



UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement

VICE PRESIDENCE EN CHARGE DU MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE, DE LA COHESION SOCIALE ET DE LA PROMOTION DU GENRE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE SIDA



Rapport national d'activités sur la riposte au sida_ Comores 2014

Date d'envoi à l'ONUSIDA _____

Mars 2015

Sommaire

Page

I.	Analyse de la situation	3
II.	Descriptif de l'épidémie	9
III.	Riposte nationale au sida	10
IV.	Bonnes pratiques	11
V.	Principaux défis et solutions	12
VI.	Soutien des partenaires au développement	13
VII.	Suivi et Evaluation	14
VIII.	Bibliographie	15

I. Analyse de la situation

a. Processus de rédaction

L'élaboration du document s'inscrit dans le processus de l'établissement des rapports d'activités préconisé par l'ONUSIDA. Il intègre les indicateurs supplémentaires sur l'accès universel dans le secteur de la santé.

Le processus de rédaction du rapport national d'activités sur la riposte au sida a été lancé depuis le mois de janvier 2015.

Une équipe de l'unité de Suivi et Evaluation de la Direction de lutte contre le sida a mis en place les processus de collecte des données notamment la mise à jour des données du Spectrum 2015 post Dakar, les données programmatiques 2014, les données des dépenses relatives au sida de 2014 et les questions sur les politiques de bonne gouvernance du VIH et du sida. Le processus de rédaction a profité des résultats issus des ateliers de rédaction de la Note conceptuelle –VIH selon le nouveau model de financement du Fonds mondial. Des échanges d'informations avec les autres secteurs ont eu lieu avant d'aboutir à la réunion de validation des données du de ce rapport.

b. Statut de l'épidémie

La prévalence de 0,025% notifiée depuis 2003 place les Comores parmi les types d'épidémie de niveau faible. La surveillance épidémiologique de la maladie a permis de dépister au cours de ces vingt six derniers années 197 personnes infectées par le VIH. L'incidence annuelle est passée de 0,12% en 2011 à 0,053% en 2014. Quant la couverture des programmes de prévention de base, le dépistage volontaire est en nette croissance depuis la mise en place des Centre de dépistage (CDAG) et des sites PTME dans toutes les structures sanitaires. La séroprévalence du VIH parmi les femmes fréquentant les cliniques prénatales est en nette diminution depuis 2010. Elle est passée de 0,20% en 2010 à 0,03% en 2014.

Depuis la mise en place du traitement antirétroviral (TAR) en 2006, aucun des 20 enfants nés de femmes enceintes séropositives n'est infecté par le VIH. Néanmoins les séroprévalences nulles observées chez les Hommes ayant de rapports sexuelles avec d'autres Hommes et chez les travailleuses de sexe témoigne la nécessité de faire plus de recherches opérationnelles pour mieux renseigner sur le statut de l'épidémie dans ces populations clés.

c. Politique et programmes de riposte

L'analyse de la politique de riposte se fonde sur les 4 axes qui incarnaient le Plan stratégique national de lutte contre le VIH de 2011 à 2015 pour répondre aux 10 cibles de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH.

- **Axe1** : Amélioration des connaissances sur l'épidémie, sa dynamique et ses impacts

La réalisation d'enquêtes bio-comportementales sur les HSH et sur les TS et jeunes de 10-24 ans, la réalisation d'études sur la qualité des services de prise en charge des

IST et l'élaboration d'un Plan de Suivi & Evaluation sont les principales forces de cette intervention.

L'absence d'étude d'estimation et la cartographie des populations clés (HSH,TS) constitue une des maillon faible de cette intervention.

- **Axe 2 :** Amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH et le sida

La Direction de lutte contre le sida a pris les dispositions nécessaires pour que toutes les Personnes vivant avec le VIH bénéficient de l'accès et de la gratuité des consultations médicales, des bilans biologiques et du traitement antirétroviral. Ces dispositions sont décentralisées au niveau des îles pour optimiser la prise en charge.

Cependant les directives antérieures d'éligibilité au traitement et le retard pour appliquer les recommandations 2013 de l'OMS ont engendré un nombre important de perdus de vue.

