

UNION DES COMORES

Unité – Solidarité - Développement

Présidence de l'Union

Comité National de Lutte contre le SIDA

Plan Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2009-2013

Draft 2009

SOMMAIRE

| | |
|-------|---|
| P.3 | Liste des abréviations et acronymes utilisés |
| P.4 | Liste des documents cités en référence |
| P.6 | I. Introduction |
| P.6 | II. Contexte |
| P.13 | III. Approche de la planification stratégique |
| P.18 | IV. Analyse de la situation |
| P.26 | VI. Analyse de la réponse |
| P.29 | VII. Objectifs et stratégies pour 2009-2013 |
| P32 | VIII. Cadre logique |
| P. 50 | IX. Synthèse Coordination / Suivi-évaluation |
| P. 53 | X. Budget 2009-2013 par axe stratégique |
| P. 54 | XI. Conclusion |

Liste des abréviations et acronymes utilisés

| | |
|---------|--|
| AFD | Agence Française pour le Développement |
| AGR | Activité génératrice de revenus |
| AMIE | (Projet) Appui aux micro-initiatives économiques |
| ARV | Anti-rétroviraux |
| ASCOBEF | Association Comorienne pour le Bien Etre Familial |
| BAD | Banque Africaine de Développement |
| BIT | Bureau International du Travail |
| CDV | Centre de dépistage volontaire |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CILS | Comité Insulaire de Lutte contre le SIDA |
| CISMA | Conférence Internationale sur le SIDA et les <u>MST</u> en Afrique |
| CLAC | Centre de lecture et d'animation culturelle |
| CMC | Centre médico-chirurgical |
| CNLS | Comité national de lutte contre le SIDA |
| CNTS | Centre national de transfusion sanguine |
| COI | Commission de l'Océan Indien |
| COEOI | Confédération des Organisations d'Employeurs de l'Océan Indien |
| CTP | Conseiller technique principal |
| DBC | Distribution (de préservatifs) à base communautaire |
| EPP | Education par les pairs |
| EPPA | Education par les pairs adultes |
| FADC | Fonds d'appui au développement communautaire |
| FAWECOM | Fédération Africaine pour l'Education des Femmes section Comores |
| FMI | Fonds Monétaire International |
| GT | Groupe Thématique (ONUSIDA) |
| ICW+ | International Community of Women living with HIV/AIDS (W+) / section Afrique |
| IDH | Indice de développement humain |
| IEC | Information, éducation et communication |
| IFERE | Institut de Formation d'Enseignants et de Recherche en Education |
| IPPF | International Programme de Planification Familiale |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| KMF | Million de francs comoriens |
| MECK | Mutuelles d'épargne et de crédits ya Komor |
| OAC | Organisations à assise communautaire |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisations non gouvernementales |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| OPACO | Organisation Patronale des Comores |
| PEC | Prise en charge |
| PF | Planification familiale |
| PIB | Produit intérieur brut |
| PILS | Programme insulaire de lutte contre le SIDA |
| PNAC | Pharmacie nationale autonome des Comores |
| PNLS | Programme national de lutte contre le SIDA |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PPTTE | Pays pauvres très endettés |
| PSN | Plan stratégique national |
| PTME | Prévention de la transmission mère-enfant |
| PVVIH | Personnes vivant avec le VIH/SIDA |
| RAP+ | Réseau Africain de Personnes vivant avec le VIH (P+) |
| RNFD | Réseau (National) Femmes et Développement |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| SNAC | Syndicat National des Agriculteurs Comoriens |
| SSM | Service de santé militaire |
| SSR | Service de santé de la reproduction |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la population |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

Liste des documents cités en référence

- (A) - Analyse commune de la situation de développement de l'Union des Comores, 02/2002, PNUD
- (B) - Plan Cadre pour l'Assistance des Agences du SNU au Développement des Comores
UNDAF 2003-2007 / février 2002, PNUD
- (C) - Gouvernance, capital social et réduction de la pauvreté.
Rapport national sur le développement humain. Comores 2001, PNUD
- (D) - Enquête à indicateurs multiples, MICS 2000, Direction Générale du Plan, RFI Comores, 01/2001
- (E) - Enquête Intégrale dans les Ménages, Direction Générale du Plan, Union des Comores 2004
- (F) - "Mots pour maux. Etude anthropologique des itinéraires thérapeutiques et du recours aux soins
à Anjouan en 2001", K.Viollet anthropologue / ONG Initiative Développement
- (F) - "Enquête qualitative sur la prévention VIH/SIDA, la prévention du paludisme,
la protection de l'enfant et la scolarisation de la jeune fille", UNICEF, 10 2002
- (G) - "Composition, capacités et implication du milieu associatif comorien
dans la lutte contre le VIH/SIDA", PNUD-CNLS, novembre 2003
- (H) - Document de projet soumis au Fonds Mondial Global, mai 2003
- (I) - Bilan du Plan d'action 2003 conjoint GT ONUSIDA – CNLS
- (J) - Etude socio-comportementale sur le VIH/SIDA/IST auprès de la population générale des
Comores. Rapport préliminaire sur l'analyse des données, 03 & 10 2004 (Banque Mondiale, Canada)
- (K) - Plan Stratégique National 2000-2004, PNLS
- (L) - Document de plaidoyer : Projection des impacts épidémiologiques et socio-économiques du
VIH/SIDA aux Comores / 2000-2018", GT ONUSIDA/Direction Nationale de la Santé, Moroni, 08 2003
- (M) - Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
(Document intérimaire, Juin 2003), Commissariat Général au Plan
- (N) - Rapport National sur le Développement Humain, PNUD Comores 2001
- (O) - Rapport sur la santé dans le Monde, OMS 2003
- (P) - Document de stratégie de coopération, OMS Comores, 2004
- (Q) - Profil du système de santé aux Comores, Vice Présidence en charge de la Santé, 2004
- (R) - Rapport sur la Micro-Finance, 2004
- (S) - Document de projet, "Appui à la planification stratégique et au secteur privé comorien
dans la lutte contre le SIDA", GT ONUSIDA (fonds PAF), juin 2004
- (T) - Rapport confidentiel d'évaluation finale / Août 2004 / BAD
"Appui à l'initiative régionale de prévention VIH/SIDA/IST dans les pays membres de la COI
- (U) - "Projet sous-régional sur le VIH/SIDA et le monde du travail pour les îles de l'Océan Indien"
Schéma préliminaire de projet, COI / COEOI /BIT
- (V) - "Pauvreté, inégalité et marché du travail dans l'Union des Comores. Eléments d'analyse fondés
sur l'Enquête Intégrale auprès des Ménages de 2004", Ministère du Plan / PNUD, février 2005

(W) – Rapport sur la toxicomanie aux Comores, Gendarmerie nationale/Brigade de recherche Moroni

(X) – Rapport sur les Objectifs de Développement du Millénaire (OMD), 2005

(Y) - PSN 2005 - 2009

I. Introduction

En Union des Comores, les autorités nationales placent le SIDA au premier rang des préoccupations du Gouvernement, malgré la faible prévalence du VIH. L'actualisation de la planification stratégique de la lutte contre le SIDA a été souhaitée pour doter le pays d'un outil de mobilisation politique performant qui intègre le cycle programmatique 2009-2013.

Le présent document est le fruit d'un travail collectif mené dans le pays, pour constituer la base de référence pendant cinq ans des stratégies à mettre en œuvre par le PNLs de manière multisectorielle au niveau des trois îles, afin de préserver la nation d'une expansion de l'épidémie VIH/SIDA, en le maintenant dans la catégorie des pays à basse prévalence.

Il s'agissait d'abord de procéder à la revue à mi-parcours du PSN 2005-2009 et de mener ensuite les analyses nécessaires pour la réactualisation du PSN afin de couvrir la période 2008 – 2012 en utilisant systématiquement l'approche participative de manière multisectorielle.

Ce document aborde dès lors le Plan 2005-2009 (V Objectifs et Stratégies pour 2009-2013) par la mise en exergue des axes stratégiques définis, et les priorités ciblées avant de présenter objectifs par objectif, les activités ainsi que les résultats attendus. Certains effets intermédiaires sont intégrés permettant une synthèse (VI Cadre logique) du Plan. Deux tableaux résument les éléments clés des composantes « coordination et suivi évaluation ».

Une budgétisation et calcul des coûts établis par axe et par année sont inclus (VIII Voir le tableau du budget).

II. Contexte

II.1 Cadre géographique et démographique : insularité et forte jeunesse

Archipel situé à l'entrée du Canal du Mozambique dans l'Océan Indien, à 300 km de Madagascar et de l'Afrique, l'Union des Comores avec une superficie de 2235 km² est répartie sur quatre îles d'origine volcanique : Grande Comore (Ngazidja) 1147 km², Anjouan (Ndzouani) 424 km², Mohéli (Moili) 290 km², Mayotte (Maoré) 374 km². Cette dernière est sous administration française.

Si l'accès aérien entre chaque île est effectivement possible quotidiennement, les liaisons maritimes inter-île s'effectuent dans des conditions de sécurité aléatoires.

Ce caractère insulaire a préservé la population des forts mouvements inter-pays que connaît le continent africain. Cependant, le développement des échanges commerciaux avec l'Afrique de l'Est et Australe, l'exode vers la France et l'ouverture du pays au tourisme font des Comores un « couloir » de migration.

Selon les résultats provisoires du recensement de 2003, l'Union des Comores compte 590 151 habitants pour les 3 îles. Soit une densité moyenne de 264 hab/km², inégalement répartie entre les îles d'Anjouan (604 hab/km²), de la Grande Comore (257 hab/km²) et de Mohéli (122 hab/km²).

L'espérance de vie est passée de 55 ans en 1991 à 63 ans en 2002. Le taux d'accroissement de la population entre 1992-2002 est estimé à 3%. Les jeunes sont majoritaires : 57% des Comoriens ont moins de 20 ans. La population urbaine représente 30%, cependant la population rurale reste prédominante (70%).

II.2 Situation économique : pauvreté certes mais des potentialités de développement

Jusqu'à ces dernières années, l'instabilité politique et institutionnelle a hypothéqué le développement. L'EIM 2004 (basée sur le recensement effectué en 2003) montre que l'inégalité des dépenses par individu de 1995 à 2004 a considérablement augmenté. **36,9% des ménages** et **44,8% des individus** vivent **en dessous du seuil de pauvreté**. Bien que non pauvres, 25,6% des familles ont une consommation inférieure au seuil avec au moins 40% de risque de devenir pauvres à court terme (on parle de "non pauvres vulnérables et précaires"). 47,4% des ménages sont considérés comme "très vulnérables". Toutefois, **l'incidence de pauvreté monétaire** semble s'être **réduite entre 1995 et 2004** : pour les ménages de 47,3% à 36,9% et pour les individus de 54,6% à 44,8% (dont 49,1% à Mohéli / 46,4% à Anjouan / 42,7% en Grande Comore).

Le pays est classé dans le Rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement, 134^e sur 175 pays selon l'Indice de Développement Humain (IDH) de 2003. Le revenu brut/habitant en 2003 était de 450\$. Quant au PIB, il a connu une régression annuelle de 1,3% entre 1993 et 2003 ; ceci serait dû à un recul des services, alors que le secteur agricole augmentait dans le même temps de 6,9% et le secteur industriel de 5,7%.

Le poids de la dette intérieure (4 milliards de FC hors arriérés de salaires des fonctionnaires) et extérieure (211 millions de \$US) grèvent la reprise économique amorcée. Mais le pays devrait pouvoir prétendre bénéficier de **l'Initiative PPTE**, après satisfactions des conditionnalités requises pour obtenir une conversion de sa dette en actions de Développement.

Pays d'importations (biens de consommation, produits alimentaires, matériaux de constructions, pétrole, ...) avec un tissu de commerçants comoriens et étrangers, avec des cultures d'exportation en déclin (vanille, girofle, ylang-ylang) car concurrencées à l'extérieur, l'Union des Comores recèle pourtant un **potentiel agricole** (élevage, pêche, maraîchage), de secteurs artisanaux latents et de pistes de transformation agro-alimentaire. En outre, une **relance du tourisme** orienté particulièrement vers l'écotourisme permettrait une redynamisation vigoureuse de l'économie, alors que le pays connaît un fort taux de chômage et sous-emploi, avec de très nombreux jeunes ne rêvant que d'émigration. 47,6% des chômeurs comoriens n'ont jamais travaillé.

L'**épargne** des ménages malgré la pauvreté est organisée au niveau des réseaux mutualistes Sanduk et MECK bien implantés. Le nombre d'adhérents à ces réseaux ne cesse d'augmenter (42 603 dont 16 391 femmes). L'accès aux microcrédits fonctionne en permettant notamment la création d'AGR et de micro-entreprises, mais générant un taux de non-recouvrement croissant (Sanduk).

La **diaspora**, soit 200 000 à 300 000, travailleurs essentiellement basés en France, envoie surtout en Grande Comore régulièrement d'énormes flux financiers équivalents au budget national de l'Union des Comores atténuant les effets de la pauvreté sur les familles en Grande Comore plus particulièrement. En 2001, les envois financiers représentaient 16% du PIB comorien et l'équivalent de 70 US\$/personne /an.

II.3 Cadre socioculturel : famille, religion, solidarité

Famille et matriarcat

Aux Comores, l'individu se fonde dans la communauté. La famille est le socle de l'organisation et du fonctionnement social. La nuptialité est marquée par deux caractéristiques : une polygamie en régression et une mobilité conjugale forte (fréquence des divorces). Mais le système matriarcal dominant permet à la femme comorienne de bénéficier d'une stabilité et d'une solidarité familiale surtout en cas de divorce. La femme comorienne est victime d'une exclusion pour certains droits sociaux, ce qui est source de vulnérabilité et d'inégalité. Actives contributrices au Développement, elles ont tendance à être marginalisées des bénéfices générés. Néanmoins, le code de la famille adopté par le parlement en 2006 vise à remettre la femme au centre des initiatives de développement.

Cohésion sociale et pratique de l'islam

La religion musulmane régit la vie de toute la population. Les préceptes religieux constituent une dimension fondamentale du droit comorien. Les chefs religieux encouragent lors des prêches les valeurs familiales et sexuelles aptes à réduire la transmission du VIH. Les traditions religieuses (circoncision, abstinence avant le mariage et hors mariage) prédisposent à un moindre risque les jeunes à l'infection à VIH. La consommation d'alcool n'est pas très répandue.

