

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 2008-2012

AVRIL 2007

SOMMAIRE

P.3	Liste des abréviations et acronymes utilisés
P.4	Liste des documents cités en référence
P.5	0. Introduction
P.5	I. Contexte
P.10	II. Approche de la planification stratégique
P.18	III. Analyse de la situation
P.26	IV. Analyse de la réponse
P.31	V. Objectifs et stratégies pour 2008-2012
P...	VI. Cadre logique du PSN
P.	VII. Synthèse Coordination / Suivi-évaluation
P.	VIII. Budget prévisionnel
P.	IX. Vers le Plan opérationnel
P.	X. Conclusion
P.	Annexes

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
PSTE	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

0. Introduction

Malgré la faible prévalence VIH des Comores, les autorités nationales placent le SIDA au premier rang des préoccupations du Gouvernement. 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 complet et aligné sur le cycle programmatique 2008-2012 afin de pouvoir disposer d'une base pour la proposition VIH/SIDA au 7^{ème} série du Fonds Mondial..

Le présent document est le fruit d'un travail collectif mené dans le pays, pour constituer la base de références pendant cinq ans des stratégies à mettre en œuvre par le PNLS de manière multisectorielle sur les trois îles, afin de préserver la nation d'une progression de l'épidémie VIH/SIDA, en le maintenant dans la catégorie des pays à baisse 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 à réactualisation du PSN pour couvrir la période 2008 – 2012 en utilisant systématiquement l'approche participative de manière multisectorielle.

Le document aborde alors le Plan 2005-2009 (V Objectifs et Stratégies pour 2008-2012) par la mise en exergue des axes stratégiques définis, et les priorités arrêtées avant de présenter objectif par objectif, les activités prévues 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 sont établis par axe et par année est incluse (VIII Voir le tableau du budget).

I. Contexte

I.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 d'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.

Les communications entre les îles et avec l'étranger se font par voies aérienne et maritime. Si l'accès aérien entre chaque île est effectivement possible quotidiennement, les liaisons maritimes entre chaque île s'effectuent sans les conditions de sécurité requises.

Ce caractère insulaire a préservé la population des forts mouvements inter-pays que connaît le continent africain. Mais avec de plus en plus de flux de commerçants d'Afrique de l'Est et Australe s'exercent, et l'exode vers la France, le pays devient un "couloir" de migrations.

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 déjà 30% et pourrait atteindre 40% en 2001, mais la population rurale reste prédominante (71%).

I.2 Situation économique : pauvreté mais potentiel de développement

Jusqu'à ces dernières années, l'instabilité politique et institutionnelle a été préjudiciable au 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. S'agissant du **seuil de pauvreté** (établi à 285 144 FC), **36,9% des ménages** et **44,8% des individus** vivent en dessous. 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).

En 2003, selon l'Indice de Développement humain (IDH) de 0,528, le pays est classé dans le Rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement, 134^e sur 175 pays. Le revenu brut/habitant en 2003 est 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) grève la reprise économique amorcée. Mais le pays va pouvoir prétendre à 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, cultures d'exportation en déclin (vanille, girofle, ylang-ylang) car concurrencées à l'extérieur, l'Union des Comores jouit pourtant d'un **potentiel agricole** (élevage, pêche, maraîchage), de secteurs artisanaux latents et de pistes de transformation agro-alimentaire. D'autre part, 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. En effet, 47,6% des chômeurs comoriens n'ont jamais travaillé.

L'**épargne** des ménages malgré la pauvreté est organisée à travers particulièrement les réseaux mutualistes Sanduk (83 caisses) et MECK (12 caisses) bien implantés qui drainent déjà 16% de l'épargne. Le nombre d'adhérents à ces réseaux ne cesse d'augmenter (19 105 membres en 2004). L'accès aux micro-crédits a fonctionné de 1996 à 2004 en permettant notamment la création d'AGR et de micro ou petites-entreprises, mais générant un taux de non-recouvrement croissant (Sanduk).

La **diaspora**, soit 150 000 à 200 000 comoriens à l'étranger, travailleurs essentiellement émigrés 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.

I.3 Cadre socio-culturel : famille, religion, solidarité

Famille et matriarcat

Aux Comores, l'individu se fond 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, source de vulnérabilité et d'inégalité. Actives contributrices au Développement, elles ont tendance à être marginalisées des bénéfices procurés. Néanmoins, le code de la famille adopté par le parlement en 2006 tente de remettre la femme au centre du développement.

Cohésion sociale et pratique de l'islam

100% de la population est musulmane. Les préceptes religieux constituent une dimension fondamentale du droit comorien. Les chefs religieux encouragent tous les jours lors des prêches activement les valeurs familiales et sexuelles aptes à réduire la transmission du VIH. Les traditions religieuses (circoncision, abstinence avant le mariage et hors mariage) prédisposent moins les jeunes à l'infection à VIH. La consommation d'alcool n'est pas très répandue, en particulier chez la fille conformément à la tradition de l'islam.