- **Axe 3 :** Renforcement de la capacité nationale de réponse à l'épidémie

La Direction de lutte contre le sida a été renforcé par du personnel qualifié ces dernières années. Un conseil national présidé par le Chef de l'Etat assure le plaidoyer au plus haut niveau et a fait sienne la loi de protection des droits des PVVIH promulgué au mois d'avril 2014.

Cependant des dispositions doivent être prises pour diffuser largement cette loi et soutenir une prise en charge globale des PVVIH notamment dans ces aspects psychosociaux et nutritionnels.

- **Axe 4 :** Consolidation et renforcement des activités de prévention

La couverture des programmes de préventions est marquée par l'implication de la société civile et les prestataires de soins à tous les niveaux dans la sensibilisation et le dépistage au VIH. Un programme d'enseignement des IST-VIH est intégré dans le curricula scolaire depuis plus d'une décennie au niveau des écoles primaires, collèges et lycées. Les sites de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) sont étendus à tous les districts sanitaires.

d. Tableau des indicateurs 2014

L'édition 2011 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la Déclaration politique sur le VIH / sida s'est fixée des objectifs ambitieux à atteindre d'ici 2015.

Un cadre d'indicateurs de base a été élaboré pour refléter les nouveaux objectifs et les engagements pour l'élimination du VIH à travers les « Dix cibles » ci-après :

La situation des indicateurs est présentée comme suit :

Objectif 1: D'ici 2015 réduire de 50% le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

Réf.	Libellé de l'indicateur	Report actuel (2014)
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	22,34% (701/3138) EDSC-MICS II 2012
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	7,17% (225/3138) EDSC-MICS II 2012
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	4,58% (336/7328) EDSC-MICS II 2012
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	31% (104/335) EDSC-MICS II 2012
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	4,76% (349/7328) EDSC-MICS II 2012
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	0,00% (0/4261) Bulletin DLS 2014
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	97,6% (124/127) ESPSC-TS-2012
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	59% (75/127) ESPSC-TS-2012
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	30,7% (39/127) ESPSC-TS-2012
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	0% (0/68) ESPSC-TS-2012

1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	91% (60/66) ESPSC-HSH-2012
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	53,84% (7/13) ESPSC-HSH-2012
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	69,70% (46/66) ESPSC-HSH-2012
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	0% (0/46) ESPSC-HSH-2012

Objectif 1 et 2: Estimation des populations clés				
Réf.	Population clé	Estimation de la taille (oui/non)	Année	Taille
a	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	NON		
b	Consommateurs de drogues injectables	NON		
c	Professionnel les du sexe	NON		

Objectif 2: D'ici à 2015 réduire de 50% le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables		
Réf.	Libellé de l'indicateur	
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	NA
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	NA

2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	NA
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	NA
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	NA

Objectif 3: D'ici à 2015 éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

Réf.	Libellé de l'indicateur	
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	100% (3/3) estimation Spectro-2015)
3.1a	Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles même ou leurs enfants en période d'allaitement	100% (3/3) attente estimation Spectro-2015)
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	100% (2/2) attente estimation Spectro-2015))
3.3	Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	0% (0/2): attente estimation Spectro-2015)

Objectif 4: D'ici à 2015 assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

Réf.	Libellé de l'indicateur	
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral	100% (30/30) attente estimation Spectro-2015)
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	100% (25/25)

Objectif 5: D'ici à 2015 réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Réf.	Libellé de l'indicateur	
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	10% (1/10) <i>estimation OMS-2013)</i>

Objectif 6: D'ici à 2015, réduire le déficit mondiale de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Réf.	Libellé de l'indicateur
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