Statut social et grand mariage

Les structures traditionnelles du pays (personnes âgées, chefs coutumiers, notables, autorités religieuses) sont bien organisées et assurent la pérennisation des valeurs propres à la société comorienne. La pratique du "Grand mariage" relève d'un quasi rite initiatique puisque les mariés à l'issue de cette cérémonie rituelle bénéficient pleinement d'un statut social d'adultes notables. Toutefois les fastes liés à cette pratique entraînent un endettement massif des familles qui peut conduire à la ruine ou à un état d'endettement à long terme.

Solidarité et capital social

Pour l'ensemble des ménages approchés par l'EIM 2004, le capital social a un impact positif sur la pauvreté. Ainsi, quand des ménages appartiennent à un ou plusieurs groupes, l'incidence de la pauvreté diminue de 11,2 points de pourcentage (soit - 28%). De même, quand dans l'entourage des ménages ou des individus, il existe des personnes auxquelles on peut s'adresser en cas de besoin, le ratio de pauvreté est réduit de 10,3%. On note l'impact positif sur la pauvreté des critères socio-culturelles qui sont la confiance / la solidarité / la cohésion sociale.

II.4 Système éducatif : scolarisés et déscolarisés

Le taux de scolarisation net est de 73 % en 2007 pour la tranche d'âge 5 à 14 ans. Il est de 70,9% pour les filles du même groupe d'âge. L'évolution de ces taux est considérablement évoluée au cours de la période 2002 - 2007.

L'école coranique constitue le 1^{er} contact de l'enfant comorien avec le système éducatif. Elle concerne 80,4% des enfants de 3 à 5 ans, avec autant de filles que de garçons. Cette école joue donc un rôle fondamental dans la formation de la personnalité du Comorien et de la Comorienne. A partir de 1998, un effort a été tenté pour mieux intégrer cet enseignement dans le système éducatif formel.

La moitié des enfants comoriens sont scolarisés en primaire (de plus en plus dans les écoles privées), avec système de double vacation généralisée. 46,5% des élèves en primaire sont des filles. Dans les collèges, les effectifs ont augmenté de 6% par an à partir de 1999, particulièrement sur Mohéli. Il y a toujours environ 55% de garçons et 44% de filles. Dans les lycées, les effectifs ont augmenté globalement de 7% (sauf à Anjouan où la situation est stationnaire).

Un quart seulement des élèves passent en 6^{ème}. Le tableau suivant illustre la déperdition d'une cohorte de 1000 élèves entrant en CP et inscrits à l'Université (pour 24 d'entre eux)

| | CM2 | 6ème | Seconde | Terminale |
|--|------|------|---------|-----------|
| Nombre d'élèves de CP accédant aux classes de ... | 513 | 360 | 151 | 44 |
| Taux de survie | 51% | 36% | 15% | 4% |
| Taux de déperdition | 2% | 2.6% | 4.4% | 12.6% |
| Déperdition totale | 2942 | 3917 | 5727 | 7101 |
| Proportion de déperdition due à l'abandon scolaire | 36% | 34% | 36% | 44% |

Le taux d'abandon est de 5% en moyenne à l'école primaire. Il est plus net au CM2 avec 14%. Au collège, le taux d'abandon moyen est de 9% et 15% en 3^{ème}. Au lycée, le taux d'abandon est de 13% mais de 27% en Terminale.

Les collèges islamiques et privés au nombre de 89 sont en augmentation.

L'Université des Comores créée en 2003-2004 compte 1707 étudiants dont 43% de filles, fréquentant 4 facultés et 2 instituts supérieurs. Mais 4000 étudiants suivent les études supérieures à l'étranger.

A l'exception du lycée de Moroni, il n'existe de bibliothèque dans aucun établissement scolaire.

Ceci a été suppléé positivement par les CLACs.

L'enseignement technique et professionnel (Ecole Nationale d'Agriculture, Ecole Nationale des Pêches, Ecole Nationale Technique et Professionnelle) souffre de faiblesses qui se traduisent dans le fort sous-emploi urbain et le manque de cadres dans les secteurs économiques porteurs.

Le taux d'alphabétisation des adultes est passé de 54% en 2000 à 56% en 2001. La langue nationale est le comorien (dérivé du Swahili) ; le français et l'arabe sont les langues officielles.

II.5 Secteur privé/Monde du travail

Le **monde paysan**, principal employeur du pays (deux tiers des emplois), est organisé dans le Syndicat National des Agriculteurs Comoriens structuré depuis 2001 en Fédération de 7 associations (selon les branches de production) et implantées sur les 3 îles avec un total de 3000 membres (dont au moins 200 femmes en Grande Comores dans le maraîchage). 41% du PIB comorien provient de l'agriculture. Ce secteur génère 80% des emplois et près de 90% des recettes budgétaires. Le SNAC dispose d'un plan de travail essentiellement basé sur la formation des membres. Des perspectives existent pour un projet de création d'une mutuelle de santé SNAC, couplé à l'appartenance individuelle des agriculteurs aux mutuelles de santé villageoises existantes.

Le **secteur privé** pour l'instant contribue à environ 20% de la production de la richesse nationale. Les salariés du secteur moderne regroupent 21% des travailleurs (dont 11% dans le public et 10% dans le privé). Actuellement, les 1800 entreprises du secteur privé sont de petite taille, implantées pour 46% d'entre elles dans le commerce (importations) et les services. Ce secteur fournit déjà 47,2% de la richesse nationale. Le commerce se fait essentiellement par voie maritime. Le tourisme est à développer, ainsi que la pêche et la transformation agro-alimentaire.

L'emploi des femmes : Dans le secteur agricole, 67% des emplois sont féminins. Dans le secteur informel non agricole, 48,6% des emplois sont féminins. L'agriculture et le secteur informel occupent 70% des jeunes filles de moins de 24 ans. Parmi les femmes/jeunes filles employées, 80% sont sans instruction.

L'organisation nationale des employeurs OPACO (Organisation Patronale des Comores) existe depuis 1991 et regroupe une quinzaine d'associations professionnelles comoriennes (dont le SNAC). L'OPACO est membre du CNLS. La toute dernière née des organisations, la Jeune Chambre Economique des Comores vient juste de se constituer mais compte déjà une quarantaine de membres impliqués aussi dans des actions communautaires, au-delà de leur fonction première de soutien aux jeunes promoteurs privés.

II.6 Environnement institutionnel et médias

La décentralisation

La nouvelle constitution adoptée le 23 décembre 2001 a généré une géographie institutionnelle qui consacre une large autonomie aux îles. Elle garantit un partage du pouvoir entre l'Union et les îles qui la composent, afin de permettre à celles-ci de concrétiser leurs aspirations légitimes, d'administrer, de gérer librement leurs propres affaires en vue de promouvoir leur développement socio-économique dans l'unité.

L'Union est dirigée par un Président, chef du gouvernement secondé par deux Vice-présidents, avec chacun des attributions d'une partie des missions ministérielles. Chaque île est placée sous l'autorité d'un président élu et dispose d'un gouvernement insulaire. Le pouvoir central dispose d'une assemblée nationale et les îles autonomes sont dotées chacune d'une assemblée insulaire.

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé de l'île a la charge de la planification et de la mise en œuvre opérationnelle des activités de programmes de santé et de développement sur le terrain. Le niveau central est chargé des aspects stratégiques de la santé et assure la coordination d'ensemble du secteur santé.

La gouvernance

L'absence d'une cour des comptes grève sérieusement les efforts de développement économique du pays. Les communautés locales et la société civile constituent avec les médias des atouts pour construire la bonne gouvernance. Les structures traditionnelles (notables, chefs coutumiers) doivent continuer à assurer le civisme axé sur le respect des valeurs de la société et le dévouement pour les tâches communautaires. Les relations entre l'Etat et les communautés villageoises ainsi que les associations de développement sont à la base du développement.

Les médias

Il s'est développé un important réseau de radios et télévisions communautaires. Leur rôle est indispensable pour toucher un public large et varié. Des contrats de sous-traitance sur le thème de la lutte contre le SIDA existent entre les médias, le Ministère de la Santé et les partenaires au développement. Aux Comores, la radio est le média ayant le plus d'adeptes, ce qui en fait un outil de communication performant. Il existe dans chaque île des radios (13 en Grande Comores, 10 à Anjouan, 6 à Mohéli) et quelques télévisions communautaires. L'ensemble couvre tout le territoire national. Malgré une couverture large au niveau des 3 îles, la radio nationale est curieusement très peu écoutée par la population. Le pays vient de se doter d'une chaîne de télévision nationale. La presse écrite est très peu diversifiée. Elle est caractérisée par quatre hebdomadaires, deux quotidiens, un mensuel et un bimensuel. La télévision satellitaire fait une percée.

II.7 Lutte contre la pauvreté et Coopération internationale

L'Union des Comores s'est positionné pour un accès à l'Initiative PPTTE et se situe actuellement en fin de phase de surveillance par le FMI et la Banque Mondiale. Une conférence des bailleurs de fond pour les Comores s'est tenue à Maurice en décembre 2005. Le document Stratégique de Réduction de la Pauvreté a identifié à l'axe stratégique "améliorer le capital humain" 13 actions prioritaires an nombre desquels, la lutte contre les IST/VIH/SIDA, dans les actions de santé en ciblant particulièrement les populations rurales.

Le projet FADC a développé depuis septembre 2004 des activités génératrices de revenus dans le cadre de sa 3^{ème} phase. 13,5 M\$ sont programmés pour 4 ans au profit de 348 comités de pilotage. Il vise à apporter un appui technique et financier aux communautés dans le cadre du développement socio-économique du pays. Le projet prend part à la lutte contre la pauvreté en soutenant l'amélioration des conditions de vie des plus démunis. Il fournit un concours financier aux communautés pour la construction et la rénovation d'infrastructures de base. Il pérennise les infrastructures de base en mettant en place un mécanisme de gestion durable afin de permettre aux communautés de se prendre progressivement en charge : (AGR, activités de formation, infrastructures sociales, infrastructures d'appui à la production, infrastructures de désenclavement, Infrastructures pour la protection de l'environnement).

Le projet AMIE Initiatives Economiques (avec appui technique BIT) a permis la création de plus de 600 micro-entreprises générant un total cumulé fin 2004 de 3000 emplois (permanents et non permanents) et a soutenu la création d'un réseau d'associations (notamment féminines) devenues cautions solidaires.

Mais l'aide publique au développement représentait moins de 16 millions de \$US en 2000. C'est le secteur de la santé qui a le plus souffert de cette diminution.

Le projet Santé III, financé par la Banque Mondiale a fonctionné de juin 2000 à juin 2004. Il est intervenu dans la réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires, ainsi que dans les équipements non médicaux (transport et communication). La Banque Mondiale a contribué pour plus de 5 millions US\$ pendant cette période. Des formations ont été accordées en spécialisation à une vingtaine de médecins et paramédicaux pendant 5 ans dans différents pays africains. Une enquête socio comportementale sur le VIH/SIDA auprès de la population générale a été financée en 2003.

Actuellement un projet de renforcement du système de santé de l'AFD est en début de mis en œuvre.

II.8 Situation sanitaire

II.8.1 La carte sanitaire

Dés 1994, le Ministère de la santé des Comores a appliqué la stratégie des soins de santé primaire et réformé le système de santé autour d'un dispositif de 17 districts sanitaires, chacun d'entre eux comportant une structure de référence et 49 postes de santé. Ceci permet à 80% de la population d'accéder à une structure sanitaire dans un rayon de 5 km, jugé **bon niveau d'accessibilité**.

Au niveau du **district** : Les structures sanitaires constituent le premier recours aux soins pour la population. Il existe deux centres médicochirurgicaux (à Mitsamiouli et Domoni), des centres médicaux urbains (un au chef lieu de chaque île), et des centres de santé sans activité chirurgicale dans les 12 autres districts. Toutes les activités de prévention et de prise en charge ont été intégrées au niveau du district avec à la tête un médecin chef.

La référence de chaque île se fait au niveau des CHR et le CHR de El Maarouf est érigé en Centre de Référence National.

Au niveau **central**, se trouvent la Vice-Présidence en charge de la santé et les directions et programmes centraux tels la Direction des grandes endémies et le PNLS. Au niveau des îles, la coordination est assurée par les Directions générales de la santé.

II.8.2 Les laboratoires

Les Comores disposent de 24 laboratoires d'analyses médicales sur l'ensemble des 3 îles. Ceci constitue dans tout le pays un réseau effectif, de structures en mesure d'assurer la surveillance de maladies à potentiel épidémique, des IST et du VIH. Toutefois, ce réseau ne permet pas de disposer d'une base de données sur les IST.

Ces laboratoires des structures sanitaires publiques, des services de santé militaire, plus deux privés suffisent **quantitativement** à satisfaire les besoins de la population en diagnostic biologique d'IST. Mais **qualitativement**, seul le laboratoire d'El Maarouf peut assurer le diagnostic du VIH (test ELISA), La syphilis, le chlamydiae, la gonococcie et le trichomonase. Le test DETERMINE est utilisé par les autres laboratoires qui se limitent au test rapide VIH (Mitsamiouli, Domoni, Fomboni) et à certaines techniques à des degrés différents. Les laboratoires des centres de santé ne font que le RPR. Bien que ces laboratoires soient bien répartis sur tout le territoire, les contraintes en potentiel humain et matériel gênent le bon fonctionnement de ces services.

II.8.3 La politique pharmaceutique (notamment le programme des médicaments essentiels)

Depuis 1991, le pays a créé la PNAC pour assurer l'approvisionnement, la production et la distribution des produits médicamenteux. L'objectif est de rendre accessibles et disponibles dans toutes les pharmacies des structures sanitaires, les médicaments essentiels et les dispositifs médicaux. Les médicaments préconisés pour la **prise en charge des IST** sont inclus sur la liste des médicaments essentiels et sont disponibles dans toutes les formations sanitaires. Le coût de ces médicaments semble accessible par la population. Les **antirétroviraux** sont disponibles depuis 2006 et sont inclus dans la liste des médicaments essentiels.

II.8.4 Augmentation du personnel de santé

Le gouvernement des Comores a élaboré un Plan National de Développement des Ressources Humaines 2001-2010. On note une nette augmentation des ressources humaines :

| Catégories | 1992 | 2001 | 2002 | 2007 | Ratio pers de santé/10.000 Hab en 2007 |
|---------------------------------|------|------|------|------|--|
| Médecins y compris spécialistes | 26 | 68 | 109 | 123 | 1,9 |
| Pharmaciens | 0 | 13 | 15 | 17 | 0,3 |
| Infirmiers diplômés d'Etat | 112 | 146 | 202 | 189 | 3 |
| Sage femmes | 61 | 92 | 77 | 168 | 2,6 |

Les ratios population/personnel de santé sont encourageants. Mais les ressources humaines, inégalement réparties entre les trois îles, sont dans l'ensemble mal gérées et peu motivées.