Statut social et grand mariage

Les structures traditionnelles du pays (personnes âgées, chefs coutumiers, notables, autorités religieuses) sont bien organisées et assurent le maintien des valeurs propres à la société comorienne. La pratique du "Grand mariage" relève d'un quasi cycle initiatique puisque les mariés à l'issue de cette cérémonie rituelle bénéficient ensuite pleinement du statut social d'adultes notables. Toutefois les fastes liés à cette pratique entraînent un endettement massif des familles qui peut amener à la ruine pendant de nombreuses années les ménages concernés.

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 dans les aspects relatifs à la confiance / solidarité / cohésion sociale.

I.4 Système éducatif : scolarisés et déscolarisés

Le taux de scolarisation net est de 69% en 2002 pour la tranche d'âge 5 à 14 ans. Il est de 46% pour les filles du même groupe d'âge. L'évolution de ces taux est restée plus ou moins stable au cours de la période 1994-2002.

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. Enseignant les principes de base de l'Islam et des valeurs socioculturelles, en même temps elle initie à la lecture du Coran et à la lecture de l'arabe. 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% 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 il n'y a pas eu d'augmentation).

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 le supérieur à l'étranger.

Exception faite du lycée de Moroni, il n'existe aucune bibliothèque dans aucun établissement scolaire (d'où l'importance des 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 porteurs économiques.

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.

I.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 branches de production) implantées sur les 3 îles avec un total de 3000 membres (dont au moins 200 femmes en Grande Comore 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 d'un projet de création d'une mutuelle de santé SNAC, au-delà de 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 existantes du secteur privé sont de petite taille, implantées pour 46% 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, avec des problèmes d'accès aux ports. 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 promoteurs privés jeunes.

I.6 Environnement institutionnel et médias

La décentralisation

Sur le plan politique institutionnel, la nouvelle constitution adoptée le 23 décembre 2001, 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 attribution d'une partie des missions ministérielles. Chaque île est placée sous l'autorité d'un président élu et dispose d'un gouvernement insulaire, qui assure le fonctionnement régulier des pouvoirs publics.

Le Ministre 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'inexistence d'une cour des comptes entrave 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 très important réseau de radios et télévisions communautaires. Leur rôle fondamental 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 (UNICEF/UNFPA). Aux Comores, la radio est le média ayant le plus d'adeptes, ce qui en fait un outil de communication fondamental. Chaque île a ses radios (13 en Grande Comore, 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 très peu suivie par la population compte tenu de son caractère partisan au service du pouvoir. Le pays vient de se doter d'une chaîne de télévision nationale. La presse écrite est très peu diversifiée. En tout quatre journaux hebdomadaires, un quotidien et un trimestriel. Les télévisions étrangères sont accessibles à tous les Comoriens équipés d'antennes paraboliques.

I.7 Lutte contre la pauvreté et Coopération internationale

L'Union s'inscrit dans une perspective d'accès à l'Initiative PPTE et se situe actuellement en fin de phase de surveillance par le FMI et la Banque Mondiale. Les Comores disposent d'un Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté avec 5 axes stratégiques identifiés, dont le dernier "améliorer le capital humain" au sein des 13 actions prioritaires retenues inclue la lutte contre les IST/VIH/SIDA, dans les actions de santé (en ciblant particulièrement la population rurale). Une conférence des bailleurs de fonds est tenue en décembre 2005 à l'île Maurice.

Le projet FADC et les activités génératrices de revenus est entré depuis septembre 2004 en 3ème phase avec 13,5 M\$ pour 4 ans, avec son réseau 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. Ses différents volets : AGR, activités de formation, infrastructures sociales, infrastructures d'appui à la production, infrastructures de désenclavement, Infrastructures pour la protection de l'environnement. Désormais en plus, deux agents de développement communautaire par village sont installés.

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 ne représentait que moins de 16 millions de \$US en 2000. C'est le secteur de la santé qui a vu cette aide le plus diminuer.

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 mise en œuvre.

I.8 Situation sanitaire

1.8.1 La carte sanitaire

Depuis 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 formation sanitaire dans un rayon de 5kms, 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 ambulatoires (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 centrales, telle la Direction des grandes endémies, supervisant le PNLS. Au niveau des îles, la coordination est assurée par la Direction générale de la santé.

1.8.2 Les laboratoires

Les Comores disposent de 24 laboratoires d'analyse médicale dans l'ensemble des 3 îles. Ceci constitue un réseau effectif dans tout le pays, 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 un privé suffisent **quantitativement** à satisfaire les besoins de la population en diagnostic biologique d'IST. Mais **qualitativement**, seuls les laboratoires d'El Maarouf et de Hombo peuvent 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.

Les autres laboratoires 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 d'ordre humain et matériel gênent le bon fonctionnement de ces services.

1.8.3 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. 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 acceptable par la population. Les **antirétroviraux** seront disponibles courant 2005 et sont inclus dans liste des médicaments essentiels.

