

UNION DES COMORES

*Unité- Solidarité- Développement*

-----  
**PRESIDENCE DE L'UNION**  
-----

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
-----

SECRETARIAT EXECUTIF  
-----

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL (PSN)  
DE LUTTE CONTRE LE VIH/LE SIDA  
2011-2015**



# Sommaire

Sommaire .....	2
Sigle, Abréviations .....	3
Résumé exécutif .....	4
INTRODUCTION .....	6
1. ANALYSE DE LA SITUATION.....	7
1.1. Présentation du pays .....	7
1.1. Situation actuelle de l'épidémie .....	8
1.1.1. Evolution des cas de VIH+ entre 1988 et 2010 .....	8
1.1.2. Répartition par âge et par sexe des personnes infectées par le HIV .....	9
1.1.2. Modes de transmission .....	10
1.1.3. Système de surveillance épidémiologique .....	11
1.2. Déterminants critiques de l'épidémie.....	13
1.2.1. Les comoriens qui voyagent et les migrants.....	14
1.2.2. Comportements associés à un risque probable, bien qu'insuffisamment documenté .....	14
1.2.3. Les déterminants culturels .....	16
1.2.4. Autres déterminants.....	19
2. ANALYSE DE LA REPONSE PAYS .....	20
2.1. Historique de la Réponse Nationale à l'épidémie.....	20
2.1.1. Réponse du Gouvernement.....	20
2.2. Développement des actions de prévention .....	25
2.3. Diagnostic et dépistage.....	29
2.4. Traitement des IST .....	34
2.5. Prise en charge des PVVIH .....	35
2.6. Analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM) ou (SWOT) .....	36
3. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/LE SIDA.....	39
3.1. Principes directeurs .....	39
3.2. La Vision nationale de la lutte contre le VIH/Sida .....	40
3.3. Objectif général du PSN .....	40
3.4. Axes stratégiques.....	40
3.5. Résultats attendus .....	40
3.6. Interventions nécessaires pour atteindre les résultats attendus .....	41
4. Budgets.....	47
5. Développement d'un Plan national de suivi et évaluation.....	48
6. Cadre logique.....	51

## Sigle, Abréviations

ARV	:	Antirétroviral (aux)
CDAG	:	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CILS	:	Comité Insulaire de Lutte contre le Sida
CNLS	:	Comité National de Lutte contre le Sida
COI	:	Commission de l’Océan Indien
DSCR	:	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
IEC	:	Information Education Communication
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PILS	:	Programme Insulaire de Lutte contre le Sida
PNAC	:	Pharmacie Nationale Autonome des Comores
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PTME	:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l’Enfant
PVVIH	:	Personne Vivant avec le VIH /sida
SIDA	:	Syndrome d’Immunodéficience Acquise
TDS	:	Travailleuses de Sexe
VIH	:	Virus de l’Immunodéficience Humaine

## Résumé exécutif

Comparé au reste de l'Afrique Sub-saharienne (AS-s), et même à d'autres pays de l'Océan Indien, la prévalence du VIH aux Comores reste inférieure à 0,05%, avec tout de même une augmentation notable des cas nationaux durant le dernier quinquennat. Le VIH affecte préférentiellement les femmes à un âge plus jeune que les hommes, très probablement à travers des rapports hétérosexuels intergénérationnels.

La transmission des IST, indicatif de là où le VIH pourrait potentiellement se concentrer, existe parmi les Travailleuses de sexe (TS), relativement peu nombreuses, les patients avec IST dont la plupart échappent aux statistiques, et probablement aussi parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) dont la visibilité a augmenté récemment, ainsi que parmi les jeunes et les adultes à leur contact. Cette transmission des IST et du VIH pourrait être aggravée par le relatif haut niveau de multi-partenariat sexuel concomitant prévalant dans la plupart de ces groupes.

Quelques enquêtes, dont une générale en population et deux surveillances sentinelles, ont permis de documenter la prévalence du VIH et de quelques IST. Ces enquêtes toutes datent d'il y a quelques années. L'EDS de 1996 et le MICS de 2000 ont indiqué une bonne connaissance générale du VIH/sida par les hommes et les femmes. Elles ont aussi montré nettement une moins bonne connaissance concernant les facteurs de risque comme démontré par la faible utilisation du condom avec un partenaire irrégulier. Des études et les enquêtes de surveillance sentinelle en 2003, 2005 et 2007, ont également révélé une relative faible utilisation du condom parmi les TS.