NATIONAL FUNDING MATRIX

TEN TARGETS: 2011 United Nations General Assembly Political Declaration on HIV/AIDS	HIV and AIDS programmes	Programme codes of the previous National Funding Matrix	Public Sources	Private Sources	International Sources	TOTAL
			Total Public	Total Private	Total international	
Target 1.Reduce sexual transmission of HIV by 50 percent by 2015	1. Prevention of sexual transmission of HIV	1	500000	0	36093173	36593173
		2	500000	0	36093173	36593173
		3	0	0	0	0
		4	0	0	0	0
		5	250000	0	18046586	18296586
		6	250000	0	18046586	18296586
		7	0	0	0	0
		8	0	0	0	0
		9	250000	0	18046586	18296586
		10	750000	0	54139759	54889759
		11	0	0	0	0
			2500000	0	180465864	182965864

Target 2.Reduce transmission of HIV among people who inject drugs by 50 percent by 2015	2. HIV prevention for people who inject drugs	0	0	0	0	
Target 3.Eliminate new HIV infections among children by 2015 and substantially reduce AIDS-related maternal deaths	3. Prevention of mother to child transmission	1	1996062	0	2222683	4218745
		2	998031	0	1111341	2109373
Target 4.Reach 15 million people living with HIV with lifesaving antiretroviral treatment by 2015	4. Universal access to treatment	1	6986218	0	7779390	14765608
		2	1996062	0	2222683	4218745
		3	5988187	0	6668049	12656236
		4	399212	0	444537	843749
		5	1596850	0	1778146	3374996
			19960623	0	22226829	42187452
Target 5.Reduce tuberculosis deaths in people living with HIV by 50 percent by 2015	5. TB	1	0	0	5512500	5512500
		2	0	0	2362500	2362500
			0	0	7875000	7875000
Target 6. Close the global AIDS resource gap by 2015 and reach annual global investment of US\$22-24 billion in low- and middle-income countries	6. Gouvernance and sustainability	1	1950000	0	10908939	12858939
		2	3250000	0	18181565	21431565
		3	5200000	0	29090504	34290504
		4	2600000	0	14545252	17145252
			13000000	0	72726260	85726260
Target 8. Eliminate stigma and discrimination against people living with and affected by HIV through promotion of laws and policies that ensure the full realization of all human rights and fundamental freedoms	7. Critical enablers	1	0	0	412500	412500
		2	0	0	495000	495000
		3	0	0	330000	330000
		4	0	0	412500	412500
Target 9. Eliminate HIVrelated restrictions on entry, stay and residence			0	0	1650000	1650000
Target 7. Eliminate gender inequalities and gender-based abuse and violence and increase the capacity of women and girls to protect themselves from HIV Target 10. Eliminate parallel systems for HIV-related services to strengthen integration of the AIDS response in global health and development efforts, as well as to strengthen social protection systems	8. Synergies with development sectors	1	4000000	0	0	4000000
		2	2000000	0	0	2000000
		3	8000000	0	0	8000000
		4	2000000	0	0	2000000
		5	4000000	0	0	4000000
					20000000	0
Addendum items / Non-core global /Other		1	11310000	0	1126078	12436078
		2	22620000	0	2252156	24872156
		3	11310000	0	1126078	12436078
			45 240 000	0	4504311	49744311
TOTAUX (KMF)			100 700 622	0	289448264	390148887

Objectif 7: Eliminer les inégalités entre les sexes

Réf.	Libellé de l'indicateur	
7.1	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois (<i>Tous les indicateurs incluant des données ventilées selon le sexe peuvent être utilisées pour évaluer la réalisation de l'objectif 7</i>)	4,87% (108/2214)

Objectif 8: Eliminer la stigmatisation et la discrimination (Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH)

Réf.	Libellé de l'indicateur	
8.1	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	94% (6840/7252) EDS-2012

Objectif 9: Eliminer les restrictions en matière de déplacement

Réf.	Libellé de l'indicateur		Type
9.1	<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droits de l'Homme basée au siège à l'ONUSIDA ; aucune donnée ne doit donc être transmise</i>	Loi de protection des droits sur les PVVIH	Promulgation de la loi en avril 2014

Objectif 10: Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH

Réf.	Libellé de l'indicateur	
10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans*	NA
10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	NA

II. Descriptif de l'épidémie

La prévalence du VIH aux Comores est estimée à 0,025% (1). C'est une épidémie de faible niveau.