1.8.4 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	Ratio pop/pers de santé en 2002
Médecins y compris spécialistes	26	68	109	5 414
Pharmaciens	0	13	15	39 343
Infirmiers diplômés d'Etat	112	146	202	2 922
Sage femmes	61	92	77	7 664

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 cités dans le PNDRH, sont les suivants :

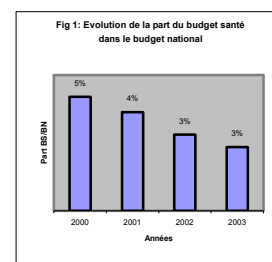
- Déséquilibre exagéré dans la répartition du personnel qualifié (surtout en périphérie). D'où une pénurie de personnel sur certaines îles et dans certaines formations sanitaires.
- Mauvaise gestion d'ensemble du personnel, par rapport à son utilisation et à sa formation.
- Conditions de travail et de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

1.8.5 Financement de la Santé

Le budget national de la santé a subi une diminution régulière entre 2000 et 2003, de 594KMF en 2000 à 408KMF en 2003. Sa part dans le budget national a suivi la même tendance. De plus, 70% à 90% du budget est consacré au paiement des salaires.

Evolution du Budget santé en millions de francs comoriens

Années	2000	2001	2002	2003
Salaires	511	503	487	378
Biens et services	38	40	12	25
Transferts	45	55	58	5
Total	594	598	557	408



1.8.6 Santé communautaire

En dehors du budget national, la diaspora comorienne contribue à la construction de centres de santé de base, mais le montant de cette contribution n'est pas connu.

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 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. Le financement interrompu de fin 2002 à mi 2004, au redémarrage 6 mutuelles étaient encore en fonction avec 2000 bénéficiaires. Il s'agit de 3 mutuelles d'entreprises (PNAC, permanents du Palais du Peuple, Ecole de Munati) et de 3 mutuelles villageoises (Ntsudjini, Ntsoralé, le "village pilote" Dzahani II).

Actuellement, le travail est en cours pour atteindre en 3 ans un total de 20 000 bénéficiaires en Grande Comore à travers 20 unités de "**Sécurité Sociale Villageoise**" basées sur l'organisation sociale traditionnelle villageoise. Ces structures communautaires vont mener les activités connexes mutualistes d'éducation à la santé (pour diminuer les coûts) et de prévention (santé mère-enfant, paludisme, et IEC SIDA).

Des attentes existent sur les 2 autres îles, plus fortement sur Anjouan pour des mutuelles. Démographiquement, l'effectif de la population mohélienne ne suffirait pas pour constituer une base "exploitable" à l'approche dans le cadre de ce projet. Toutefois d'autres études pourront suivre.

II L'approche de la planification stratégique

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 une situation finale à atteindre. Le processus de planification passe par l'analyse de la situation, l'analyse de la réponse, la formulation du plan, la mobilisation des ressources.

Le Gouvernement a demandé au Groupe Thématique d'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 (médecin santé publique, anciennement coordinatrice au PNLS de 1997-2000) 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.

2 Processus d'élaboration : l'approche participative adoptée

(Cf liste annexée des personnes ressources rencontrées)

2.1 Séances de travail

Avec les représentants du PNUD, UNICEF, OMS, UNFPA, puis avec les 3 équipes des PILS (6 VNU) Rencontres des autorités (de l'Union, de la Grande Comore, d'Anjouan, et de Mohéli), des responsables du milieu médical Grande Comore/Union, des responsables ONGs Union, d'acteurs économiques (OPACO, SNAC, MECK, CIDR/SSV), des religieux (Muftorat et Association de Bienfaisance Féminine Comorienne), de l'ex-point focal SIDA Education 1999-2004, des représentants de la Coopération Internationale.

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 de "nouveaux membres potentiels du CNLS" tels que le SNAC et le réseau MECK ont ouvert des opportunités de collaboration aisée et rapide avec le secteur rural particulièrement.

2.2 Tenue d'ateliers de préparation

(Cf liste annexée des participants)

A / Tenue d'un atelier de préparation au processus de planification (sur 2 jours à Moroni)

Avec 16 participants en J 1 (9) santé, (4) ONGs, (1) éducation, (1) Plan, (1) religieux
et 19 participants en J 2 (9) (9) santé, (5) ONGs, (2) éducation, (2) religieux, (1) Conseillère Pdt
non compris l'équipe EC/JBG/Dr MK/Dr HA (4) et PNLS/PILS (8), avec GT NU (3)

2 participants d'Anjouan (# PILS), 1 de Mohéli (# PILS), et 13 à 16 de Gr.Comore ou Union

Ce travail collectif dirigé par l'expert PNUD JB.Gatiani a permis de déterminer, à partir de l'analyse des "forces, faiblesses, opportunités, menaces" de l'environnement "politique, économique, socio-culturel, technologique" du PNLS, les 4 axes stratégiques répondant aux problèmes identifiés comme urgences prioritaires.

B / Tenue d'un atelier avec les acteurs de la réponse communautaire anjouanaise (4h)

avec 19 participants *et en plus PILS/DGS (4)*

Religieux (2), Radios communautaires (3), Radio TV Anjouan (1),

CLAC (3) : Ouani, Tsembehou, M'Remani,

Croissant Rouge Comorien (2), RFD (2), ASCOBEF (2), FAWECOM (2)

Espace Shababi de l'ONG CAP (2),

Cette réunion a permis d'affiner l'analyse rétrospective 2003-2004 et d'aborder les perspectives d'action sur 2005-2006. L'accent a été mis sur la nécessaire interaction entre les actions menées par les ONGs et l'éducation sociale assurée par les religieux, ainsi que sur l'indispensable renforcement de la coordination par le PILS des différentes initiatives communautaires. La forte présence des radios et troupes théâtrales associées aux CLACs a montré le dynamisme culturel intégré à la réponse SIDA, mais aussi le besoin de rationaliser la planification conjointe des efforts mis en œuvre.