Malgré l'existence du matriarcat, d'un faible niveau de polygamie et d'une solidarité familiale forte vis-à-vis des femmes divorcées, les femmes comoriennes restent vulnérables socialement et économiquement. Elles le sont aussi lorsqu'elles sont l'épouse d'un HSH. L'existence d'abus, parfois sexuels à l'encontre d'enfants a été récemment documentée suite à l'ouverture d'un centre d'écoute des jeunes. Aux migrants comoriens circulant traditionnellement entre leur pays et la France et Madagascar, se sont ajoutés d'autres types de migrants qui voyagent vers des régions hautement endémiques du continent ainsi que vers l'île de Mayotte.

Bien qu'une proportion significative de jeunes comoriens continue de partir étudier en France et à Madagascar, le paysage éducatif aux Comores a été bouleversé depuis la création, en 2003, de l'Université des Comores (UDC) qui attire de nombreux jeunes, principalement des zones rurales. La plupart de ces jeunes étudiants pratique une grande liberté sexuelle entre eux et avec les adultes des villes. Ces différents réseaux sexuels: TS et leurs clients, personnes avec IST, jeunes entre eux, jeunes filles avec adultes urbains et jeunes garçons avec HSH, viennent en contact entre eux

épisodiquement constituant autant de passerelles pour la propagation du VIH dans la population.

Etant donné la très faible prévalence, la réponse du pays peut être qualifiée de significative. Dès l'apparition des premiers cas en 1988, le Gouvernement Comorien (GC) a mis en place des structures de coordination de la lutte (CNLS, CILS, DNLS); il a collaboré pleinement avec ses partenaires, notamment les agences des Nations Unies et d'autres partenaires financiers ainsi que la société civile, notamment les ONG, les associations et les religieux. Cependant, l'analyse des interventions indique des faiblesses dans l'IEC et la CCC qui devraient être plus agressives, plus systématiques et plus généralisées, notamment dans les écoles. Il est à noter également d'autres faiblesses importantes notamment une exploitation insuffisante des canaux media existants dont la ligne verte; un cadre de loi pour les PVVIH toujours en chantier; une collaboration insuffisante avec les ONG et les associations, notamment concernant la sensibilisation des groupes cibles; une couverture lacunaire en condoms, en particulier dans les zones rurales; un conseil et dépistage anonyme gratuit peu utilisés alors qu'une demande potentielle existe telle que révélée par les quelques Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) mobiles.

En revanche, malgré une forte stigmatisation des rares PVVIH, y compris par le personnel de santé, les aspects médicaux de la lutte semblent être plus performants bien que des ajustements soient nécessaires, notamment la simplification du schéma diagnostique des cas dépistés, la nécessité de verrouiller la PTME en identifiant les refus et/ou fuites aux différents niveaux. Le suivi de la file active de PVVIH pourrait être amélioré par la réparation du compteur CD4 en panne depuis 2 ans, par une meilleure documentation des caractéristiques des PVVIH, comme la notation du stade de l'infection et le niveau de résistances aux molécules utilisées.

Le pays devra impérativement améliorer sa connaissance de l'épidémie au travers d'enquêtes régulières (surveillance sentinelle, enquête combinée biologique et comportementale, etc.) et de ses progrès dans la lutte au travers d'un système de suivi évaluation effectif. Dans l'intervalle, les données disponibles suggèrent une réorientation stratégique focalisant les efforts sur les groupes le plus exposés : TS, patients avec IST, HSH, jeunes, et les adultes au contact des jeunes en priorisant les interventions sur la CCC, la disponibilité du condom et des lubrifiants à base aqueuse pour les HSH et enfin la lutte contre la stigmatisation et la discrimination qui handicapent le bon déroulement de la plupart des interventions.

# INTRODUCTION

Plus d'un quart de siècle après l'apparition des premiers cas de sida, la pandémie du VIH/Sida reste un problème majeur de santé publique dans le monde. En dépit des progrès réalisés en matière de prévention et de traitement, la situation épidémiologique reste toujours préoccupante. Le virus infecte et tue aujourd'hui des millions de personnes partout dans le monde et l'augmentation du nombre d'infection constitue une menace pour le développement socio-économique de nombreux pays et le bien-être de leur population.