En 2003, le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Publique, formateur d'une bonne partie des agents de santé de différentes catégories devient Ecole de Médecine et de Santé Publique. Mais une partie importante du personnel de santé est formée à l'étranger ; beaucoup y restent. Aussi, les formations sanitaires publiques souffrent de **pénurie de personnel qualifié**, surtout à Mohéli.

Les problèmes soulevés dans le PNDRH, sont les suivants :

- Déséquilibre exagéré dans la répartition du personnel qualifié (surtout en périphérie). D'où une pénurie de personnel sur certaines îles et dans certaines formations sanitaires.
- Non optimisation du personnel par rapport à son utilisation et à sa formation.
- Conditions de travail et de vie du personnel sans véritable plan de carrière et promotion, générant démotivation et désaffection.

II.8.5 Financement de la Santé

Le budget national de la santé a subi une diminution régulière entre 2000 et 2003, de 594 M KMF en 2000 à 408 M KMF en 2003. Sa part dans le budget national a suivi la même tendance.

Plus de 70% à 90% du budget est consacré au paiement des salaires.

II.8.6 Santé communautaire

En dehors du budget national, la diaspora comorienne contribue à la construction de centres de santé de base.

Les communautés contribuent au financement du système de santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires. Ce qui a été évalué en 2001 à près de 536 M KMF.

En outre, les ONGs investies dans la santé communautaire apportent une contribution non chiffrée mais extrêmement conséquente grâce à l'investissement des nombreux bénévoles depuis des années.

Le Projet "**Mutuelles de santé villageoises**" du Centre International de Développement et de Recherche et de l'Union Européenne a permis de construire de 1997 à 2002 en Grande Comore un réseau de 25 mutuelles villageoises regroupant 5400 bénéficiaires, avec l'appui d'une association "Service Commun de Gestion" qui se porte garant comme tiers-payant dans les formations sanitaires et joue un rôle de formateur.

III L'approche de la planification stratégique

III.1 Contexte : l'appui des NU au PNLs

La planification stratégique définit non seulement le cadre stratégique de la réponse nationale, les grandes orientations stratégiques mais aussi les étapes à suivre pour changer la situation actuelle en cible à atteindre. Le processus de planification passe par l'analyse de la situation, l'analyse de la réponse, la formulation du plan et la mobilisation des ressources.

Le Gouvernement a demandé au Groupe Thématique ONUSIDA de recourir à une consultante (économiste et formatrice en réponse au SIDA en Afrique) proposée par ONUSIDA Genève, en appui au PNUD, ainsi qu'à une consultante nationale pour conduire en équipe avec le coordinateur du PNLs, la révision du PSN 2000-2004 puis l'élaboration du PSN 2005-2009 basée sur l'approche participative multisectorielle.

Le CTP du projet PNUD d'appui au PNLs est facilitateur de la mission à Moroni. Le projet régional PNUD à Pretoria amène son expert conseiller politique, à renforcer le processus de planification par des apports méthodologiques lors d'un atelier de préparation de deux jours en début de mission.

III.2. Processus d'élaboration : l'approche participative adoptée

III.2.1. Séances de travail

Des séances de travail et de recueil d'informations ont été organisées avec tous les partenaires participant à la réponse nationale au VIH.

Ces séances de travail ont permis à l'équipe de recueillir des éléments d'analyse de la situation et de la réponse, ainsi que des pistes de construction de la planification envisagée. Les rencontres avec le SNAC et le réseau MECK ont ouvert des opportunités de collaboration avec le secteur rural particulièrement.

III.2.2. Tenue d'ateliers de préparation

Au terme des rencontres individuelles avec les acteurs et les partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA aux Comores, des ateliers insulaires sont tenus et un atelier national de mise en commun a été organisé et a vu la participation des représentants: de la présidence, de la vice présidence en charge de la santé, du commissariat au plan, du Ministère de l'éducation nationale, du Muftorat, des îles autonomes, des agences du système des Nations Unies et des ONGs.

Ce travail collectif a permis de déterminer à partir de l'analyse des "forces, faiblesses, opportunités, menaces", de l'environnement "politique, économique, socioculturel, technologique" du PNLs, les 5 axes stratégiques répondant aux problèmes identifiés comme urgences prioritaires.

III.2.3. Visites de terrain

Il s'agissait de chercher à approcher les bénéficiaires de la réponse communautaire, particulièrement les **jeunes** scolarisés et non scolarisés. Pour ce faire, plusieurs rencontres sont organisées. Elles concernaient l'ASCOBEF à travers son centre et sa clinique de Moroni, le croissant rouge comorien, les travailleuses de sexe de Moroni, les Clacs, l'espace Chababi de Ouani...

III.2.4. Des interviews pour médiatiser l'approche

Les consultantes se sont prêtées à quelques entretiens à Anjouan avec une radio communautaire (10mn), la Télévision (15mn), et le Chargé de presse de la Présidence (10mn) ainsi qu'avec Radio

Comores à Mohéli. Des explications ont été apportées sur l'approche participative utilisée et sur l'intérêt d'une planification stratégique. L'implication officielle des Présidents des Iles a été soulignée. Dans le but de briser le mur de la discrimination et la stigmatisation, un appel de soutien a été lancé aux PVVIH comoriens pour leur faire savoir que d'autres Africains séropositifs comme eux seront probablement bientôt invités dans le pays pour parler et "briser le silence" afin de leur redonner le moral, à eux et à elles qui vivent dans la peur et la honte.

III.3.Réflexions relatives à l'analyse de la revue du Plan 2000-2004

Reprenant les conclusions de l'analyse de la situation établie en 2000, que peut-on dire de l'actualité de chacune d'entre elles ?

(1) La coordination des activités est faible du fait de la non fonctionnalité du CNLS.

Les ministères ont été peu impliqués et le Service IST/SIDA a joué un rôle plus d'exécutant que de coordination.

- PNLS

Le problème des ressources humaines et financières se pose toujours de façon criarde, en termes de renforcement des compétences et d'élargissement de l'équipe, selon les témoignages de tous les interlocuteurs rencontrés.

Le président du CNLS souhaite voir redynamisé le CNLS et souligne le bénévolat des membres comme réelle limite à la motivation dans l'implication réelle et permanente.

Le coordinateur du PNLS en appelle à l'application de la "coordination" telle qu'elle a été inscrite dans les décrets définissant les fonctions et les missions de chaque entité constituée (PNLS/PILS) ainsi qu'à la mise en œuvre au niveau opérationnel de la décentralisation des activités.

La question majeure reste d'actualité : rendre le SIDA transversal aux différents secteurs.

- Ministère de l'Education, de la Jeunesse & Sports, de la Culture / Grande Comore

Le Ministre expose deux problèmes clés :

D'abord, "l'inconscience des gens sur le SIDA" contre laquelle il faut donc lutter intensivement, surtout chez les jeunes (notamment scolarisés).

Ensuite, « les mentalités surtout avec les religieux », il préconise le dialogue et la patience

- Ministère de la Santé de la Grande Comore

Selon le Ministre de l'île, les notables et autorités sont très engagés. Au-delà du plaidoyer, des fonds propres viennent d'être votés au niveau de l'île. Mais l'appui des NU reste indispensable. Car le manque de moyens de déplacements pour couvrir toute l'île et le manque de préservatifs pour assortir les activités IEC sur le terrain envers les jeunes, limitent l'exécution du programme de prévention.

- Vice Président de l'Union, chargé de la solidarité, la santé, la population, du travail, la protection sociale et de la réforme de l'Etat

Il précise que "le Président de l'Union des Comores, dans son discours programme et d'orientation de l'action du gouvernement, a rappelé que le SIDA constitue une menace permanente pour le pays et a demandé à tous les départements ministériels d'accorder une importance particulière à la lutte contre cette maladie, en l'intégrant dans les plans d'actions sectoriels."

Il ajoute que cette volonté du Chef de l'Etat s'est traduite par le plan d'action sectoriel pour l'année 2005 en matière de lutte contre le SIDA, pour lequel ont été arrêtées les activités suivantes :

- doter le CNLS de textes adaptés et de moyens appropriés inspirés du plan national stratégique de lutte contre les IST/SIDA,
- renforcer le PNLS par l'affectation des ressources humaines qualifiées,
- veiller à la mise en œuvre effective des programmes et projets de lutte contre le SIDA et assurer une meilleure coordination,
- adopter le PNS 2005-2009.

(2) La surveillance épidémiologique a bénéficié d'un appui financier important et régulier.

Cependant, peu de données sont disponibles notamment sur la communication des IST, la prévalence de la syphilis et l'infection par le VIH.

- Le système de surveillance épidémiologique a bénéficié d'un appui d'un consultant de l'OMS en réactifs.
- Seul le CHR El Maarouf a produit des rapports annuels sur les IST.
- En raison des événements politiques intervenus, la surveillance a été ralentie de 1997 à 2002 particulièrement sur Anjouan et Mohéli. Mais quelques cas de VIH ayant été signalés, le projet Santé III a proposé au gouvernement de mener une enquête.
- Une enquête nationale de prévalence VIH/IST, menée en 2003 sur un échantillon de 4167 personnes de 15 à 49 ans pour disposer d'une base de données fiables, financée par le gouvernement à travers le Projet Santé III (70%) et le système des NU des Comores (30%), a été menée sous supervision PNLs et GT ONUSIDA.
- Des prélèvements ont été effectués (4029) et testés au Canada. La prévalence mesurée dans le rapport final fait état de 0,025% dans la population générale
- Les chefs de programmes insulaires seront initiés au protocole OMS et à la surveillance dite de deuxième génération, pour entreprendre cette surveillance.
- Les entretiens effectués auprès du personnel soignant (médecine générale, tuberculose, laboratoire) du CHR et du service de santé militaire montrent la quasi absence de cas de VIH/SIDA connus, sauf quelques rares exceptions...

(3) L'intégration de la PEC du VIH/SIDA et des IST dans les autres programmes de santé est en cours, surtout en ce qui concerne le programme de Santé Familiale.

Au sein du PNLs, un centre de dépistage est ouvert et est fonctionnel. Une partie de son personnel est formée en counseling. Le dépistage se fait avec counseling. Le taux de dépistage très faible s'explique en grande partie par la faiblesse de la sensibilisation de la population à la promotion du dépistage et les forts propos stigmatisant et discriminant à l'encontre des PVVIH qui s'observent dans le pays. D'autant que le suivi psychosocial est embryonnaire.

Les ARV arrivant maintenant avec le Projet Fonds Mondial et le programme PTME (financé par l'UNICEF), il est impératif de garantir les bonnes conditions d'observance par la lutte contre la stigmatisation et aussi par l'assurance du suivi biologique notamment la numération des CD4.

Parmi les recommandations du GT ONUSIDA, celle prévoyant que les locaux du PNLs abritent aussi le PILS de Grande Comore n'a pas été suivie. Le coordinateur du PNLs a estimé que cela risquait d'entraîner une confusion entre les moyens alloués aux 2 structures, et de faire valoir que le PILS Grande Comore aurait été privilégié par rapport à ceux des deux autres îles.

La prise de conscience du SIDA dans la population comorienne est un fait acquis.

-Selon la récente enquête socio-comportementale, 95% des enquêtés "ont déjà entendu parler du SIDA" sur les 3 îles, hommes comme femmes. Ce taux est passé chez les femmes de 87% en 2000 (Enquête MICS 2000) à 95% en 2004. Mais cela ne signifie pas qu'ils sachent ce qu'il y a à savoir sur le SIDA. Par contre, cela sous entend que l'ensemble est informé de l'existence du SIDA aux Comores.

Quant aux modes de transmission du VIH, seuls 2% des répondants peuvent citer les 3 modes. Et 68%, au moins 1 mode. Mais à Anjouan, plus d'une personne sur quatre interrogées (26%) ne peut

citer aucun mode. La transmission sexuelle est le mode le plus souvent cité, puis le sang et enfin la TME. Mais on ne peut pas savoir à partir de cela, si les enquêtés "connaissant le mode de transmission sexuelle", comprennent les différents cas de transmission sexuelle.

Parmi ceux citant la transmission sexuelle, 59% savent la prévention par les préservatifs, 29% par la fidélité. Mais 48% sont sans avis sur le sujet... Si les enquêtés disent connaître massivement le préservatif (masculin), 46% ne savent pourtant pas où s'en procurer, et ceci surtout chez les femmes (55% vs 28% hommes). Ce qui relativise l'appréciation de leur "connaissance".

Le canal d'information le plus apprécié est de loin la radio (et la télévision), ensuite l'entourage proche (famille / amis). Par contre l'affichage et les associations sont cités en dernier. Et les enquêtés considèrent à 44% l'information insuffisante.

Enfin, seuls 10% des enquêtés connaissent une structure de dépistage* (et 7% ont été testés).

La "connaissance du SIDA" est superficielle, elle est à améliorer, à moins qu'elle se soit dégradée de 2000 à 2004. Parler de "chose acquise" pourrait donc nuire. Il faut actualiser la connaissance, la renforcer.

Tous les jeunes approchés citent les rapports sexuels non protégés comme mode de transmission du VIH, cependant des jeunes ne croient pas à l'existence du SIDA aux Comores pour n'avoir encore vu un cas.

Le GT ONUSIDA souligne que pour faire savoir que le SIDA existe, il faut compter aussi avec les interventions publiques officielles des Ministres et du Vice-Président. Le plaidoyer des autorités politiques a été effectif notamment lors des Journées Mondiales du SIDA 2003 et 2004, ainsi qu'à l'atelier de plaidoyer en mai 2003 (validant le rapport national du suivi de la déclaration de l'UNGASS et la proposition comorienne au Fonds Mondial).

Les "conceptions erronées sur le VIH/SIDA" testées auprès des femmes étaient de 3 ordres :
60% ignorent que le SIDA ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels (78% à Anjouan)
75% ignorent que le SIDA ne peut pas être transmis par des piqûres de moustiques
avec une différence entre les femmes en ville (65%) et celles à la campagne (77%)
(et 53% savent qu'une personne apparemment en bonne santé peut être infectée).

Mais pas de mesure de perception des risques de transmission par les gestes de la vie **quotidienne** (boire dans le même gobelet qu'une PVVIH, manger dans le même plat, dormir dans le même lit, utiliser les mêmes latrines, etc).

Les commentaires de l'étude socio-comportementale 2003-2004 soulignent parmi les difficultés rencontrées pour administrer l'enquête auprès des ménages tests, en 1^{er} le **sentiment de gêne des personnes sélectionnées**. "La grande difficulté étant de restreindre le sentiment d'incompréhension des ménages pour avoir été sélectionnés dans l'étude. Ces derniers se sentaient visés au point de **désserter le domicile** au passage du personnel de collecte".