Les données de surveillance de ces dernières années notifient que l'incidence du VIH est passée de 0,16% en 2012 à 0,06% en 2014 dans la population de 15 à 49 ans dépistée (2,3). Les données récentes chez les populations clés ne sont pas encore étayées et les enquêtes de surveillance réalisées en 2012 auprès des professionnelles du sexe et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes n'ont relevées aucun cas de séropositivité au VIH (4,5)

197 cas cumulés sont notifiés depuis 1988 à nos jours. L'intensification du dépistage au cours des cinq dernières années a permis de détecter de plus en plus de cas dans la population générale.(3)

L'explosion de l'épidémie du VIH peut être entraînée par l'identification des PVVIH dans la population générale, combinée aux facteurs culturels favorisant la polygamie, la pédophilie croissante, la prostitution, la faible utilisation de condom, en particulier chez les Professionnels de sexe et les personnes à partenaires multiples. Les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH) et les Personnes vivant avec le VIH(PVVIH) n'osent pas se montrer à cause du fort taux de stigmatisation et de discrimination (94%) (6).

III. Riposte nationale au sida

Le programme de la riposte au sida s'est fixé comme objectif général de réduire les nouvelles infections, notamment auprès des populations clé les plus exposées et fournir un continuum de soins complets à tous les PVVIH de manière à atténuer l'impact de l'épidémie du VIH sur les individus, les familles, les communautés et la société dans son ensemble afin de maintenir une séroprévalence inférieure à 0,05%

Pour cela un engagement politique au sommet de l'Etat et une mobilisation des ressources s'est effectué au cours de ces dernières années. En 2010, L'état comorien a signé une subvention avec le Fonds mondial dans le cadre de la série 9 pour mettre en œuvre des activités permettant d'atteindre cet objectif et être au rendez-vous des objectifs du millénaire pour le développement en partenariat avec les pays amis, le secteur privés, les ONG et les autres agences du système des nations unies

Pour la deuxième fois de l'histoire, les Comores ont organisé en 2012 un colloque international VIH pour sensibiliser tous les acteurs de la riposte au VIH et la population comorienne de son engagement pour parvenir aux 3 objectifs universels ; zéro nouvelles infections, zéro discrimination, zéro décès liés au sida.

L'année 2014 a été aussi marquée le Colloque VIH Océan indien à St Gilles dans l'île de La Réunion et par la visite du Directeur exécutif de l'ONUSIDA Monsieur Michel SIDIBE en Union des Comores. Le renforcement des engagements entre le Directeur exécutif l'ONUSIDA et le Chef de l'Etat ont été unanime pour faire des Comores un model d'élimination du sida d'ici 2030

La Direction de lutte contre le sida, Institution nationale de la riposte, a accéléré la mise en œuvre des plusieurs programmes de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux patient vivant avec le VIH.

En matière de lutte contre la transmission du VIH par voie sexuelle, de actions relatives à la communication pour le changement de comportement, particulièrement à l'endroit des populations clés les plus exposées au risque, les jeunes en milieu scolaire et en dehors de l'école , la promotion des préservatifs, la promotion du dépistage, le traitement des IST ont été entreprises pour réduire la transmission.

Si les contraintes identifiées sont résolues, principalement la difficulté d'atteindre des populations clés, l'inexistence d'une cartographie des professionnelles du sexe et des Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la faible utilisation des préservatifs et la dépendance de la réponse nationale au sida sur des financements extérieurs, le pays serait sur la bonne voie d'atteindre l'objectif de réduire la transmission par voie sexuelle.

Malgré une volonté d'éliminer les nouvelles infections chez les enfants, le taux de couverture en CPN ((33,8%) et du dépistage VIH reste toujours faible. Toutes les femmes enceintes ne consultent pas systématiquement les CPN, et le taux d'acceptation du dépistage VIH reste encore faible et les services de santé privés ne s'impliquent pas davantage à la stratégie PTME.