Le Gouvernement Comorien (GC) a inscrit la lutte contre le VIH/Sida parmi ses préoccupations majeures en la plaçant au premier plan. En 1990, le Gouvernement Comorien, en collaboration avec ses partenaires internationaux, a mis en place le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), devenu depuis 2009 la Direction Nationale de Lutte contre le Sida (DNLS) qui est chargée, en collaboration avec les secteurs concernés, de mettre en œuvre les interventions en matière de prévention et de suivi et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

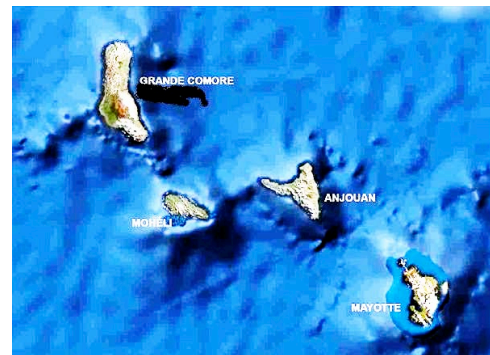
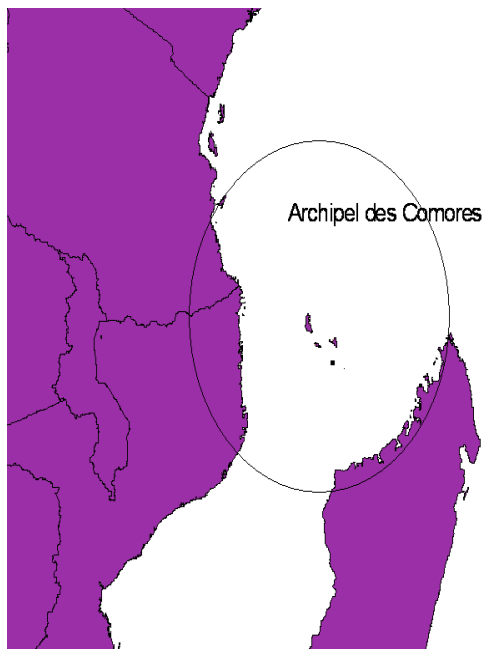
L'engagement des autorités comoriennes a été structuré et encadré selon un Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida. Un éventail de programmes et de services, supportés par des documents techniques de qualité, a été mis en œuvre pour sensibiliser le public afin de prévenir la propagation du VIH, réduire la stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et améliorer la qualité et la durée de vie des PVVIH. Alors que des résultats tangibles ont été obtenus, la réponse actuelle du pays reste insuffisante pour prévenir une progression de l'épidémie. Il est donc apparu nécessaire, de procéder à la réactualisation de l'analyse de la situation et à une revue critique de la stratégie d'intervention.

Le présent PSN, fondé sur des consultations exhaustives auprès de nombreuses personnes et structures a pour but: (i) d'évaluer les progrès accomplis; (ii) tirer les leçons des interventions menées jusqu'ici; et (iii) réévaluer de manière critique les déterminants de l'épidémie dans le pays afin de réorienter la stratégie de lutte et d'identifier les nouvelles actions à mettre en œuvre. Le PSN vise à favoriser la mise en commun des efforts dans le pays en encourageant des partenariats efficaces entre le système de santé, qui joue un rôle primordial, et les autres secteurs concernés.

## 1. ANALYSE DE LA SITUATION

### 1.1. Présentation du pays

L'Union des Comores fait partie des Petits Etats Insulaires en Développement (PIED). Elle est située à l'entrée Nord du Canal de Mozambique entre l'Afrique orientale et le Nord-Ouest de Madagascar et elle couvre une superficie totale de 2.236 km<sup>2</sup> répartie inégalement sur quatre îles: Ngazidja (Grande Comore) 1.148 km<sup>2</sup>, Ndzuwani (Anjouan) 424 km<sup>2</sup>, Mwali (Mohéli) 290 km<sup>2</sup> et Maoré (Mayotte) 374 km<sup>2</sup>.



Carte des Comores

La population comorienne est estimée, en 2010, à 687052 habitants inégalement répartie entre les îles. Elle connaît encore une évolution relativement rapide avec un taux d'accroissement intercensitaire annuel moyen de 2,1%. La structure démographique est aussi marquée par le poids des jeunes qui représentent 53% de la population pour les moins de 20 ans et 42% pour les moins de 15 ans. Les femmes représentent 50,4% de cette population qui vit essentiellement en milieu rural (72,1 %). Les femmes en âge de procréer représentent 23,6%.