Les **intentions d'attitudes discriminatoires** documentées en 2000 (MICS) **auprès des femmes** : 64% d'entre elles pensaient qu'un enseignant VIH+ ne devrait pas être autorisé à travailler, et n'achèteraient pas la nourriture d'une PVVIH. Ces attitudes décrites étaient plus vives à Anjouan que sur les autres îles (A:78%, GC:57%, M:69%), un peu plus vives en zone rurale (66%) qu'en ville (57%), et plus marquées chez les non scolarisées (73% // 62% école // 41% collège-lycée). Selon l'EIM 2004, 61% de la population générale refuseraient de travailler avec un(e) collègue séropositif/tive.

La connaissance du SIDA est à revoir au sein du personnel de santé, à propos des risques accidentels d'exposition. Car, parmi le personnel soignant, il est impensable de subir les discriminations d'accès aux soins dont sont victimes certaines PVVIH :

- un cas évoqué d'une femme en travail venant depuis Anjouan accoucher à Domoni, refoulée après qu'elle ait dit être séropositive,
- un responsable du milieu de la santé s'inquiétant de savoir s'il ne serait pas opportun de prévoir un "pavillon pour les sidéens" au cas où demain il s'en présenterait,
- un praticien racontant comment la confidentialité a été rompue le jour où un malade du SIDA est arrivé au service de médecine interne,

- des rumeurs courant sur une île de possible contamination d'un grand nombre de jeunes par une femme "soupçonnée" d'être séropositive pour être veuve d'un prétendu malade du sida étranger...
Autant d'indicateurs forts d'un réel malaise en milieu médical....

III.4. Un constat : Pas de suivi du PSN 2005-2009

Ceci est lié à l'insuffisance des ressources financières, pour la réalisation des activités de coordination et de suivi. Si ces activités sont réalisées, la participation de toutes les parties prenantes n'est pas assurée.

D'autre part la non réalisation des activités de coordination, suivi évaluation du PSN est le résultat de plusieurs facteurs:

1 - Non fonctionnement du CNLS,

2- Insuffisance de ressources humaines qualifiées au PNLIS et aux PILS. Le Programme de Lutte contre les IST/VIH/SIDA souffre d'absence de personnel pour soutenir la mise en œuvre du PSN et le suivi évaluation.

3 - Inexistence de plan sectoriel de lutte contre le VIH pour la mise en œuvre effective du PSN (Santé, Education, Santé militaire, ONGs) : absence de plan opérationnel pour la mise en œuvre effective du PSN

4 – Non diffusion du PSN

5 – Faiblesse du système d'information sanitaire de routine

III. 5. Recommandations de la revue à mi-parcours du PSN 2005-2009

La réactualisation du PSN 2005-2009 est intervenue après l'atelier de la revue à mi-parcours. L'atelier a recommandé d'intégrer les nouvelles approches de la lutte et de prolonger le PSN pour couvrir la période de la proposition (2008 – 2012).

- Il a été souligné l'urgence de la conception du Plan Opérationnel.

- La mobilisation des ressources doit démarrer dès le Plan Opérationnel arrêté, pour l'année 2008 en cours.

- L'affectation des ressources humaines liées à la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2008-2012 est recommandée.

IV. Analyse de la situation

IV.1. Capacités institutionnelles et organisationnelles

IV.1.1. Coordination et fonctionnement du PNL

Les Comores, pays à faible prévalence à VIH, se sont dotées de moyens institutionnels en vue d'une réponse coordonnée à l'épidémie. Depuis 1989, un programme national a été mis en place avec mission de coordonner les activités de lutte au niveau national. L'équipe de la direction du PNL est composée d'un coordonnateur chef de service, d'une chargée de l'information, d'un chargé de la formation, de 2 techniciens de laboratoire, d'une responsable des CDAG et d'une secrétaire.

Le programme abrite un Centre CDAG avec le dépistage de la syphilis. Il assure le test de dépistage et organise les enquêtes sentinelles. Un projet intitulé "centre de dépistage et de sensibilisation" élaboré en 1999 par le PNL et soumis à ONUSIDA a été retenu pour appuyer la création de ce centre.

La coordination est assurée au niveau central et des îles par le PNL et les PILS. Au niveau des îles, des points focaux sont recrutés à travers les subventions du Fonds Mondial (3^{ème} série). Ils ont entre autres missions d'appuyer le responsable du PILS de l'île dans la mise en œuvre des activités sur le terrain.

IV.1.2. CNLS et CILS

Le 1^{er} comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) a été mis en place en 1990 sans description claire des missions et obligations de l'organe.

Le décret présidentiel n°01/077/CE du 25 Juin 2001 a porté création, organisation et attribution du comité multisectoriel. Le conseiller aux affaires sociales du Chef de l'Etat assure la présidence. Il est composé de 10 membres. En 2002 il a organisé un atelier pour discuter des attributions et avoir l'engagement des différents secteurs. La 1^{ère} réunion s'est tenue en octobre 2004, à l'occasion des préparatifs de la journée mondiale de lutte contre le SIDA. Bien que ce comité ait une composition multisectorielle, aucun secteur ne s'est approprié ce programme.

Au niveau des 3 îles, des comités insulaires (CILS) ont été mis en place en 2003. Seul le comité de Mohéli tient régulièrement des réunions de coordination (3 fois par an). Le leadership est très faible au niveau de ces comités et une démotivation de ces membres est nettement observée. Leur connaissance sur le VIH/SIDA est très limitée. Faute d'assise nationale organisée depuis la création des CILS, les comités insulaires n'ont jamais été invités aux différents ateliers d'élaboration et de consensus des documents de stratégie.

IV.1.3. Les religieux

Au Comores, l'instance suprême est représentée par le **Muftorat**. Il a un rôle consultatif sur l'application des lois islamiques par rapport aux différents problèmes de société (ex : avortements sur mineures, viols,...). Depuis la mise en place du PNL, il participe aux différentes réunions de consensus des différentes stratégies en rapport avec le VIH. Bien que cette instance soit nationale, sa représentativité au niveau d'Anjouan et de Mohéli n'est pas observée.

Bien que certains mouvements radicaux importés se montrent hostiles à la promotion d'activités de lutte contre le SIDA, la majorité des religieux sont très favorables. D'ailleurs ils acceptent d'intégrer d'autres acteurs de la réponse au SIDA pour parler du préservatif à leurs cibles.

Ils demandent à être appuyés de façon régulière particulièrement par des ressources financières et à avoir un cadre de travail bien structuré. C'est pourquoi, on envisage d'élargir son champ d'action et intégrer les leaders coutumiers très influents dans la société comorienne.

L'Association Féminine de Bienfaisance Comorienne (ACBF) est un réseau de 7 associations qui regroupent près de 1000 membres "femmes religieuses", souhaitant s'impliquer dans la réponse au SIDA tout particulièrement pour les jeunes filles déscolarisées avec lesquelles l'AFBC dans la région de Bambao a des actions de formations en cours (60 filles en couture, cuisine, secourisme et 40 en informatique).

IV.1.4. Les mouvements associatif et communautaire

La base communautaire est très forte, particulièrement les associations féminines. Ce tissu associatif et communautaire peut devenir un ensemble d'acteurs importants. Il reste fondamental d'associer plus efficacement ces organisations traditionnelles à la réponse, d'utiliser leur implantation communautaire et de coordonner leurs initiatives.

IV.1.5. Le Groupe Thématique ONUSIDA

Le groupe thématique créé en 1996, est composé des représentants des organismes co-parrainants d'ONUSIDA représentés aux Comores et soutenant l'action nationale contre le VIH/SIDA : le PNUD, l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF, l'ONUSIDA, l'Union Européenne et la Coopération Française.

Le "Groupe Thématique élargi" fait appel aussi aux ONGS, à l'OPACO, à certains ministères et au PNLS. Il a comme mission de fournir un appui technique, de mobiliser les ressources et de favoriser les échanges régionaux et inter pays.

Un point focal ONUSIDA est recruté pour assurer le secrétariat du groupe thématique. La présidence tournante est actuellement assurée par l'OMS. Le groupe se réunit une fois par trimestre, et des rencontres extraordinaires peuvent se tenir en cas de nécessité.

Des efforts importants ont été déployés par le Système des Nations Unies pour accompagner le pays dans la lutte contre le VIH/SIDA.

IV.1.6. L'appui Régional

Au niveau régional, le pays au même titre que les autres pays de la sous région du sud ouest de l'Océan Indien bénéficie de l'apport des projets régionaux de lutte contre le VIH/SIDA (URSIDA – COI et AIRIS-COI). A travers ces projets, le pays a pu former des médecins référents et des paramédicaux pour la prise en charge des PVVIH. Il faut aussi noter l'acquisition du compteur CD4, le soutien pour le transfert des prélèvements à la Réunion pour le dosage de la charge virale des PVVIH. Ce qui contribue à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH. Le projet URSIDA a mis en place un fonds de solidarité thérapeutique.

IV.2. Situation épidémiologique

IV.2.1. Le VIH

Depuis 1996, le PNLS a instauré avec l'appui de l'OMS, un système de surveillance sentinelle chez les femmes enceintes. Cinq sites sentinelles ont été mis en place au début de la surveillance. La crise sociopolitique de 1997 à 2001, a fait que seuls les 2 sites de la Grande Comore ont fonctionné.

850 sérums sont prélevés au niveau de chaque site chez les femmes enceintes au cours des CPN de façon anonyme. L'équipe du laboratoire PNLS assure la collecte et les tests sont réalisés au niveau central.

Actuellement, après l'évaluation faite en 2004, chaque île représente un site et les centres de santé constituent des centres de prélèvement. Sur 6 enquêtes réalisées, 4 femmes ont été dépistées positives au VIH. La prévalence de la syphilis dans cette catégorie serait de 3,6%. La surveillance sentinelle de 2006 n'a révélé aucun cas de séropositif.

L'enquête sentinelle chez les porteurs d'IST a été initiée au début de la surveillance. Ce groupe fréquente peu les centres de santé à cause des préjugés et tabous qui entourent ces maladies.

Le nombre attendu n'a jamais été atteint, vu l'importance qu'occupe l'automédication.

Cette activité a été organisée et renforcée. Le suivi de certains groupes à risque (porteurs d'IST, les travailleuses de sexe et les femmes enceintes) reste encore une priorité.

L'Union des Comores est un pays à faible prévalence. Depuis le début de la surveillance de l'épidémie en 1988 jusqu'en décembre 2007, 97 cas d'infections au VIH ont été notifiés. La prévalence a été estimée à 0,025% dans la population générale par une enquête de 2003.

Répartition par sexe et par Tranche d'âge

| Tranche d'âge | Sexe | Masculin | Féminin | Total |
|-----------------|--------------|-----------|-----------|-----------|
| 0 - 14 ans | | 5 | 2 | 7 |
| 15 - 18 ans | | 1 | 1 | 2 |
| 19 - 24 ans | | 3 | 8 | 11 |
| 25 - 29 ans | | 7 | 14 | 21 |
| 30 - 34 ans | | 10 | 11 | 21 |
| 35 - 39 ans | | 7 | 3 | 10 |
| 40 - 44 ans | | 10 | 3 | 13 |
| 45 - 49 ans | | 0 | 0 | 0 |
| 50 ans et plus | | 2 | 0 | 2 |
| âge non indiqué | | 5 | 5 | 10 |
| | total | 50 | 47 | 97 |

Evolution des cas d'infection à VIH par année

| année | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| nouveaux cas | 3 | 0 | 4 | 4 | 6 | 6 | 7 | 7 | 0 | 4 | 4 | 6 | 10 | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | 9 | 8 |
| cas cumulés | 3 | 3 | 7 | 11 | 17 | 23 | 30 | 37 | 37 | 41 | 45 | 51 | 61 | 65 | 69 | 71 | 75 | 80 | 89 | 97 |

IV.2.2. Les IST

Les infections sexuellement transmissibles constituent la 5ème cause de consultation dans les structures sanitaires malgré la sous-déclaration liée au système de surveillance épidémiologique. Cette non notification systématique des cas et l'automédication observée rendent les données sur la prévalence des IST peu fiables.

Une enquête en 1996 a identifié les IST les plus fréquentes aux Comores : la gonococcie, la syphilis, les chlamydias et l'hépatite B.

Le protocole de prise en charge par l'approche syndromique n'est pas systématiquement appliqué.

Un guide de prise en charge a été élaboré ; médecins, infirmiers et sage-femmes ont été formés. L'absence de données nationales fiables ne permet pas de mesurer les efforts déployés ces dernières années.

L'enquête nationale réalisée en 2003 sur les groupes à risque a montré chez 29 hommes porteurs d'IST, un seul cas VIH+, soit une prévalence de 3,44%.

Prévalence des principales IST chez les patients y comprises les femmes enceintes

| Prévalence | chez les malades d'IST | chez les femmes |
|------------------|------------------------|-----------------|
| Agent infectieux | | |
| Gonocoque | 5.8 | - |
| Chlamydiae | 9.8 | 14.8 |
| Trichomonas | 6.5 | 6.4 |
| Syphilis | 4.4 | 5 |

PNLS mars 2001

IV.3. La sécurité transfusionnelle

La prévention de la transmission par voie sanguine est une des priorités du pays, mais le 1er draft donnant les orientations pour élaborer une politique nationale n'a jamais été finalisé. Le pays n'est doté d'aucune structure spécialisée dans la transfusion sanguine. Aucune disposition n'a été prise pour organiser le Centre National de Transfusion Sanguine, créé par décret n°01/130/CE le 27/12/2001. Seuls les laboratoires d'analyse médicale des hôpitaux font office de banques de sang. Cinq structures sanitaires (les CHR de Moroni; Fomboni, Hombo et les CMC de Mitsamiouli et Domoni) assurent la transfusion sanguine.

Seuls le VIH et l'hépatite B sont préalablement isolés du sang à transfuser au niveau des centres avec des techniques de dépistage différentes selon les structures. Deux chaînes ELISA ont été mises à disposition des CHR de Moroni et Hombo. Celui de Hombo ne fonctionne plus depuis plusieurs années.

Les autres structures utilisent des tests rapides. Seul le CHR El Maarouf dispose de réactifs pour le dépistage de l'hépatite C. Malgré les données actuelles montrant une prévalence du VIH très faible chez les donneurs de sang, l'inquiétude reste sur la sécurité totale du sang, vu la prévalence des hépatites B (3,14%) et C (2,57%) en 2007. En matière de contrôle de qualité, aucune organisation n'est mise en place.