La gratuité des services de Consultations Périnataux, ainsi que le renforcement du système de santé sont les principales recommandations du pays. Pour faire face à un faible taux de fréquentation des CPN, les actions déjà entreprises convoitent surtout l'augmentation du taux de dépistage au VIH chez les femmes enceintes par l'accroissement du nombre des sites PTME et la réalisation des campagnes de sensibilisation.

Par ailleurs, malgré la gratuité des ARV, des prises en charge clinique et des suivis biologiques, le pays rencontre quelques difficultés telles que l'insuffisance de la capacité de mesurer la charge virale, l'insuffisance de prise en charge des Infections opportunistes, l'absence d'appui nutritionnel et soutien psychologique, ainsi que le taux relativement élevé des pertues de vue.

Le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose est appliqué par contre le diagnostic systématique de tuberculose chez les PVVIH n'est pas appliqué.

Malgré les contraintes rencontrées liés à l'insuffisance de prise en charge globale des co-infectés TB-VIH, le pays sera en mesure d'atteindre cet objectif une fois qu'il améliore la coordination des actions et la collaboration entre les 2 programmes.

Afin de renforcer les actions entreprises, il est suggéré de rendre effective la collaboration entre le PNLS et le PNLT, de respecter les directives nationales en

matière de co-infection et doter des ARV et des réactifs de dépistage du VIH au niveau des centres de prise en charge de TB

IV. Bonnes pratiques

Depuis la mise en œuvre du programme de lutte contre le sida en 1989, des bonnes pratiques ont été expérimentées, appréciées et suivies d'effet.

Parmi les bonnes pratiques d'échange avec les autres pays nous notons entre autres :

- L'implication des Muftis (leaders religieux) dans les activités de sensibilisation sur le VIH/Sida dans les mosquées et places publiques
- L'intégration de l'enseignement des IST/VIH/SIDA dans le curricula scolaire
- La mise en place de réseau d'indicateurs et indicatrices dans les 3 îles pour des activités de sensibilisation et de formation des professionnelles du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
- L'extension des sites PTME dans tous les districts sanitaires du pays
- L'existence de rapports d'études sur le VIH notamment :
 - L'enquête de séroprévalence et socio comportementale auprès des jeunes et des travailleuses du sexe (2012)
 - L'enquête de séroprévalence et socio comportementale auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (2012)
 - Les enquêtes sur la qualité de la prise en charge des IST (2011-2012-2013)
- L'élaboration d'un plan stratégique d'élimination de transmission mère – enfant du VIH (2014-2018)
- La révision et élaboration du Plan stratégique national du VIH (2015-2019)
- L'élaboration et la soumission de la Note conceptuel VIH (2016-2017) comme cas d'investissement pou le VIH

V. Principaux défis et solutions

Les caractéristiques de l'épidémie à VIH de type faible qui prévaut dans le pays font que plusieurs défis sont à relever aussi bien en matière de prévention que de prise en charge. Sur les 10 objectifs visés pour atteindre les 3 zéros d'ici 2015, seul l'objectif 2 relatif à la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues n'est pas prioritaire en Union de Comores.

Sur les neuf restants, le Comores ne seront pas en mesure d'atteindre complètement deux objectifs d'ici 2015, à savoir, parer à l'insuffisance des ressources et l'élimination de la stigmatisation discrimination. Toutefois, des efforts considérables seront entrepris pour faire progresser les sept objectifs restant et maintenir les acquis, voire redoubler les efforts pour atteindre les 3 zéros d'ici 2015.

Ainsi le pays fait face à de nombreux défis pour atteindre les objectifs fixés. Le nouveau PSN-VIH _2015-2019 qui a impliqué toutes les parties prenantes a pris en compte les failles et les faiblesses des interventions antérieurs et s'adapter à la nouvelle vision de l'ONUSIDA à savoir : s'inscrire dans la stratégie des (90-90-90) d'ici 2020 pour mettre fin à l'épidémie du sida en 2030.