Le niveau de fécondité, caractérisé par un taux de natalité de 35,6 pour mille et un indice synthétique de fécondité de 5,3 enfants par femme, demeure élevé. Entre 1991 et 2003, l'espérance de vie à la naissance s'est nettement améliorée en passant de 56,5 ans à 65,5 ans, soit un gain de 9,6 ans pour le sexe féminin (57,3 ans en 1991 à 66,9 ans en 2003) et 8,7 ans pour le sexe masculin (55,6 ans en 1991 à 64,3 ans en 2003). Le taux

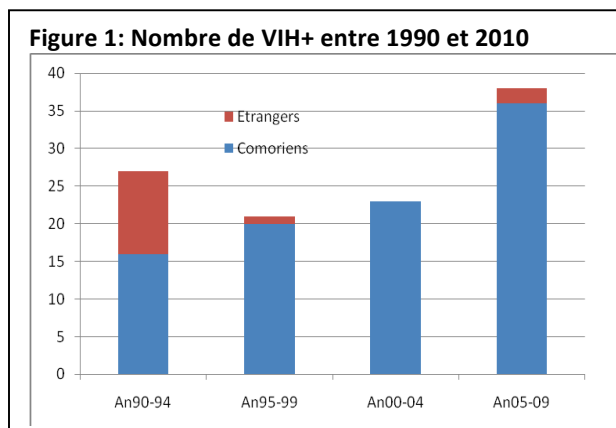
de mortalité maternelle est de 381 décès pour cent mille naissances vivantes en 2003. En 2000, le taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union était estimé à 19,4% (MICS 2000) ; en 2004, il est de 13,9 % chez les femmes en âge de procréer (EIM 2004). On note une Couverture CPN acceptable (72,7% des femmes enceintes âgées de 15-49 ans ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale (EIM2004) et 61,8 % des accouchements ont été assistés).

Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,547, l'Union des Comores est classée au 132<sup>ème</sup> rang sur 177 pays (Réf. Rapport Mondial sur le Développement Humain de 2005 du PNUD). Quant à l'indice de pauvreté humaine, il est estimé dans ce même rapport à 31,2 %. Le ratio des taux de scolarisation des filles par rapport à celui des garçons inscrits à l'enseignement primaire est de 0,96. Les données disponibles sur le taux de scolarisation dans le secondaire en 2003 montrent un rapport filles/garçons de 0,8. En ce qui concerne l'égalité des sexes, la part des femmes dans l'emploi est évaluée, en 2004, à 13,7% et celle des femmes parlementaires est de 0,2%. Ces données traduisent un déficit important en matière de participation de la femme dans les sphères de décisions et également en matière de droit à la santé et à l'éducation.

### 1.1 Situation actuelle de l'épidémie

L'épidémie est estimée à moins de 0,05%. L'augmentation du nombre de cas de VIH a tendance à progresser parmi les nationaux ces dernières années. Cependant, cette tendance n'était, jusqu'en 2005-2007, toujours pas significativement visible parmi les TS et les patients IST, les HSH échappant aux statistiques. Le faible niveau de dépistage volontaire et le caractère incomplet de la couverture PTME sont insuffisant pour évaluer la progression de l'épidémie. La contribution des IST à la transmission du VIH ne peut être estimée vu l'absence de données. L'absence de données plus précises et récentes sur les groupes les plus exposés (TS, Patients IST et HSH) combinée à des facteurs culturels (faible utilisation du condom, notamment dans les rapports avec les TS, réseaux sexuels de multi-partenariat concomitant, sexe intergénérationnel, HSH dissimulant leur orientation sexuelle) constituent un terrain propice à une progression accélérée de l'épidémie.

#### 1.1.1. Evolution des cas de VIH+ entre 1988 et 2010



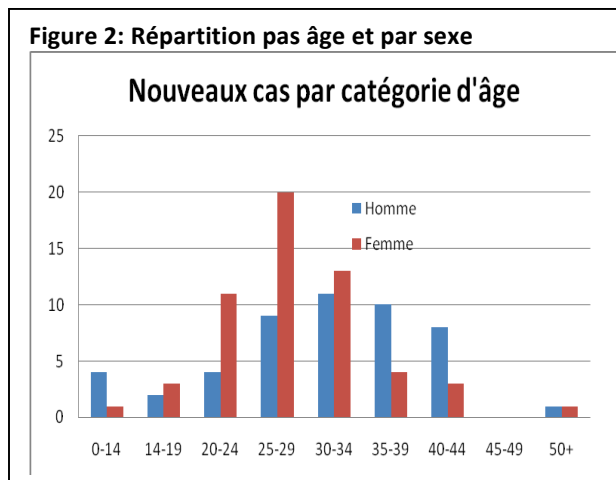
Trois premiers cas de VIH/Sida ont été détectés dès 1988. A ce jour 106 cas d'infection à VIH ont été diagnostiqués selon un rythme qui s'est accru significativement au cours du dernier quinquennat, par rapport au quinquennat précédent (+81%) (Voir figure 1). Le premier quinquennat comporte une forte proportion d'étrangers, la plupart



résidant pour quelques années aux Comores. Si on se limite aux seuls cas comoriens, on constate qu'il y a une accélération de l'augmentation du nombre de cas au cours des dernières années.