Concernant le don du sang, le don familial est encore une grande source d'approvisionnement. Les dons de sang volontaires et anonymes ne se pérennisent pas. L'association des donneurs bénévoles qui regroupait une trentaine de jeunes ne fonctionne plus et le centre fait appel souvent aux militaires et aux volontaires du Croissant Rouge pour s'approvisionner. Au niveau du pays, seule l'OMS appuie l'achat des réactifs.

Toutefois, des ruptures fréquentes de réactifs sont souvent observées à cause de la non application des techniques de gestion des stocks.

Résultats des tests réalisés en 2007 pour le don du sang au laboratoire de l'hôpital El Maarouf

| Tests réalisés | nombre | positifs | négatifs |
|----------------|--------|------------|----------|
| HIV 1 et 2 | 1400 | 2 (0,14) | 1338 |
| Ag HBS | 1400 | 44 (3,73%) | 1356 |
| anti HCV | 1400 | 36 (2,57%) | 1364 |

IV.4. Prévention et IEC

La prévention a été définie comme axe prioritaire par le PNLS. Depuis sa création, le PNLS a développé la sensibilisation à travers l'Information, l'Education et la Communication (IEC) pour prévenir la transmission des IST/VIH/SIDA. Ces cinq dernières années, les sensibilisations ont visé les jeunes (par pair éducateur aux centres jeunes et à l'école), les femmes rurales (par causeries éducatives), et le grand public (par les médias en particulier les radios). La promotion des préservatifs est assurée avec la distribution à base communautaire dans les districts et auprès des travailleuses du sexe.

Plusieurs organisations sont impliquées dans les activités de prévention et de sensibilisation.

La plupart de ces activités sont réalisées par 4 ONGs nationales : l'ASCOBEF, le RNFD, le Croissant Rouge, TAS, et en plus par les ONG CAP et Stop Sida à Anjouan, le CRM à Mohéli et d'autres Associations locales.

IV.4.1. L'Association Comorienne pour le Bien Etre de la Famille (ASCOBEF)

L'ONG affiliée à l'IPPF, est membre du groupe thématique élargi ONUSIDA. Son principal objectif est de promouvoir l'espacement des naissances à travers la planification familiale. La promotion de la santé de la reproduction des adolescents et les jeunes est un de ses chantiers prioritaires. Les

activités ciblent surtout les jeunes en milieu scolaire et non scolaire avec ses 3 centres jeunes (1 par île) et par ses cliniques ouvertes à Moroni et à Mirontsy. Certaines agences des Nations Unies soutiennent l'Ascobef : L'UNICEF appuie un centre d'écoute, L'UNFPA appuie l'ASCOBEF avec des contrats de sous-traitance et le Fonds Mondial soutient ses activités de lutte contre le VIH/SIDA.

IV.4.2. Le Réseau National Femmes et Développement (RNFD)

Forte d'une centaine d'associations féminines communautaires, cette association n'a pas de moyens de fonctionnement du fait du paiement irrégulier des cotisations. Tous ses membres sont bénévoles et l'absence de personnel permanent rémunéré qui pourrait assurer la gestion des activités explique le manque de rapports réguliers des activités.

Cette ONG a pour principales missions de :

- promouvoir le statut social, économique et politique de la femme
- coordonner et soutenir les activités des associations membres.

Depuis la mise en place du programme, le RNFD a toujours été un partenaire privilégié du PNLS, en particulier dans la prévention auprès des femmes en milieu rural et des travailleuses de sexe à Moroni. Le RNFD intervient également auprès des jeunes ruraux et dans les quartiers.

En collaboration avec le PNLS, le RNFD a réalisé :

- des causeries éducatives auprès des femmes en milieu rural
- la participation aux activités de la journée mondiale de lutte contre le SIDA
- la sensibilisation et la distribution des préservatifs aux travailleuses de sexe

IV.4.3. Le Croissant Rouge Comorien

Largement représenté au niveau national, Il a dans chaque île est organisé en un comité régional et dans certains villages des Comités locaux. Il fait partie du Groupe Thématique élargi d'ONUSIDA et du Comité de Coordination des Mécanismes pour le Fonds Mondial.

Dans son programme de formation-sensibilisation, le VIH/SIDA est considéré comme thème prioritaire. Les activités sont axées sur : la distribution des préservatifs, la formation des pairs éducateurs, le don de sang dont la fidélisation des donneurs du sang est un de ses objectifs.

La sensibilisation à travers les pièces théâtrales est un des moyens utilisés.

Les jeunes animateurs de terrain ont peu de connaissances sur le sida, faute de formation continue.

IV.4.4. Tous pour Agir contre le Sida (TAS)

Cette association vient de se naître et travaille exclusivement sur le VIH au niveau de Ngazidja.

Elle fait la promotion du dépistage volontaire et la promotion des droits des PVVIH.

IV.4.5. Le FAWECOM

FAWECOM (section comorienne d'une ONG panafricaine pour la scolarisation des filles)

Cette ONG nationale implantée sur les 3 îles, opère à Anjouan et à Mohéli en partenariat avec le RFD (et l'ONG CAP à Anjouan), et avec les conseils d'école primaire. L'IEC SIDA a commencé depuis 2003, notamment lors de la célébration de la Journée Internationale de la Femme avec des causeries dans les villages et les quartiers. Dans certains collèges (3 à Mohéli) des clubs de filles sont créés qui permettent de suivre régulièrement certaines filles en situation de vulnérabilité aiguë (ex : grossesses non désirées, etc). Les messages sont également diffusés par les troupes théâtrales de jeunes filles.

IV.4.6. L'ONG CAP (Collaboration-Action-Pérennisation)

Cette ONG d'Anjouan œuvre depuis 1999 dans le Développement sur l'accès :

- aux services de base,
- à l'eau potable,
- à une éducation de qualité,
- à des services de santé de qualité,
- à la réinsertion sociale de jeunes en difficulté,
- et à la formation/structuration d'acteurs de développement.

Sur 4 préfectures de l'île (en particulier celle de Nioumakélé qui est la plus pauvre), CAP est connue pour ses ressources humaines et ses partenaires financiers étrangers (3 ONGs françaises, l'Ambassade de France à Moroni et l'UNICEF des Comores).

Son "Espace Shababi" situé à Ouani, monté en collaboration avec l'Association pour le Développement Communautaire de Ouani, permet aux jeunes déscolarisés de venir s'amuser et s'éduquer. Ce centre est doté de plusieurs locaux où sont menées des AGR (restaurant, lingerie, salle de conférence équipée, ...).

Cette ONG est dotée en outre d'un budget de 40 M KMF, d'un véhicule et de 2 motos. 3 jeunes animateurs s'occupent de la sensibilisation à l'Espace Shababi et dans 5 villages cibles. L'IEC SIDA a démarré dans ce cadre et des préservatifs sont distribués régulièrement.

IV.4. 7. Stop Sida

Cette association vient de se naître et travaille exclusivement sur le VIH au niveau de Ndzouani.

Elle fait la promotion du dépistage volontaire et la sensibilisation de la population.

IV.4.8. L'Association des Jeunes Troupes Théâtrales

Trois jeunes troupes théâtrales (1 par île) et deux groupes musicaux (Grande Comore, et Anjouan) ont mené des sensibilisations sur la lutte contre le SIDA, à travers leurs représentations de pièces de théâtre et leurs concerts de rap. Au cours de l'année 2004, ces jeunes ont réussi avec le soutien de l'UNICEF, à effectuer un total de 25 tournées dans les villages.

Les messages principaux véhiculés ont été axés sur : la lutte contre la stigmatisation des PVVIH, l'abstinence chez les jeunes et la fidélité, l'utilisation des préservatifs (avec démonstration de port sur mannequin de bois). Le public étant surtout jeune, aucun élément présenté n'est choquant et les prestations attirent les amateurs de rap et de théâtre. Les séances finissent par une séquence de questions-réponses sur le thème traité.

IV.5. La vulnérabilité des groupes à risque

IV.5.1. Les travailleuses du sexe

Aux Comores, la prostitution n'est ni légale ni autorisée. Mais l'enquête réalisée en 1994 par le PNLS en collaboration avec le RNFD a identifié à Moroni une centaine de femmes déclarant faire le travail du sexe. Depuis, des actions de sensibilisation et de distribution de préservatifs sont menées auprès de ces femmes. Deux pairs-éducatrices collaborent avec le PNLS surtout en approvisionnement et distribution des préservatifs. Les actions sont ponctuelles.

L'enquête de séroprévalence réalisée en 1998 donnait un cas de séropositivité dans ce milieu et 7% d'entre elles étaient porteuses d'IST.

L'enquête de 2003 a révélé un cas de séropositivité dans ce milieu avec un taux élevé d'IST. Le plus inquiétant, c'est le nombre de TS qui a doublé.

IV.5.2. Les porteurs d'IST

Les IST sont considérées comme maladies honteuses. La fréquentation des centres de santé par ces malades est rare. Les données nationales sont peu fiables. Les structures sanitaires sont peu adaptées aux jeunes.

Les Comores se situant parmi les pays à faible prévalence; la nécessité d'organiser la surveillance par notification des cas et par enquête sentinelle est prioritaire. L'ONG ASCOBEF a mis en place deux cliniques pour la santé de la reproduction à Moroni et Mirontsy. Sa fréquentation est croissante et les jeunes peuvent y trouver un cadre de prise en charge plus adapté à leur besoin.

IV.5.3. Les militaires

L'armée comorienne est constituée de plus de 1600 hommes. Des activités de prévention et de distribution de préservatifs sont organisées au sein du Service de Santé Militaire en collaboration avec le PNLS.

Le dépistage chez les militaires se fait soit par la stratégie avancée du PNLS, soit lors du recrutement, soit au départ à l'étranger en stage de longue durée, ou bien lors du don du sang.

Deux cas ont été dépistés séropositif en (1998 et 2007) ;

En 1998, au service de santé militaire, une consultation sur 4 était une IST (gonococcie ou syphilis). Après ce constat, des mesures importantes de prévention, de sensibilisation et de distribution de préservatifs ont été renforcées au niveau de l'armée.

IV.5.4. Jeunes (milieux scolaire et déscolarisé, urbain et rural)

Dans le Monde, plus de la moitié des nouvelles infections à VIH se produisent chez les jeunes de 15-24ans. Ils sont considérés comme "groupe à risque" du fait de leur comportement naturellement lié à l'apprentissage de la vie et de la sexualité.

Aux Comores, plus de 57% de la population ont moins de 20 ans. Parmi les priorités du pays en matière de lutte contre le SIDA, la jeunesse occupe une place importante. Depuis 1997, des actions ont ciblé les jeunes en milieu scolaire et non scolaire.

D'autre part, l'engagement de l'Etat s'est traduit ces dernières années par la reconnaissance des droits des enfants.

IV.5.4.1. Jeunes scolarisés

L'engagement politique manifesté a été traduit par la désignation des points focaux pour la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire au sein des Ministères de l'Education Nationale et des Iles. Instituteurs, professeurs des collèges et lycées ainsi que conseillers pédagogiques ont bénéficiés des formations sur les IST/ VIH/ SIDA. Des modules de formations ont été intégrés dans le programme d'enseignement. Des clubs antisida ont été formés et mis en place dans des établissements scolaires publics et privés. Aujourd'hui 200 établissements scolaires ont intégrés des modules sur les IST/VIH/SIDA.

IV.5.4.2. Jeunes non scolarisés et déscolarisés

Le taux de déscolarisation aux Comores est élevé. Seulement 24,2% des élèves inscrits en 1ère année du primaire arrivent en 5ème année. La majorité de ces jeunes non scolarisés ou déscolarisés viennent chercher à Moroni des petits emplois (marchands; apprentis mécaniciens, menuisiers etc).

Le RNFD organise des petites activités génératrices de revenus (couture, pâtisserie, etc) en faveur des jeunes filles déscolarisées ou non scolarisées. L'ASCOBEF fait de même à Moroni.

Les actions de prévention en faveur de ce groupe ciblé sont peu nombreuses, hormis l'organisation de causeries et conférences-débats dans les villages.

IV.6 Les HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes)

La pratique de l'homosexualité est un phénomène existant depuis longtemps aux Comores. Malgré cela, compte tenu de la discrimination et la stigmatisation dont les HSH font l'objet, aucun programme de prévention à leur endroit n'a pu être mis en place. En 2008, une étude sur les MARPs réalisée par l'ONUSIDA nous a permis de le confirmer.

Aux Comores la quasi-totalité des HSH sont des bisexuels et constituent un pont de transmission importante du virus entre ce groupe et la population générale. Ce qui explique l'importance donnée à cette population. Un programme de prévention incluant des séances de sensibilisation par pairs informelle, la distribution des préservatifs et les lubrifiants à bases d'eau, s'avère nécessaire pour prévenir la propagation.

IV.7. Genre et VIH/SIDA

Aspect traité transversalement dans l'ensemble du document

Prévention de la Transmission Verticale

Depuis 2006, la PTME a été introduite pour prévenir la transmission mère enfant dans 5 sites pilotes. Une surveillance sentinelle est organisée chaque année dans les services de CPN. La prévalence est la même qu'au niveau de la population générale ; 6 cas ont été notifiés depuis la mise en place de la surveillance. En 2007, sur 1081 femmes testées, aucun cas de séropositif n'a été notifié.

IV.8. Milieu du travail

Jusqu'ici, du fait de la faible prévalence pour les pays de l'Océan Indien, les organisations de travailleurs et d'employeurs ont peu participé à la prévention. Mais les facteurs croissants de vulnérabilité des travailleurs ont amené la Confédération des Organisations d'Employeurs de l'Océan Indien à anticiper les effets dramatiques de l'impact économique du SIDA dans le monde du travail, en collaboration avec le BIT, la Fédération des Employeurs de Maurice et l'Organisation Internationale des Employeurs.

L'atelier sous-régional de délégués employeurs de cinq pays (Comores, Maurice, Madagascar, Réunion et Seychelles), les 18-19 mai 2004 à Maurice, a commencé à apporter une réponse d'employeurs à la propagation de l'épidémie, tenant compte des contraintes stratégiques et enjeux spécifiques à la sous-région (tourisme, augmentation d'utilisation de drogues, mobilité des travailleurs, intégration progressive des économies, impact grandissant du VIH sur la productivité du travail, la rentabilité des entreprises et la compétitivité interne/externe des économies sous-régionales).