VI. Soutien des partenaires au développement

Actuellement, la lutte contre le sida est intégrée dans les services maternels et infantiles, dans le système de l'éducation nationale, dans le ministère de l'emploi et du travail, dans les services de santé militaire et dans le Document national de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP). Cependant, le pays dépend fortement du financement externe pour la réponse nationale et il y a une faible coordination des interventions, un faible alignement des partenaires, une verticalisation de certains programmes et à l'insuffisance des ressources.

Pour atteindre les objectifs il est nécessaire de renforcer la coordination des interventions avec l'opérationnalisation du Conseil national de lutte contre le sida (CNLS), et du Forum des partenaires ; de sortir la réponse au sida de son isolation en intégrant une ligne budgétaire de lutte contre le sida dans les différents secteurs clés comme l'éducation, le transport, l'armée, la jeunesse.

Le pays pourra également développer un plan de mobilisation de ressources basé sur des initiatives innovatrices et d'actions soutenables (Note Conceptuelle pour le FM, l'initiative PPTE, le partenariat public et privé, l'adoption des taxes -tabac, tourisme, pêche..., l'accès au BRICS).

VII. Suivi et évaluation

a. Présentation du S&E en place

Les résultats de l'évaluation faite en 2007 au système national d'information sanitaire nationale avec l'appui de l'OMS avaient révélé que dans l'ensemble, le Système National d'Information Sanitaire était inapproprié pour générer des informations complètes, fiables et actualisées pour aider à la prise de décision. Malgré les efforts fournis à travers, notamment, la conception d'un Schéma Directeur du SIS, le pays n'était pas arrivé à mettre en place une base de données d'envergure nationale. Il n'existait pas de mécanisme formel pour la dissémination et l'utilisation des données. En 2014, l'évaluation du Système national d'information sanitaire avec l'appui de l'OMS a révélé des progrès remarquable dans ses différentes composantes et à tous les niveaux.

b. Les défis rencontrés dans la mise en œuvre

Les difficultés à mettre en œuvre un système complet de suivi et d'évaluation était imputable : (1) au dysfonctionnement d'ensemble du système de santé qui fait que les responsables aux différents niveaux ne répondent pas des responsabilités qui leurs sont confiées, (2) les compétences techniques des agents, notamment, ceux qui exercent aux niveaux intermédiaire et du district, sont assez limitées pour l'analyse et d'utilisation des informations pour la planification et la prise de décision.

Depuis 2011, la collecte des données sur le VIH suit le schéma directeur national. Des Responsables PILS sont placés au niveau des îles pour collecter et analyser les données issus des structures sanitaires et des ONG avant de les transmettre au niveau de la direction nationale de lutte contre le sida suivant un calendrier bien établi

c. Les solutions planifiées

En plus des solutions apportés par le Fonds mondial en acceptant de renforcer les ressources humaines et les outils de gestion de l'unité de S&E de la DLS, l'OMS, l'AFD à travers les PASCO renforce le Système national d'Information Sanitaire afin de remplir ses missions, à savoir fournir des données fiables et pertinentes nécessaires à la planification, la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des activités sanitaires à tous les niveaux, tout en contribuant à la définition de la politique nationale sectorielle et au suivi de sa mise en œuvre au niveau central.

d. Assistance technique et développement de moyens

L'unité de Planification, S&E de la Direction de lutte contre le sida dispose certes actuellement de ressources humaines et matérielles pour mener à bien son travail de routine. Cependant on notera une insuffisance de moyens pour être présente sur le terrain. Le profil épidémiologique note également une carence de suivi des plans stratégiques faute de moyens suffisantes pour leurs exécution.

Un renforcement des capacités du personnel est nécessaire pour accompagner la mise en place et la mise en œuvre d'un système complet de suivi et d'évaluation pérenne intégré au Système national d'information sanitaire.

Moroni, le 29 mars 2015

Dr Ahmed ABDALLAH

VIII. Bibliographie

- 1- Enquête VIH 2003
- 2- Rapport DLS 2012
- 3- Rapport DLS 2014
- 4- Enquête séroprévalence et socio comportementale TS et jeunes 15-24 ans _2012
- 5- Enquête séroprévalence et socio comportementale HSH _2012
- 6- EDSC-MICS II_Comores (2012)