C / Tenue d'un atelier avec les acteurs de la réponse communautaire mohélienne (5h)

avec 15 participants *et en plus PILS(2) /DGS (4)*

Religieux (4), Radio Comores/Mohéli (1), Service de Santé Militaire (1)

Croissant Rouge Comorien (1), RFD (2), ASCOBEF (2), FAWECOM (2),

OAC (2) : Association Mdjana hayiri (enseignants)

et Association Féminine pour le Développement de Monimoimoudji

Cette réunion avait les mêmes objectifs que celui animé à Anjouan et a obtenu les mêmes résultats. La richesse des échanges avec les 4 religieux ayant participé activement sont à souligner. La faiblesse des OAC présentes est à relever pour intégrer les besoins de renforcement des capacités et ressources des communautés.

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.

En Grande Comore, la visite du **Centre ASCOBEF de Moroni** avec le jeune encadreur a permis de voir les lieux où se tiennent les ateliers pour les filles mais à l'heure de visite (début d'après-midi) le centre n'était pas fréquenté. Une rencontre organisée le samedi après-midi avec une trentaine de jeunes volontaires secouristes du Croissant Rouge Moroni a permis quelques échanges. Les jeunes étaient âgés d'environ 17-18 ans et avaient terminé leur scolarité, sans pour autant avoir un emploi. Les filles étaient majoritaires. L'expression orale était très limitée (timidité ?) mais a néanmoins montré le niveau superficiel de connaissances relatives au SIDA.

Une rencontre a été organisée à Moroni avec un groupe d'une trentaine de 30 professionnelles du sexe avec 2 "indicatrices" (connues du PNLS). La moitié d'entre elles était des adolescentes et jeunes. Toutes ont fait part de leur extrême difficulté d'imposer le préservatif à leurs clients, bien qu'elles en disposent par approvisionnement auprès de l'indicatrice. Elles connaissent l'existence du risque VIH et ont donc très peur de s'infecter compte tenu de leurs conditions de travail. Certaines ont évoqué leur souhait de pouvoir gagner leur vie en faisant autre chose... Elles n'ont pas parlé de répression policière à leur encontre. Elles apprécient la possibilité d'accéder à la prise en charge de leurs IST à la Clinique ASCOBEF. Elles ont d'autre part affirmé que certains hommes se prostituent aussi.

Sur **Anjouan**, la 1^{ère} visite faite au **CLAC de Domoni** a révélé des locaux adaptés aux causeries-conférences, représentations théâtrales et à la lecture. Mais les 3 seuls jeunes élèves rencontrés (1JH, 2JF) venaient emprunter rapidement des livres et les échanges ont été très limités. Le jeune animateur a paru peu soutenu et démotivé. Le local était mal entretenu et son emplacement excentré pourrait expliquer le peu de fréquentation des jeunes déscolarisés. Par contre, la visite du **CLAC de Ouani** (joutant le centre jeunes "Espace Shababi") a permis de rencontrer dans un cadre bien entretenu, une vingtaine de jeunes élèves de classe de 1^{ère} en train de travailler avec un encadreur scolaire. Des échanges (questions-réponses) ont montré le besoin de renforcer les connaissances et surtout d'aborder la prévention par le risque comportemental réel (et non pas théorique) basé sur le vécu des jeunes filles particulièrement. Aucun livre d'éducation sexuelle ou d'IEC SIDA adapté aux jeunes n'était visible ni connu d'eux. **L'Espace Shababi** pour les jeunes déscolarisés est un centre bien organisé (avec beaucoup d'AGR liées), bien entretenu, et avec des affiches IEC SIDA visibles.

Enfin à **Mohéli**, la visite du **Centre ASCOBEF de Fomboni** n'a pas pu se faire faute de jeunes présents aux heures de visite de l'équipe (12h et 16h). La rencontre d'une vingtaine de jeunes déscolarisés et scolarisés au **CLAC de Nioumachoua** (Nord de l'île) a montré le niveau très faible d'expression des élèves de collèves et la forte demande de préservatifs (liée à ? rupture de stock).

Ces visites de terrain soulignent le besoin URGENT de soutenir les bonnes volontés des jeunes animateurs et de rendre ATTRACTIVE la pratique de l'IEC SIDA avec des supports didactiques écrits et visuels (vidéocassettes et posters). Les CLACs sont appréciés des jeunes scolarisés pour l'accès à la lecture (les livres sont d'ailleurs remarquablement bien entretenus) mais doivent **renforcer l'accès aux jeunes qui ne vont pas à l'école et ne sont pas attirés par la lecture...**

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. 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.

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, ici figurant en tête de paragraphe, que peut-on dire de l'actualité de chacune d'entre elles ?