La prise de conscience de la menace VIH/SIDA sur les entreprises a été très forte. D'où une très forte demande de conseil technique et appui financier, en planification stratégique/opérationnelle, pour apporter une réponse durable, concertée et intégrée dans la sous-région. L'urgence d'organiser, pour les entreprises, une riposte efficace au VIH/SIDA adaptée aux besoins spécifiques des entreprises identifiés au cours de l'atelier a amené les organisations d'employeurs à s'engager officiellement à mettre en place un programme pour une "riposte entreprise" efficace, axée notamment sur l'accroissement du degré de sensibilisation, d'information des chefs et cadres d'entreprise, des personnels de santé, de l'ensemble des travailleurs œuvrant dans l'entreprise et de leurs familles.

Aux Comores, 30 entreprises (membres de l'OPACO) sont ciblées par un projet BIT/COI de 3 ans destinés aux jeunes dirigeants d'entreprise et femmes chefs d'entreprise, dans les secteurs moderne ou informel. Il s'agira d'accroître les capacités des partenaires sociaux pour lutter contre l'opprobre et la stigmatisation par la prévention/éducation sur les lieux de travail. Des fonds ont été accordés à l'OPACO en 2006 par les partenaires (Fonds PAF) pour la sensibilisation du patronat et l'élaboration d'un plan d'action de lutte contre le VIH/SIDA en milieu de travail.

IV.9. Toxicomanie

Aux Comores, des consommateurs se trouvent dans tous les milieux (rural et urbain, jeunes chômeurs et hommes d'affaires). 60% des prostituées de Grande Comore useraient de stupéfiants. Les principaux produits consommés dérivent du cannabis et depuis peu des cas de cocaïne ont été relevés. Le cannabis consommé provient pour 65% d'importations (malgache et tanzanienne) et pour 35% de production comorienne. Parmi les revendeurs, moins de 6% sont âgés de 11 à 14 ans et 29% des enfants interpellés ont entre 15 et 19 ans. Les femmes représentent 16% des trafiquants.

Depuis 1995, la Coopération Française appuie les actions menées par la Brigade Mixte Anti-Drogue. La répression est la voie principale d'intervention des policiers, mais la prévention a commencé à s'organiser en milieu associatif, où la prise en compte des drogués est perçue comme une maladie.

L'absence de cas (sauf seringues découvertes ayant servi à des injections de drogue, il y a quelques années sur des plages fréquentées par des touristes) de consommation de drogues injectables ne doit donc pas faire baisser la vigilance sur les conséquences comportementales de l'usage de stupéfiants notamment pour les jeunes, s'agissant des facteurs de risque d'exposition au VIH.

IV.10. Migration

Parmi les déterminants majeurs de propagation du VIH aujourd'hui connus, l'un des plus importants est la migration de la population. Les Comores présentent des facteurs de risque notamment :

- Une population importante de nationaux vivant à l'étranger revenant au pays pendant les vacances (notamment les jeunes)
- Des échanges commerciaux avec des pays de la région fortement affectés.

C'est pourquoi un accent particulier doit être mis à l'endroit de la diaspora et des commerçants.

IV.11. Transporteurs/Chauffeurs de taxi.

Compte tenu des comportements de ce groupe

V. Principaux partenaires au Développement et domaines d'intervention.

Le PNLS bénéficie du soutien des partenaires suivants :

- L'OMS intervient par un programme biennal de soutien à la surveillance épidémiologique, à la sécurité du sang et par la participation des responsables aux rencontres régionales et internationales
- L'UNICEF intervient dans la sensibilisation des jeunes et sur la PTME
- L'UNFPA appuie les centres jeunes ASCOBEF et assure la disponibilité des préservatifs au pays
- Le PNUD appuie le PNLS sur le plaidoyer et le renforcement institutionnel
- Le Fonds Mondial finance un projet axé sur :
 - la prévention des jeunes en milieu scolaire et non scolaires,
 - Prise en charge des IST chez les professionnels du sexe
 - l'achat des ARV et des consommables
- L'ONUSIDA par le Groupe Thématique apporte un appui technique au PNLS dans l'élaboration des stratégies de lutte et dans la mobilisation des ressources
- La Commission de l'Océan Indien contribue au renforcement de la réponse nationale, au soutien technique et matériel, à la formation des médecins et des paramédicaux sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

VI. Analyse de la Réponse

| | Forces | Faiblesses | Opportunités | Menaces |
|-----------|---|---|---|--|
| Politique | Cadre légal/structurel Institution du nouveau cadre stratégique PNLS logé Engagement national et insulaire Engagement des partenaires | Ressources humaines (qualité, quantité) Ressources financières Matériels / équipements/communications Répartition des compétences PILS/PNLS (1) Pas de "motivation" du CNLS (2) | SIDA inscrit comme priorité dans la politique nationale et dans le DSRP Colloque VIH océan indien à Moroni en 2007 Réconciliation nationale Engagement des Oulémas Organisation | Textes de loi non appliqués Cadre institutionnel fragile. Conflits de compétence |

| | | | | |
|---------------------|---|--|--|---|
| | | | <p>associative et réseaux</p> <p>Existence de parlements et de la Cour Constitutionnelle</p> <p>Texte juridique et légal pour la protection des PVVIH en attente d'adoption</p> | |
| Econo- -mique | <p>Engagement des partenaires au développement</p> <p>Inscription d'une ligne budgétaire VIH/SIDA dans le budgets national et insulaire</p> <p>Subvention des Fonds Mondial disponible</p> <p>Implication du secteur privé dans la lutte contre le VIH/SIDA</p> | Fonds alloués mais difficilement mobilisables | <p>Adoption du Budget national consolidé</p> <p>Apport de la diaspora (soutien AGR)</p> <p>Document DSRP actualisé et finalisé</p> <p>Développement d'un système de micro crédit</p> | <p>Pauvreté</p> <p>Irrégularité du paiement des salaires</p> <p>Chômage, Exode rural</p> <p>Secteur privé limité</p> |
| Socio Culturel | <p>Développement du tissu associatif et communautaire</p> <p>Implication des religieux</p> <p>Foyers de jeunes (villages/quartiers) et CLAC existants dans tout le pays</p> | <p>Relâchement du contrôle social et des valeurs culturelles</p> <p>Non implication des chefs de village</p> <p>Insuffisance de l'action communautaire</p> | <p>Cohésion sociale</p> <p>Régulation par les autorités religieuses</p> <p>Apport de la diaspora</p> <p>Statut matriarcal de la femme</p> <p>Coutumes</p> <p>Virginité au mariage</p> <p>Solidarité</p> <p>Pas d'enfants de la rue</p> <p>Pas de drogues injectables</p> | <p>Exode des personnes ressources de la fonction publique (car non payées)</p> <p>Risque d'incompréhension de religieux importés (3)</p> <p>Prostitution clandestine en progression</p> <p>Migrations vers pays affectés par le SIDA</p> <p>Augmentation des divorces</p> |
| Techno- -logique | Médias communautaires | Insuffisance de la transmission des messages | Désenclavement régional | Vols directs avec pays proches très |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | Existence des structures sanitaires Disponibilité des préservatifs Moyens de dépistage | | Internet pas à la portée de tout le monde Dimensions des îles | touchés Tourisme incontrôlé (4) TVs incontrôlées Forte imitation des cultures étrangères |
|--|--|--|--|---|

- (1) non adaptation du cadre structurel
- (2) cadres administratifs payés tous les 6 mois (donc problème de paiement des frais de transport) et par manque de plan d'action
- (3) les nouveaux courants religieux importés s'opposent aux préservatifs, mais contribuent à la lutte par l'abstinence prônée comme seul moyen !
- (4) particulièrement, tourisme de masse, tourisme sexuel

Politique "préservatifs"

La distribution à base communautaire est devenue courante. On trouve des préservatifs masculins gratuits dans les centres de santé sur les 3 îles. Les préservatifs féminins peinent à être acceptés par la population. Ces préservatifs servent à la fois au programme de santé reproductive / planification familiale et au PNLS/PILS. La demande augmente partout, liée à un attrait des jeunes gens et moindre des filles qui passent probablement plus facilement par leur(s) partenaire(s) pour accéder au condom.

Les Directions Générales de la Santé depuis 2000 centralisent le stock et le gèrent en fonction des demandes leur venant des formations sanitaires des districts. Les programmes techniques (SR/PF/PNLS-PILS) qui l'associent à leurs technologies de prévention, mettent les préservatifs également à disposition des ONGs, OACs, et radios communautaires qui les distribuent au même titre que les formations sanitaires. Mais les projets soutenus par l'UNFPA ont leurs propres sources d'approvisionnement. D'où la difficulté jusqu'ici de savoir régulièrement et efficacement combien de préservatifs sont disponibles/demandés.

L'évaluation de la pratique menée en 2003 dans le cadre de l'enquête de prévalence sur l'échantillon approché conclut à 90% de personnes "ayant entendu parler du condom" (93% Grande Comore et Mohéli / 86% Anjouan), mais à 46% de personnes ne sachant pas où s'en procurer (54% GC / 41% A, 21% M), et à seulement 21% d'utilisateurs pour des rapports sexuels (28% G C et M, 11% A) sachant que le motif avancé se répartit entre 12% prévention IST/VIH et 7% contraception. Le lieu de distribution le plus connu est l'hôpital ou le centre de santé. D'autres données de la même étude indiquent 85% de non utilisation et expliquent cela par d'abord une vie sexuelle à mono-partenaire, mais ensuite par d'"autres raisons" non identifiées (différentes de "oubli", "inconfort", "refus partenaire", "méconnaissance", "inutile")...

En conclusion de l'analyse de la situation, le constat de la prévalence faible aux Comores est le résultat d'une combinaison de facteurs qui viennent d'être analysés et dont la réactualisation du nouveau plan stratégique va tenir compte.

- La situation géographique des Comores et son caractère insulaire ont limité les flux de migration ; par conséquent, le pays n'a pas été en contact avec « le chemin du virus »
- L'émigration (facteur de risque VIH) est forte vers les pays de la sous région (Afrique de l'Est, Afrique du sud...) hautement touchés; ce qui impose une vigilance accrue.
- La pauvreté au sein de la population comorienne (facteur d'explosion), est allégée par la réponse sociale dans ses différentes formes de solidarité qui inhibent l'explosion du VIH
- La nature de sa culture (forces de la cohésion familiale, matriarcat et place de la femme dans la société comorienne) a favorisé le maintien de certaines valeurs sociales qui protègent la femme contre la propagation du VIH
- La religion musulmane qui régit la société comorienne encourage activement les valeurs familiales et sexuelles aptes à réduire la transmission du VIH
- La politique nationale de santé a placé le VIH comme une priorité et les efforts du gouvernement dans la mobilisation des ressources sont croissants
- De nombreux progrès ont été notés dans la promotion de l'éducation de la petite fille et l'enseignement du VIH/SIDA est intégré dans le cursus scolaire.

L'objectif général est de maintenir l'Union des Comores parmi les pays à faible prévalence (moins de 0,05 %)

Les 5 axes stratégiques définis par approche participative :

- Axe stratégique 1 : LEADERSHIP
Engagement, plaidoyer, mobilisation et affectation des ressources
- Axe stratégique 2 : PREVENTION ET MOBILISATION SOCIALE
Tech. IEC, éducation par les pairs, préservatifs, supports didactiques, précautions universelles, PTME
- Axe stratégique 3 : PRISE EN CHARGE, SOINS, SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT
Traitement, soins et soutien, Prise en charge des IST, dépistage, prise en charge global des PVVIH
- Axe stratégique 4 : SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE
- Axe stratégique 5 : COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION
Supervision, monitoring, réunions, étude et recherche,

Les cibles prioritaires :

Axe stratégique 1 :

- Religieux
- Autorités politiques
- Diaspora
- OPACO
- Départements ministériels
- Société d'Etat
- Artistes
- Réseau mutualiste de santé (MS)

Axe stratégique 2 :

Cibles primaires

- jeunes scolarisés et non scolarisés,
- femmes en âge de procréation,
- travailleuses du sexe,
- voyageurs/commerçants/hôteliers
- Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)
- militaires et détenus
- Taximan

Cibles secondaires

- enseignants,
- personnel médical et paramédical,
- Religieux,
- PVVIH
- Milieu syndical
- ONGs
- OPACO

Axe stratégique 3 :

- PVVIH,
- Porteurs IST,
- Femmes enceintes,
- Tuberculeux
- Donneurs de sang
- Travailleuses de sexe
- Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)
- Jeunes 10-24 ans
- Militaires et détenus
- Familles affectées
- Nouveaux-nés de mère séropositive

Axe stratégique 4 :

- Surveillance épidémiologique
- Enquêtes

Axe stratégique 5 :

- CNLS/CILS
- PNLS/PILS
- Départements ministériels
- Structures sanitaires
- CGPlan
- Partenaires

VIII. CADRE LOGIQUE

A- Objectif Général

| Objectifs Stratégiques | Résultats | Indicateurs Objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Hypothèses |
|---|---|--|-------------------------------|--|
| 1. Maintenir l'Union des Comores parmi les pays à faible prévalence (moins de 0,05%) | * taux de prévalence du VIH/SIDA est <0,05% en 2012 | * taux de prévalence du VIH/SIDA | * Bulletin Epidémiologique | <ul style="list-style-type: none">• Disponibilité des ressources humaines et financières |

B-Objectif de la mise en œuvre

1. LEADERSHIP : Engagement, plaidoyer, mobilisation et affectation des ressources

| Objectifs Stratégiques | Résultats Attendus | Indicateurs Objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Hypothèses |
|-----------------------------------|---|--|---|------------|
| 1. Renforcer le leadership | <ul style="list-style-type: none"> • 01 Comité National de Lutte contre le SIDA fonctionnel • 01 Secrétariat exécutif fonctionnel • 03 Comités insulaires de Lutte contre le SIDA réactualisés et fonctionnels • 02 comités des religieux à Moili et Ndzouani pour la lutte contre le VIH/SIDA mis en place et fonctionnels • Capacités des religieux sur le VIH/SIDA renforcées • Réunions de plaidoyer avec le patronat et les milieux syndicaux organisés • Elus (parlementaires + conseillers municipaux) sensibilisés sur la problématique du VIH et le droit de l'homme • Fonds de solidarité pour la lutte contre le VIH/SIDA à travers les mairies, les communes, la diaspora, l'OPACO, l'UCCIA... crée • Fonds alloués à la lutte contre le VIH décaissés | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures fonctionnelles mis en place • Nombre de session de sensibilisation et de formation organisées. • Nombre des réunions tenues • Nombres d'élus sensibilisés • Nombre des organisations et institutions mettant en place le Fonds • Pourcentage des fonds décaissés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports • Procès verbaux • Soutiens des syndicats et du patronat • Fiches de décaissement | |

2- PREVENTION ET MOBILISATION SOCIALE:

