référence du District de Nosy be

Entité
17. Etablissement pénitentiaire Nosy be
18. UNICEF
19. BMH
20. Ainga Aides
21. Maison d'Arrêt- Antanimora
22. Direction Régional de la Santé- Boeny
23. Région Boeny
24. Etablissement Penitentier- Boeny
25. Centre de Service Intégré
26. Centre Vonjy
27. Maison des Jeunes
28. Centre Hospitalier -Toliara
29. Etablissement Penitentier- Toliara
30. SISAL
31. Région Atsimo Andrefana
32. Mad'aids

Programme de Nations Unies pour le Développement à Madagascar

Maison commune des Nations Unies, Enceinte Galaxy Plaza,
Rue Dr Raseta, Andraharo

B.P. 1348 Antananarivo (101) Madagascar

Téléphone: (261-20) 23-300-92 et 23-300-95

Fax: (261-20) 23-300-42

Courrier: registry.mg@undp.org

Communication: communication.mg@undp.org