<p>(1) La coordination des activités est faible du fait de l'inexistence d'un CNLS. Les ministères ont été peu impliqués et le Service MST/SIDA a joué un rôle plus d'exécutant que de coordination.</p>

- PNLS

Le problème des ressources humaines et financières se pose toujours de façon criarde, en terme 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). Il apprécie l'apport du Fonds Mondial, en milieux scolaire et non scolaire, mais s'inquiète sur le manque d'enseignants à impliquer dans les activités (sachant la réaction syndicale à la perspective d'une heure de travail en plus non rémunérée), et espère pouvoir compter sur les moyens des associations féminines villageoises pour mener les activités prévues dans les CLAC au profit des déscolarisés.

Ensuite, "les mentalités surtout avec les religieux". Evoquant la réaction très violente des religieux face à un essai importé d'élection de Miss Comores en 2003, il préconise le dialogue et la patience.

Quant à la Culture, déplorant le manque de budget, il s'en remet à la grande force de la culture comorienne "du moi s'effaçant devant le nous" à exploiter, et à la grande faiblesse "le paraître à tous prix" qui amène la population à se ruiner pour les grands mariages notamment.

- 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 constant 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. Les prévalences mesurées dans le rapport intermédiaire (mars 2004), sont de 0,15% dans la population générale (6 cas), de 3,44% chez les hommes porteurs d'IST (1 cas), de 1,42% chez les travailleuses du sexe (1 cas).
- 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 laboratoire fonctionne, mais, faute de personnel formé en counseling, le dépistage se fait sans counseling, sauf de temps en temps pour le pré-test. Le taux de dépistage très faible s'explique en grande partie également, par la faiblesse de la sensibilisation de la population à la promotion du dépistage. D'autant qu'aucun suivi psychosocial adéquat n'existe et que les ARV ne sont pas encore disponibles. Le fait d'être situé au sein du PNLS semble faire fuir bon nombre de jeunes, du fait de la stigmatisation très forte (cf culture insulaire, et petite dimension de chaque île). Pour autant, la forte participation aux activités menées lors du mois de décembre autour de la Journée Mondiale a montré un accroissement très significatif de 25% des tests effectués. Ce qui permet de souligner la sous-utilisation du centre par rapport à une demande potentielle.

La formation à la PTME vient juste d'avoir lieu au stade de l'initiation (2005). Celle aux ARV du personnel soignant n'a pas encore eu lieu, sauf s'agissant de la formation de 3 formateurs qui s'est effectuée à La Réunion en 2003 et en 2004. Le peu de cas connus (au-delà des 4 déclarés récemment dont certains sont soignés hors Comores) ne rend pas le besoin tangible. Pourtant, les responsables entendus dans les différents entretiens se disent très désemparés devant la perspective de voir dans leurs services plus de malades qu'ils n'en ont vu jusqu'ici. La hantise de la stigmatisation par le personnel soignant est très forte.

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 les conditions techniques d'accès à la numération des CD4 (Cf Projet COI/BAD/Coopé Française). Pour éviter d'avoir à exporter encore à Maurice ou à la Réunion les prélèvements effectués aux Comores.

(4) La décentralisation des activités n'est plus correctement assurée, d'autant plus que les termes de référence des interlocuteurs au niveau des régions leur confèrent des charges assez lourdes.

Les Comités Insulaires de Lutte contre le SIDA ont été créés officiellement par décrets en 07/2003 à Mohéli, en 12/2003 à Anjouan, et en 10/2004 en Grande Comore.

Cette décentralisation institutionnelle s'est accompagnée d'un renforcement des ressources humaines avec l'appui du PNUD qui a doté chaque île en octobre 2004 de 2 VNU nationaux (1 chef de programme et 1 animateur), d'ordinateurs ainsi que d'un véhicule (vétuste et non réparé) à Mohéli. Un véhicule va être affecté à Anjouan et le problème est étudié pour la Grande Comore (où actuellement un seul véhicule sert à tous les programmes).

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.

Les 3 PILS soulignent l'absence de collaboration PILS / PNLS et même l'absence d'information des CILS quand des activités de sensibilisation du PNLS sont menées sur une île.

(5) La connaissance du SIDA dans la population comorienne est une chose acquise.

-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 peuvent 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/utilisé 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, 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, mais beaucoup de jeunes ne croient pas à l'existence du SIDA aux Comores parce qu'ils n'ont encore vu aucun cas. (Cf F)

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).

- Nulle mesure depuis 2000 où cela a été fait (MICS) sur 5242 femmes des 3 îles de la connaissance* de la non transmission du VIH (gestes de la vie quotidienne, moustique, sorcellerie) dans la population. Alors que cette connaissance est fondamentale pour saper la base objective de la stigmatisation. Conditions de témoignage public de PVVIH (même non comoriens mais régionaux) à réunir pour amoindrir le trauma des volontaires.

* 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 **désertier 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....

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 PNLS 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, Affaires sociales, 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*

6- *Absence de plan national de suivi évaluation*

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

Compte tenu de l'urgence de l'élaboration de la proposition VIH/SIDA à soumettre au 7^{ème} série du Fonds Mondial, l'atelier a recommandé la réactualisation du PSN pour d'abord intégrer les nouvelles approches de la lutte et aussi 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 un préalable.