Tech. IEC - Education par les pairs - Préservatifs –
 Supports didactiques - Précautions universelles, Dépistage,
 PTME, Sécurité transfusionnelle

| Objectifs Stratégiques | Résultats Attendus | Indicateurs Objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Hypothèses |
|-------------------------------|---|---|--|---|
| 1. Renforcer l'IEC/CCC | <ul style="list-style-type: none"> • Service de production scrypto-audiovisuel fonctionnel | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du local, de matériels de production et de consommables bureautiques | <ul style="list-style-type: none"> • Note d'affectation d'un local • Inventaire | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un local • Disponibilité des fonds |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Supports didactiques disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'affiches, des autocollants, des Tee shirt, des CD, des Calendriers des casquettes, des dépliants, des panneaux, des spots, des reportages, des films, des chansons, des théâtres, , | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de distribution • • | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens • • |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Services IEC équipés en matériels et consommables | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de service IEC équipés | <ul style="list-style-type: none"> • Décharges / Bon de réception | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation de la population à travers tous les canaux disponibles et accessibles | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de campagne et d'activités de sensibilisation réalisées par les différents canaux • 100 émissions radiodiffusées/télévisées et 100 articles parus dans la presse écrite • Accord de partenariat avec 30 médias publics et communautaires | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités • Parution dans les médias | <ul style="list-style-type: none"> • Adhésion des différents canaux |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 12 pièces théâtrales sur le genre et le VIH/SIDA réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pièces théâtrales réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Supports disponibles |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 200 tournées de troupes théâtrales organisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de tournées théâtrales réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Supports disponibles |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 4 films documentaires réalisés | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de films documentaires | <ul style="list-style-type: none"> • Casette et CD disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Supports disponibles |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 18 concerts des jeunes organisés pendant les vacances scolaires | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de concerts réalisés | <ul style="list-style-type: none"> • Casette et CD disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Supports disponibles |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 30 tournois sportifs organisés | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de tournois réalisés | <ul style="list-style-type: none"> • PV des matchs | <ul style="list-style-type: none"> • Trophées remises |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Réseau national de journalistes pour la lutte contre le VIH/SIDA mis en place | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre des journalistes inscrits au réseau • | <ul style="list-style-type: none"> • Procès verbal de l'assemblée constitutive • | <ul style="list-style-type: none"> • Bonne perception de l'importance du réseau par les journalistes |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pairs éducateurs des différents secteurs formés | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pairs éducateurs formés par secteur | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des différents secteurs |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 3000 modules pour les pairs éducateurs des différents secteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de modules diffusés | <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de distribution | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de moyens |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | élaborés et diffusés | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Stratégie nationale de communication en VIH/SIDA élaboré | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du document | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de l'atelier de validation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un consultant international |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Actions de sensibilisation (causeries, conférence débat) réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de causeries organisées • Nombre de conférence débats organisés | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Réseaux nationaux des pairs éducateurs par secteurs mis en place | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réseau constitué | <ul style="list-style-type: none"> • Procès verbaux | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des différents secteurs |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Actions de sensibilisation (avec le syndicat les chauffeurs, TS, HSH, entreprises privées, les corps habillés) réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'action de sensibilisation auprès des chauffeurs mené • Nombre d'action de sensibilisation auprès des TS mené • Nombre d'action de sensibilisation auprès des HSH menés • Nombre d'action de sensibilisation auprès des corps habillés mené • Nombre d'action de sensibilisation auprès des entreprises privées mené | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des chauffeurs, des TS, des corps habillés et des entreprises privées |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Enseignement des IST/VIH/SIDA et création des clubs antisida étendus dans toutes les écoles | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'école bénéficiant l'enseignement des IST/VIH/sida • Nombre des clubs antisida créés • Nombre de commissions pédagogiques dotées de | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des modules IST/VIH/sida dans le curricula • Procès verbaux des assemblées constitutives des clubs | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des syndicats des enseignants et des associations parent-maitres • Implication des coopératives scolaires et des responsables |
|--|---|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | moyens logistiques <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunion de supervision réalisée par les conseils pédagogiques • Nombre d'enseignants formés • Nombre de manuels et guides produits et distribués | | des établissements |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Capacité des Associations de lutte contre le VIH SIDA renforcée • | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'associations bénéficiant d'appui matériel • Nombre d'associations ayant bénéficiés des formations | <ul style="list-style-type: none"> • Décharges / Bon de réception • • Rapports des formations | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des fonds |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation sociale à travers les grands événements renforcée | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de journées mondiales de lutte contre le SIDA organisé • Nombre d'événements intégrant la thématique VIH/SIDA réalisés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des différents partenaires |
| 2- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs | <ul style="list-style-type: none"> • Préservatifs masculin et féminin disponibles dans les îles | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre des ruptures de stocks | <ul style="list-style-type: none"> • Fiches de stock | <ul style="list-style-type: none"> • Régularité des commandes |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Marketing social des préservatifs réalisé | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de campagne de promotion de préservatifs réalisé • Nombre de prospectus de promotion et d'utilisation des préservatifs féminins produits • Nombre de maquette pénis en bois produits | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sites de distributions des | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de sites qui distribuent de | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de distribution | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------|--|--|
| | préservatifs augmentés de 80 % | préservatifs | | |
|--|-----------------------------------|--------------|--|--|

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100% des agents de distribution des préservatifs sont formés | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des agents de distribution de préservatifs formés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des modules de formation |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100% des sites de distribution des préservatifs sont dotés d'outil de gestion | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des sites de distribution dotés d'outils de gestion | <ul style="list-style-type: none"> • Fiches de distribution/ fiches de stocks | <ul style="list-style-type: none"> • Production des outils |
| 3- Renforcer la promotion des précautions universelles | <ul style="list-style-type: none"> • 65 % du personnel de santé des milieux hospitaliers et des CDAG sont formés sur la prévention des AES | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion du personnel formé sur la prévention des AES | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des modules de formation |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Guide des normes sur les précautions universelles élaboré, produit et diffusé | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du guide des normes | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de l'atelier de validation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100% des agents formés appliquent les normes de prévention des AES | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des agents appliquant les normes | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de supervision | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilités de matériels |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 80 % des CHR, des CMC et des CSD ont la capacité de prévention des AES | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de structures de santé ayant la capacité de prévention des AES | <ul style="list-style-type: none"> • Inventaires des services | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité en ressources matérielles |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des centres de références possèdent des Kits d'ARV pour la prise en charge des AES | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des centres de référence disposant des kits | <ul style="list-style-type: none"> • Liste des médicaments disponibles • Disponibilité des kits | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ARV |
| 4- Renforcer la qualité de la transfusion sanguine | <ul style="list-style-type: none"> • 3 banques de sang au niveau des îles sont mises en place et fonctionnels | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de banque de sang fonctionnel | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines et matérielles disponibles |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des banques de sang assurent un dépistage systématique des dons de sang pour VIH, Syphilis, hépatite B et C | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de banques de sang qui assurent le dépistage systématique des dons de sang pour VIH, Syphilis, hépatite B et C | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilités des réactifs |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des poches de sang transfusées sont testées pour le VIH, la Syphilis, les hépatites B et C | <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des dons de sang testés pour VIH, Syphilis, hépatite B et C | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des réactifs |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100% des techniciens de laboratoire des CHR et CMC sont formés en technique | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de techniciens de laboratoires formés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de formation disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des modules |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | transfusionnelle | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100% des Centres de transfusion sanguine sont approvisionnés en réactifs pour le dépistage du VIH, Hépatite B/C, Syphilis et poches de sang | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de centres de transfusion approvisionnés | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des réactifs | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des réactifs |

3. PRISE EN CHARGE, SOIN, SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT

Traitement, soins et soutien, Prise en charge des IST, dépistage, prise en charge global des PVVIH

| Objectifs Stratégiques | Résultats Attendus | Indicateurs Objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Hypothèses |
|---|---|--|--|---|
| 1- Renforcer les capacités techniques du personnel de santé sur la PEC des IST | <ul style="list-style-type: none"> 80 % des médecins, infirmiers et sages-femmes en charge des consultations dans les structures publiques et privées sont formés à l'approche syndromique pour la prise en charge des IST | <ul style="list-style-type: none"> Proportion de personnels formés dans les structures | <ul style="list-style-type: none"> Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des protocoles IST |
| | <ul style="list-style-type: none"> 80 % des personnes se présentant dans les structures pour une IST sont traités selon l'approche syndromique | <ul style="list-style-type: none"> Proportion des personnes traitées suivant l'approche syndromique | <ul style="list-style-type: none"> Enquête IP6 / IP7 | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des guides IST Supervision régulière |
| | <ul style="list-style-type: none"> 90 % de centres de santé de districts font le dépistage systématique de la syphilis chez la femme enceinte | <ul style="list-style-type: none"> Proportion de structures qui assurent le dépistage de la syphilis | <ul style="list-style-type: none"> Registre de consultation | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des réactifs |
| 2- Rendre disponible des Kits de prise en charge des IST dans les structures sanitaires et les cliniques ASCOBEF | <ul style="list-style-type: none"> 80% des structures sanitaires publiques et cliniques ASCOBEF ont des Kits IST | <ul style="list-style-type: none"> Proportion de structures publiques et cliniques ASCOBEF disposant des Kits | <ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des Kits |
| 3. Doter les structures sanitaires en réactifs pour les IST | <ul style="list-style-type: none"> 100 % des structures sanitaires sont dotés en | <ul style="list-style-type: none"> Proportion de structures sanitaires dotées de | <ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des réactifs |

| | réactifs pour les IST | réactifs | | |
|---|--|--|--|---|
| 4. Rendre disponible les Guides de prise en charge des IST | <ul style="list-style-type: none"> 80 % des prestataires disposent des guides de prise en charge des IST | <ul style="list-style-type: none"> Proportion des prestataires disposant des guides de prise en charge des IST | <ul style="list-style-type: none"> Rapports de distribution | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des guides IST |
| 5. Rendre accessible le dépistage volontaire | <ul style="list-style-type: none"> 20 centres de dépistage dans les districts sanitaires sont mis en place | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de centre de dépistage mis en place | <ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité en ressources (humaines, matériels, locaux) |
| | <ul style="list-style-type: none"> 100 % des centres de dépistage sont dotés en petits matériels, supports de sensibilisation et consommables labos y compris les réactifs. | <ul style="list-style-type: none"> Proportion des centres de dépistage dotés en petits matériels, supports de sensibilisation et consommables | <ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des supports |
| | <ul style="list-style-type: none"> Directives pour l'organisation du système de référence élaborées et vulgarisées | <ul style="list-style-type: none"> Document disponible | <ul style="list-style-type: none"> Document disponible | <ul style="list-style-type: none"> Application des directives de référence |
| | <ul style="list-style-type: none"> 100 % des conseillers des CDAG sont formés et recyclés à l'utilisation des normes et directives et au counselling. | <ul style="list-style-type: none"> Proportion de personnels formés et recyclés à l'utilisation des normes et directives et au counselling | <ul style="list-style-type: none"> Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des guides sur les normes et directives |
| | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes qui utilisent les services de CDAG augmentent chaque année de 10 % en moyenne | <ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation des CDAG | <ul style="list-style-type: none"> Statistiques des CDAG Enquête | <ul style="list-style-type: none"> Implication des communautés et des ONG |
| | <ul style="list-style-type: none"> 60 séances de dépistage mobile organisées | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de séances de dépistage organisées | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> |
| | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le dépistage du VIH lors des séances de sensibilisation | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séances de sensibilisation | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de sensibilisation | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de sensibilisation |
| <ul style="list-style-type: none"> • 80 % des personnes dépistées reviennent chercher leurs résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des résultats remis | <ul style="list-style-type: none"> • Statistiques des CDAG • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • .Disponibilité des rapports |

6. Renforcer l'accessibilité de la PTME aux femmes enceintes

| | | | |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 60 % des femmes ciblées acceptent le dépistage volontaire | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'acceptation du dépistage | <ul style="list-style-type: none"> • Données statistiques • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens |
| <ul style="list-style-type: none"> • 20 centres assurant la CPN intègrent la PTME | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre des centres couverts par le PTME | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • |
| <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des centres intégrant la PTME sont dotés en petits matériels, supports de sensibilisation et consommables labos y compris les réactifs. | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des centres dotés en petits matériels, supports de sensibilisation et consommables | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des matériels et consommables |
| <ul style="list-style-type: none"> • 80 % du personnel chargé de la CPN en counselling et en IEC est formé ou recyclé aux techniques de counselling. | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de personnels formés aux techniques de counselling | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des guides |
| <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des CPN sont dotées en supports éducatifs | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des centres dotés en supports éducatifs | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des supports |
| <ul style="list-style-type: none"> • 80% des structures sanitaires intégrant la | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de structures disposant des Kits | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des Kits |