III Analyse de la situation

1 Capacités institutionnelles et organisationnelles

1.1 Coordination et fonctionnement du PNLS

Les Comores, pays à faible prévalence à VIH, se sont dotés 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 PNLS 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 PNLS et soumis à ONUSIDA a été retenu pour appuyer la création de ce centre.

La coordination est assurée aux niveaux central et des îles par le PNLS 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

1.2 CNLS et CILS

Le 1^{er} comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) a été mis en place en 1989 sans description claire des missions et obligations de chaque membre.

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 auprès du Chef de l'Etat assure la présidence. Il est composé de 10 membres. En 2002 seulement, 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 a 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 de fait jamais été invités aux différents ateliers d'élaboration et de consensus des documents de stratégie.

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 PNLS, 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 Mohéli est presque inexistante.

Un comité des leaders religieux a été créé en 2002, mais ses activités pour la lutte contre le sida ne couvrent que la Grande Comore.

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 champs d'action dans les autres îles et à intégrer les leaders coutumiers très influents dans la société comorienne. .

L'Association Féminine de Bienfaisance Comorienne 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).

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.

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 pour régler certains dossiers.

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

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.

2 Situation épidémiologique

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 socio-politique de 1997 à 2001, a fait que seuls les 2 sites de la Grande Comore ont fonctionné.

850 sérums sont prélevés chaque année 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, 89 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..

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 chlamydiae 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 sur les groupes à risque a montré chez 29 hommes porteurs d'IST, un seul cas VIH+, soit 3,44% de prévalence

Répartition selon l'âge et le sexe

âge	sexe	M	F	Total
0-14 ans		4	1	5
15-24 ans		3	7	10
25-49 ans		23	26	49
total		30	34	64

Répartition selon le mode de contamination (nombre de cas)

transfusion sanguine	1
relations hétérosexuelles	67
relations homosexuelles	2
mère-enfant	5
non précisé	0

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
nouveaux cas	4	1	2	4	6	6	6	6	1	4	4	7	10	4	4	2	4
cas cumulés	4	5	7	11	17	23	29	35	36	40	44	51	61	65	69	71	75

Prévalence des principales IST chez les patients présentant des IST et chez les femmes enceintes

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

PNLS mars 2001

3. La sécurité transfusionnelle

La prévention de la transmission par voie sanguine est une des priorités du PNLS, 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. Cette dernière 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 (3,75%) et C (5,59%). 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.

Le manque de suivi-coordination entre les îles, le PNLS et le laboratoire El Maarouf, ainsi que la mauvaise application des techniques de gestion de stock par les laborantins dans les îles entraînent des ruptures fréquentes dans les structures insulaires.

Résultats des tests réalisés en 2004 pour le don du sang
au laboratoire de l'hôpital El Maarouf

Tests réalisés	nombre	positifs	négatifs
HIV 1 et 2	1765	0	1765
Ag HBS	1765	66 (3,73%)	1699
anti HCV	1305	73 (5,59%)	1232

4. Prévention et IEC

Depuis la mise place du PNLS, prévenir la transmission du VIH par Information-Education-Communication a été une priorité. 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 du préservatif est assurée avec distribution à base communautaire dans les districts et auprès des travailleuses de 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, le FAWECOM et en plus par l'ONG CAP à Anjouan, le CRM à Mohéli et d'autres ONG locales.

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 la promotion de la santé de la reproduction chez les adolescents et les jeunes. Les activités ciblent surtout les jeunes en milieux scolaire et non scolaire avec ses 3 centres jeunes (1 par île) et sa clinique à Moroni. L'UNICEF appuie un centre d'écoute. L'UNFPA appuie l'ASCOBEF avec des contrats de sous-traitance.

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 :

- 2 enquêtes de séroprévalence sur les travailleuses de sexe,
- 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

4.3 Le Croissant Rouge Comorien

Largement représenté au niveau national, Il est organisé en comité régional au niveau des îles et en comités locaux dans certains villages. 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 en fidélisant les donneurs, la sensibilisation à travers les pièces théâtrales. Les préservatifs distribués proviennent de la Fédération du Croissant Rouge.

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

L'absence de relation entre le Croissant rouge et le PNLS ne facilite pas la coordination des activités.

4.4 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.

4.5 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 et 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 MFK, 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.

4.6 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.

5. La vulnérabilité des groupes à risque

5.1 Les travailleuses du sexe

Aux Comores, la prostitution n'est ni légale ni autorisée. Mais l'enquête 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 et sans suivi.

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 séropositive dans ce milieu avec un taux élevé d'IST. Le plus inquiétant, c'est le nombre de TS qui a doublé.

5.2 Les porteurs d'IST

Les IST 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 une clinique pour la santé de la reproduction. Sa fréquentation est croissante et les jeunes peuvent y trouver un cadre de prise en charge plus adapté à leur besoin.

5.3 Les militaires

L'armée comorienne est constituée de plus de 2000 hommes, depuis plus d'une dizaine d'années. Des activités de prévention et de distribution de préservatifs sont organisées au sein du Service de Santé Militaire en collaboration avec le PNLS.

Plusieurs militaires ont fait le test du dépistage, soit lors du recrutement, soit au départ à l'étranger en stage de longue durée, ou bien lors du don du sang. Un seul cas a été dépisté séropositif en 1998 ; il s'agissait d'une contamination à l'étranger.