7. Améliorer la prise en charge globale des PVVIH

| | | | |
|--|---|--|--|
| PTME ont des Kits de PEC des femmes enceintes séropositives | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Protocoles PTME produits et diffusés | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de documents multipliés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de distribution | <ul style="list-style-type: none"> • Documents disponibles |
| <ul style="list-style-type: none"> • 70 Supervisions formatives organisées par an. | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervision formative réalisée | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de supervision | <ul style="list-style-type: none"> • Supervision régulière |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la PTME dans les stratégies des CPN pour les régions enclavées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sorties intégrant la PTME | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de mission | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des conseillers en counselling |
| <ul style="list-style-type: none"> • 20 journées d'échange d'expérience des conseillers des services PTME organisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de journées d'échange d'expérience réalisée | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activité | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens |
| <ul style="list-style-type: none"> • Activités de promotion de la PTME mises en œuvre par des ONG | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'activités de promotion réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Contrats signés avec les ONG | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des ONG |
| <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des prestataires ciblés sont formés à l'utilisation du guide de prise en charge clinique | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des prestataires formés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des Guides |
| <ul style="list-style-type: none"> • 100 guides de prise en charge clinique, nutritionnelle et psychosociale sont produits | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de guides produits | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de distribution | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des Guides |
| <ul style="list-style-type: none"> • 80 % des médicaments contre les IO sont disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des médicaments contre les IO disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Liste des médicaments | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ressources financières |
| <ul style="list-style-type: none"> • 50 malades bénéficieront d'un traitement ARV d'ici 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de malades mis sous traitement par rapport au nombre attendu | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités • Statistique de la PNAC | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ARV |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 8. Assurer le soutien et l'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH | <ul style="list-style-type: none"> • Formation des 6 pharmaciens et 6 préparateurs sur la dispensation des ARV organisée | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pharmaciens et préparateurs formés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ressources financières |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 80 % du personnel des labos ciblés pour le diagnostic et le suivi des patients sont formés ou recyclés | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion du personnel formé | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des modules |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 80 % des ONG ciblés reçoivent une formation en counselling | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de personnes d'ONG formés en conseling parmi les ciblés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des ONG et des communautés dans le soutien et l'accompagnement |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Formation de 6 acteurs sociaux sur la PEC psycho sociale organisée | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'acteurs sociaux formés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources financières disponibles |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des PVVIH suivies par les médecins référents reçoivent un soutien psychosocial | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des PVVIH suivi qui bénéficient de soutien psychosocial | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité en ressources humaines |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 6 médecins référents sont dotés en moyens logistiques pour le suivi des PVVIH | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médecins référents dotés de moyens logistiques | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de moyens logistiques | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de moyens logistiques |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 2 facs count disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre des facs count disponibles | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des facs count | <ul style="list-style-type: none"> • Moyens financiers disponibles |
| | 9. Garantir la protection des PVVIH | <ul style="list-style-type: none"> • 01 réseau comorien des PVVIH crée | <ul style="list-style-type: none"> • Réseau crée | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de PVVIH constitués en réseau |
| <ul style="list-style-type: none"> • textes juridiques protégeant les PVVIH adoptés | | <ul style="list-style-type: none"> • textes juridiques protégeant les PVVIH adoptés | <ul style="list-style-type: none"> • existence des lois relatives à la protection des | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des parlementaires |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | | PVVIH | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • textes juridiques protégeant les PVVIH mis en application | <ul style="list-style-type: none"> • textes juridiques protégeant les PVVIH mis en application | <ul style="list-style-type: none"> • existence des lois relatives à la protection des PVVIH | <ul style="list-style-type: none"> • Implication des hommes de lois |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 300 acteurs de la réponse juridique et des droits de l'homme sont formés sur le cadre légal | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes formées par an | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du cadre légal |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 300 membres de la société civile y compris les PVVIH sont formés sur le cadre légal | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes formées par an | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du cadre légal |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 800 manuels sur le cadre légal sont produits et diffusés | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de documents distribués | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de distribution | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du cadre légal |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 05 séances de Sensibilisation des familles affectées sur la prise en charge globale des PVVIH sont réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de séance de sensibilisation par an | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Implication de la communauté |

10. Assurer la Sécurité transfusionnelle et la promotion des précautions universelles

| | | | |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 100 % des CHR et CMC sont approvisionnés en réactifs et consommables pour le dépistage du VIH, HBS, Syphilis | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des CHR et CMC approvisionnés en réactifs et consommables pour le dépistage du VIH, HBS, Syphilis | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de distribution | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilités des réactifs et consommables |
| <ul style="list-style-type: none"> • 80 % des techniciens de laboratoire des CHR et CMC sont formés ou recyclés sur la transfusion sanguine et le dépistage | <ul style="list-style-type: none"> • Proportion des techniciens de laboratoire des CHR et CMC formés ou recyclés | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des modules |
| <ul style="list-style-type: none"> • contrôle de qualité et suivi dans les services de transfusion sanguine | <ul style="list-style-type: none"> • Tests de vérification | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens |

| | | | |
|--|--|---|---|
| assurée | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 100 guides sont produits et diffusés sur l'utilisation rationnelle du sang | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de guide produit et diffusé | <ul style="list-style-type: none"> Rapports de distribution | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des Guides |
| <ul style="list-style-type: none"> 3 associations de donneurs de sang créés dans les îles | <ul style="list-style-type: none"> Nombre d'association créée | <ul style="list-style-type: none"> Procès - verbaux des assemblées constitutives | <ul style="list-style-type: none"> Implication des ONG et de la communauté |

4. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

| Objectifs Stratégiques | Résultats Attendus | Indicateurs Objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Hypothèses |
|--|--|--|---|--|
| 1. Renforcer le système de surveillance du VIH et des IST | <ul style="list-style-type: none"> Révision des protocoles de surveillances épidémiologiques réalisées | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de protocoles révisés | <ul style="list-style-type: none"> Version révisée des protocoles de surveillances épidémiologiques disponible | <ul style="list-style-type: none"> Moyens et assistance technique disponibles |
| | <ul style="list-style-type: none"> 1 enquête CAP auprès de la population générale organisée | <ul style="list-style-type: none"> Enquête CAP réalisée | <ul style="list-style-type: none"> Données sur le CAP de la population disponibles | <ul style="list-style-type: none"> Moyens disponibles |
| | <ul style="list-style-type: none"> Outils et équipements de collecte de la surveillance disponibles | <ul style="list-style-type: none"> Outils et équipements de collecte de la surveillance disponibles | <ul style="list-style-type: none"> Inventaires des services | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de ressources (humaines, matérielles et financières) |
| | <ul style="list-style-type: none"> 10 réunions semestrielles pour la diffusion et l'évaluation des données organisées | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de réunion organisé par an | <ul style="list-style-type: none"> Procès verbaux des réunions | <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des moyens |

5 – COORDINATION SUIVI ET EVALUATION

| Objectifs Stratégiques | Résultats Attendus | Indicateurs Objectivement vérifiables | Moyens de vérification | Hypothèses |
|---|---|--|--|---|
| 1. Renforcer la coordination, le suivi et l'évaluation | <ul style="list-style-type: none"> • Un bulletin Epidémiologique est publié tous les 2 ans | <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence de publication du bulletin Epidémiologique | <ul style="list-style-type: none"> • Bulletin Epidémiologique | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources financières |
| | <ul style="list-style-type: none"> • contrôle de qualité des données de la surveillance sentinelle assurée | <ul style="list-style-type: none"> • tests de vérification | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Plan d'exécution du plan stratégique établi | <ul style="list-style-type: none"> • Chronogramme des plans d'action | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Appui institutionnel aux structures de la société civile assuré | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de structures qui bénéficient d'un appui institutionnel | <ul style="list-style-type: none"> • Rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring semestriel des sous projets et activités réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervision par an | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervision par an | <ul style="list-style-type: none"> • |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mission de supervisions conjointe réalisées | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervision | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de supervision | <ul style="list-style-type: none"> • |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation annuelle interne du programme | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'évaluations | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'évaluations | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des moyens financiers |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation par agence externe | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'évaluations | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'évaluations | <ul style="list-style-type: none"> • |

IX. Synthèse Coordination / Suivi-Evaluation

Suite à la déclaration d'engagement de l'Assemblée Générale des Nations Unies en juin 2001, et dans le but de forger une alliance étendue, de mieux réunir les efforts pour l'obtention des ressources conséquentes, et d'optimiser les succès dans la lutte contre le VIH/SIDA, tous les partenaires et acteurs de la réponse aux VIH et au SIDA ont été sollicités pour la mise en place de systèmes de suivi et évaluation nationaux.

Le Plan de Suivi et Evaluation des Comores a pour but de rendre compte de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA en termes d'exécution des actions planifiées, d'atteinte des résultats et de mesure des effets et impact des actions sur les populations.

Ce plan décrit les mécanismes de suivi et évaluation du plan stratégique national de lutte contre le SIDA. Ces mécanismes comprennent les différents domaines programmatiques faisant objet de suivi, les indicateurs priorités, les méthodes de collecte et d'analyse de données et le circuit des données. Il met également en relief le rôle des intervenants et partenaires dans la mise en œuvre du suivi et évaluation. Par ailleurs, un plan de diffusion des résultats vient renforcer l'utilité de la collecte des données.

Un cadre logique de suivi et évaluation est élaboré en conformité avec les objectifs sélectionnés. Au total, une trentaine d'indicateurs clés ont été choisis, ainsi que les résultats annuels à atteindre pour chacun des indicateurs sur la période 2008-2012. Ces indicateurs ont été alignés sur les indicateurs de l'UNGASS, et sur ceux de la feuille de route de l'Accès Universel.

Unité de Suivi et d'Evaluation

L'Unité de Suivi et Evaluation (USE) sera composée d'un chargé de Suivi Evaluation ayant des compétences dans le domaine de suivi évaluation. Elle est renforcée par le Groupe de travail Restreint sur le Suivi et Evaluation (GRSE) dans la réalisation de ses activités. L'unité est responsable de la mise en œuvre effective du plan de suivi et évaluation.

Elle a entre autre comme missions :

- la collecte, la saisie, l'analyse et la diffusion des données
- la mise à jour de la base de données
- la coordination des activités d'évaluation et de recherche, incluant les enquêtes comportementales dans le cadre du programme de réponse au VIH et au SIDA
- le renforcement des capacités des partenaires en suivi et évaluation
- l'établissement des rapports semestriels permettant d'avoir une vision globale de l'évolution des activités de lutte au niveau national et les rapports annuels de suivi de la mise en œuvre du plan stratégique national.

Les données de routine liées au programme seront collectées par chaque intervenant et transmises directement au PNLIS. Les données routinières des programmes concernent les indicateurs de couverture, qualité et accessibilité des services. Elles fournissent des informations sur les produits obtenus. Le chargé de Suivi Evaluation du PNLIS collectera, contrôlera et analysera les données pour le rapport du coordinateur national.

La collecte se fera selon le schéma suivant :

- Identification et listing de tous les prestataires de service
- Envoi périodique par le PNLIS des fiches standard de collecte de données à tous ces prestataires
- Collecte des fiches remplies par les partenaires
- Contrôle qualité des informations reçues
- Recoupement et vérification des données incomplètes ou erronées auprès des prestataires
- Saisie de données pour agrégation par indicateur et par zones géographiques

Les données d'enquêtes seront coordonnées et également collectées par l'Unité de Suivi et Evaluation. Les différents types d'enquête projetés sont les suivants :

- Enquêtes biologiques ou de séro-surveillance sur les populations ciblées
- Enquêtes socio-comportementales sur les mêmes catégories de population. Le croisement des données permettra d'enrichir l'analyse de la situation et d'identifier les comportements responsables de l'augmentation ou la réduction de la prévalence du VIH.
- Enquêtes spécifiques sur la qualité des services ou sur la coordination des programmes. Ces enquêtes seront initiées et planifiées en collaboration avec l'ensemble des partenaires, que ce soit pour répondre aux indicateurs prioritaires du cadre logique de Suivi et Evaluation ou pour répondre à un besoin spécifique d'analyse de la situation.

La saisie des données se fera grâce à la base de données CRIS développée par l'ONUSIDA pour la gestion des informations liées aux réponses nationales. Cette base, gérée au sein du PNLIS, contiendra aussi bien les indicateurs prioritaires que d'autres indicateurs jugés pertinents pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National ainsi que les indicateurs spécifiques au programme financé par le Fonds Mondial.

Il faut noter que le plan de Suivi et Evaluation met l'accent sur les mesures de couverture des populations cibles (Travailleuses du Sexe, Migrants, Jeunes, Prisonniers) et l'accès aux services de prise en charge, en particulier des infections sexuellement transmissibles. La couverture des services se mesurera par collecte des données de routine auprès des partenaires, mais également par enquête auprès d'échantillons dans le cadre des enquêtes socio-comportementales prévues.

La diffusion des données collectées et analysées se fera par communication régulière, au moins trimestrielle, auprès de tous les partenaires, opérateurs, décideurs et financeurs. Un bulletin

trimestriel permettra la diffusion auprès des partenaires sur les trois îles et reprendra entre autres les indicateurs du cadre logique de Suivi et Evaluation.

Périodicité et stratégies de collecte des données

| SOURCE DES DONNEES | DUREE DE COUVERTURE DES DONNEES | FREQUENCE DE COLLECTE | RESPONSABILITE INSTITUTIONNELLE POUR LA COLLECTE |
|---|---|------------------------------|--|
| 1. Enquête de séro-prévalence et surveillance sentinelle | Période de mise en œuvre de la surveillance | Annuelle ou biennale | Direction Nationale de la Santé en coordination avec l'Unité Suivi et Evaluation du PNLS |
| 2. Surveillance comportementale (MICS,...) | Période de collecte des données de surveillance | Annuelle ou biennale | Direction Nationale de la Santé en coordination avec l'Unité Suivi et Evaluation du PNLS |
| 3. Rapport trimestriel de suivi des programmes | 3 mois calendaires | trimestriel | Unité de Suivi Evaluation du PNLS |
| 4. Rapport des programmes scolaires d'aptitudes psychosociales | Année scolaire | Annuelle | Ministère de l'Education en coordination avec l'Unité Suivi et Evaluation du PNLS |
| 5. Enquête sur les politiques VIH monde du travail | Annuelle | Biennale | Ministère de l'emploi en coordination avec l'Unité Suivi et Evaluation du PNLS |
| 6. Analyse des dépenses | Année fiscale | Annuelle | Unité de Suivi Evaluation du PNLS |
| 7. Enquêtes sociologiques diverses | En fonction des besoins émergents | Ponctuelle | Unité de Suivi Evaluation du PNLS |
| 8. Indice Composite des Politiques Nationales (NCPI) et Indice du « Three-Ones » | Janvier-Décembre | biennale | Unité de Suivi Evaluation du PNLS |

X. Budget 2009-2013 par axe stratégique

Le budget établi pour chaque axe stratégique mentionne les montants à mobiliser, lorsque ceux-ci ne sont pas compris dans les ressources des partenaires (Fonds Mondial, Projet COI, UNFPA, UNICEF, OMS, PNUD, ONUSIDA ...).

1 Récapitulatif (en EUROS) (hors ressources des agences) 2009-2013

| N° Axe | Axe stratégique | Montant | Pourcentage |
|--------------|---|------------------|-------------|
| 1 | Leadership exercé | 545 739 | 9,20 |
| 2 | Technologies de Prévention | 1 681 612 | 28,50 |
| 3 | Prise en charge, soin, soutien et accompagnement | 2 210 901 | 37,50 |
| 4 | Surveillance épidémiologique et recherche opérationnelle | 901 279 | 15,30 |
| 5 | Coordination, suivi - évaluation | 561 634 | 9,50 |
| Total | | 5 901 165 | 100 |

XI. Conclusion

Le présent document constitue une base de référence pour l'Union des Comores au titre de la période 2008-2012 pour la lutte contre le SIDA. Il résulte d'un processus participatif élargi de planification stratégique, effectué concomitamment entre les trois îles et l'Union.

Toutefois, étant pluriannuel (2009-2013) et multisectoriel, le Plan Stratégique National ne peut donc pas prétendre à être exhaustif. Mais il se veut flexible, car devant servir de matrice à l'élaboration des plans sectoriels et du plan opérationnel.

Il doit avant tout être un outil de mobilisation de ressources, afin de pouvoir effectuer au mieux l'ensemble des activités envisagées selon les cinq axes définis. Sa mise en œuvre sera évaluée au fur et à mesure de son exécution et le Plan sera révisé une fois arrivé à son terme.