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/sensibilisation et de distribution de préservatifs ont été renforcées au niveau de l'armée. Jusqu'aujourd'hui, aucun cas de VIH+ n'a été notifié, mais une consultation sur 20 au SSM concerne une IST.

6 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, qui peuvent être considérés "groupe à risque" du fait du comportement naturellement "à risque" en général, lié à l'apprentissage de la vie et de la sexualité.

Aux Comores , plus de 50% de la population est constituée par les moins de 25 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.

6.1 Jeunes scolarisés

L'engagement politique manifesté a été traduit par la désignation au sein des Ministères de l'Education National et des Iles des points focaux pour la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire. Instituteurs, professeurs des collèges et lycées ainsi que des conseillers pédagogiques ont bénéficiés des formation sur les IST/ VIH/ SIDA. Des modules de formations ont été intégrés dans le programme d'enseignement. Des clubs anti-sida ont été formé et mis en place dans des établissements scolaires publics et privés. Aujourd'hui 100 établissements scolaires ont intégré l'enseignement des IST/VIH/SIDA.

6.2 Jeunes non scolarisés

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.

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 2006, 1000 femmes testées, aucun cas de séropositif n'a été notifié.

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 oeuvrant 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.

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.

10 Migrations

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

11 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
- La Coopération Française apporte un soutien technique et matériel de laboratoire et la formation des médecins sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH
- Le PNUD appuie le PNLS à travers un projet intitulé "Appui à l'action nationale de lutte contre le SIDA" surtout en plaidoyer et a mis en place des VNU nationaux au niveau des 3 îles
- Le Fonds Mondial finance un projet axé sur la prévention des jeunes en milieu scolaire et non scolaires sur la prise en charge des PVVIH, sur les professionnels du sexe et sur l'accès aux ARV

- 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, la formation des médecins sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

IV Analyse de la Réponse

	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Politique	<p>Cadre légal/structurel</p> <p>Institution du nouveau cadre stratégique</p> <p>PNLS logé</p> <p>Engagement national et insulaire</p> <p>Engagement des partenaires</p>	<p>Ressources humaines (qualité, quantité)</p> <p>Ressources financières</p> <p>Matériels / équipements/communications</p> <p>Répartition des compétences PILS/PNLS (1)</p> <p>Pas de "motivation" du CNLS (2)</p>	<p>SIDA inscrit comme priorité dans la politique nationale et dans le DSRP</p> <p>Colloque VIH océan indien à Moroni en 2007</p> <p>Réconciliation nationale</p> <p>Engagement des Oulémas</p> <p>Organisation 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 élaboration</p>	<p>Textes de loi non appliqués</p> <p>Cadre institutionnel fragile. Persistance de la crise Anjouanaise</p>
Econo-mique	<p>Engagement des partenaires au développement</p> <p>Inscription d'une ligne budgétaire VIH/SIDA dans le budget national</p> <p>Fonds Mondial disponible</p> <p>Implication du secteur privé dans</p>	<p>Fonds alloués mais difficilement mobilisables</p>	<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>Projet de promo d'AGR</p>	<p>Pauvreté</p> <p>Irrégularité du paiement des salaires</p> <p>Chômage, Exode rural</p> <p>Secteur privé limité</p>

	la lutte contre le VIH/SIDA			
Socio Culturel	<p>Développement du tissu associatif et communautaire</p> <p>Implication des religieux</p> <p>CLAC existants dans tout le pays ainsi que les foyers de jeunes (villages/quartiers)</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>Pas d'éducation sexuelle à l'école</p> <p>Augmentation des divorces</p>
Techno-logique	<p>Médias communautaires</p> <p>Existence des structures sanitaires</p> <p>Disponibilité des préservatifs</p> <p>Moyens de dépistage</p> <p>Elaboration d'un plan d'accélération des efforts de prévention</p>		<p>Désenclavement régional</p> <p>Internet pas à portée de tout le monde</p> <p>Dimensions des îles</p> <p>Accessibilité géographique</p>	<p>Vols directs avec pays proches très touchés</p> <p>Tourisme incontrôlé (4)</p> <p>TVs incontrôlées</p> <p>Forte imitation des cultures étrangères</p>

(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 (PSR/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 1%)

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 : SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE**
Traitement, soins et soutien, Prise en charge des IST, dépistage, surveillance épidémiologique, prise en charge global des PVVIH
- **Axe stratégique 4/ : ENVIRONNEMENT FAVORABLE**
Protection des PVVIH, cadre légal (lutte contre la stigmatisation)
- **Axe stratégique 5 : COORDINATION, SUIVI ET EVALUATION**
Supervision, monitoring, réunions, étude et recherche,

Les priorités établies par approche participative (URGENT / IMPORTANT)
des activités à mener et des groupes cibles

1. Ressources financières et humaines (très urgent/très important)
Min. Finances, Parlement, Bailleurs de fonds, Min. Fonction publique, Min. Sectoriels (Santé, autres ministères)
 2. Coordination
Autorités leadership politique, administratif et religieux
Partenaires de lutte ONG, religieux, bi latéraux, multilatéraux
 3. Lutte contre le Dénier
PVVIH, Religieux, Population générale, Personnel de santé, Médias
 4. Dimension multisectorielle
Présidence, Min. Plan, Min. Education, Min. Culture, Min. Jeunesse & Sports, Ministère Défense, Secteur Privé, artistes
 5. Renforcement des Capacités
Vice-Présidence chargée de la santé, Ministère de la Santé, Parlement, Ministère de la Justice
 6. Prévention (sensibilisation, formation)
PNLS, PILS, ONGs, OACs, Structures sanitaires, Médias, Oulémas, Groupes cibles prioritaires : jeunes, militaires, migrants, professionnelles du sexe
 7. Accessibilité aux Préservatifs (élaboration de la stratégie complète : du besoin évalué au fournisseur, au distributeur et à l'utilisateur)
Vice Présidence en charge de la santé, Ministère de la Santé, DG Santé, PNLS, PILS, structures sanitaires, ONGs
- Ont été considérées Importantes mais Pas Urgentes
8. Lutte contre la stigmatisation
PVVIH, Religieux, Population générale, Personnel de santé, Médias
 9. Surveillance épidémiologique
Min. Santé, PNLS, SNIS (Système national d'information sanitaire), OMS
 10. Suivi-évaluation
Vice Présidence en charge de la santé, CNLS, PNLS, PILS
 11. PEC des PVVIH
Vice Présidence en charge de la santé, Min. Santé, structures sanitaires, Min. Affaires sociales, ONGs, association de PVVIH, structures familiales

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/hôtellerie
- militaires et détenus
- Taximen

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
- Jeunes 10-24 ans
- Militaires et détenus
- Familles affectées
- Nouveaux-nés de mère séropositive

Axe stratégique 4 :

- PVVIH,

- Familles affectées,
- Personnel juridique et judiciaire
- Législateurs
- Milieu de travail

Axe stratégie 5 :

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

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 plus importantes, 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 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 composé d'un point focal ayant des compétences dans le domaine de suivi et 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 coordonne la collecte, la saisie, l'analyse et la diffusion des données ; assure la mise à jour de la base de données ; coordonne les activités d'évaluation et de recherche, incluant les enquêtes comportementales, dans le cadre du programme de réponse au VIH et au SIDA ; assure le renforcement des capacités des partenaires en suivi et évaluation et établit des rapports semestriels permettant d'avoir

une vision globale de l'évolution des activités de lutte au niveau national et des 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 PNLS. Les données routinières des programmes concernent les indicateurs de couverture, qualité et accessibilité des services. Elles fournissent des informations sur les produits obtenus. Le point focal Suivi et Evaluation du PNLS collectera, contrôlera et analysera les données pour rapport au coordinateur national.

La collecte se fera selon le schéma suivant :

- Identification et listing de tous les prestataires de service
- Envoi périodique par le PNLS des fiches standard de collecte de données (voir en annexe) 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 collectés par l'Unité de Suivi et Evaluation. Les différents types d'enquête 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 PNLS, 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, contrairement aux plans précédents, le nouveau plan de Suivi et Evaluation met l'accent sur les mesures de couverture des populations ciblées (Travailleuses du Sexe, Migrants, Jeunes, Prisonniers) et l'accès aux services de prise en charge, en particulier des maladies 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 des stratégies de collecte des données

SOURCE DES DONNEES	DUREE DE COUVERTURE DES DONNEES	FREQUENCE DE COLLECTE	RESPONSABILITE INSTITUTIONNELLE POUR LA COLLECTE
I. 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

SOURCE DES DONNEES	DUREE DE COUVERTURE DES DONNEES	FREQUENCE DE COLLECTE	RESPONSABILITE INSTITUTIONNELLE POUR LA COLLECTE
			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	
6. Analyse des dépenses	Année fiscale	Annuelle	Unité de Suivi Evaluation du PNLS
7. Enquêtes sociologiques	En fonction des besoins	Ponctuelle	Unité de Suivi Evaluation du PNLS

SOURCE DES DONNEES	DUREE DE COUVERTUR E DES DONNEES	FREQUENCE DE COLLECTE	RESPONSABILITE INSTITUTIONNELL E POUR LA COLLECTE
diverses	émergents		
8. Indice Composite des Politiques Nationales (NCPI) et Indice du « Three-Ones »	Janvier- Décembre	biennale	Unité de Suivi Evaluation du PNLS

VIII Budget 2005-2009 par axes stratégiques

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) 2008-2012

N° Axe	Axe stratégique	Montant	Pourcentage
1	Leadership exercé	545 739	12. 42
2	Technologies de Prévention	881 612	20. 06
3	Surveillance & Prise en charge	2 710 901	61. 68
4	Environnement favorable	95 016	2. 16
5	Coordination, suivi - évaluation	161 634	3. 68
Total		4 394 902	100

X. Conclusion

Ceci est un document 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 avec les trois îles et avec l'Union.

Toutefois, étant pluriannuel (2008-2012) et multisectoriel, le Plan Stratégique National ne peut donc pas prétendre à être exhaustif. Mais il se veut flexible, car devant servir de base 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 quatre 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.