Selon l'étude à base communautaire de 2003<sup>1</sup>, 17% des adultes connaissaient un centre de dépistage anonyme et gratuit et 8% avaient déjà subi un test de dépistage du VIH/Sida. Les différents dépistages (dépistage « volontaire » des femmes enceintes, le conseil et dépistage volontaire, le dépistage des donneurs de sang et l'enquête à base communautaire n'ont identifié que quelques cas. La plupart des cas connus ont donc été identifiés sur base clinique chez des patients commençant à présenter des symptômes - le stade de l'infection n'étant pas enregistré.

### 1.1.2. Répartition par âge et par sexe des personnes infectées par le HIV



Sur les 106 cas VIH+ rapportés depuis 1988 (dont 40 sont décédés, soit 38%). Alors que le ratio homme/femme (0,89) montre une prédominance des femmes, l'âge médian des hommes est de 32 ans et l'âge médian des femmes est de 28 ans (voir graphique 2). En raison : (i) du faible nombre de dépistages récents (540 en 2010 à Ngazidja pour PTME, dépistage volontaire et prescription médicale ); (ii) de la très faible présence du VIH chez les TS dans

les quelques enquêtes ciblées réalisées à ce jour; (iii) du caractère marginal de la prostitution formelle aux Comores (voir la section sur les travailleuses du sexe ci-dessous); et (iv) l'absence de femmes d'origine étrangère dans la liste PVVIH qui constituent une proportion importante des TS; on ne peut pas attribuer la plus forte probabilité pour les femmes d'être infectées dans les catégories d'âge inférieures à 35 ans à une meilleure couverture du dépistage ou à la prostitution. La différence d'âge au premier mariage entre homme (âge médian=27,0 ans) et femmes (âge médian=18,5 ans) peut expliquer en partie l'âge plus jeune des femmes infectées lorsque la transmission a lieu au sein du couple. Enfin, les rapports sexuels hors mariage se passent plus souvent entre des jeunes filles et des hommes nettement plus âgés dans un cadre plus large de multi-partenariat concomitant (voir sections sur les jeunes ci-dessous).

<sup>1</sup> Prévalence du VIH, de la syphilis et des IST parmi la population adulte et les groupes à risque des îles Comores  
Rapport de recherche: Yasmina Dada, François Milord, Eric Frost, Jacques Pépin.

Les femmes sont plus précocement infectées que les hommes, notamment celles âgées de 25 à 29 ans. Par rapport à beaucoup d'autres pays africains et/ou musulmans le statut de la femme comorienne est relativement privilégié en raison notamment de la tradition matriarcale et le caractère marginal de la polygamie. Il y a cependant une proportion croissante de divorces. Néanmoins, les femmes divorcées bénéficient de la solidarité familiale et, même avec plusieurs enfants, ont une grande facilité pour se remarier<sup>2</sup>. Les épouses des hommes bisexuels (voir section sur Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plus bas) sont plus exposées à l'infection vu le risque plus élevé pour leur mari de contracter une IST lors d'un rapport homosexuel. Enfin, la pauvreté croissante liée à la crise économique contraindrait certaines femmes seules (séparées ou divorcées) et parfois même mariées (avec ou sans le consentement de leur conjoint<sup>3</sup>) à rechercher des partenaires sexuels pour des raisons financières.

### **1.1.2 . Modes de transmission**

La transmission hétérosexuelle est la voie dominante, suivie par la transmission mère-enfant. Elle n'est cependant documentée dans les rapports épidémiologiques que dans 44 cas sur les 109 connus de VIH+: 7 cas de transmission mère-enfant, 2 cas par transfusion et les cas restant à travers des rapports hétérosexuels. De même, vu la stigmatisation des rapports sexuels entre hommes et la non reconnaissance de ce phénomène jusqu'à récemment, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dissimulent le plus souvent leur orientation sexuelle, notamment en épousant une femme et en ayant des enfants, tombant ainsi dans la catégorie des bisexuels (voir section Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plus bas). La sécurité transfusionnelle est effective depuis 1990 à l'hôpital El Maarouf et partout depuis l'arrêté ministériel la généralisant en 2000, supprimant théoriquement tout risque à travers ce mode de transmission. Toutefois, les tests de dépistage ne sont pas disponibles dans tous les centres hospitaliers.

---

<sup>2</sup> De 89 % à 15-19 ans, la proportion des femmes en union passe à 52 % à 20-24 ans. À partir de 30 ans, cette proportion devient très faible: 7 % dans le groupe d'âge 30-34 ans, et moins de 1% des femmes restent célibataires à partir de 40 ans.

<sup>3</sup> ONG Stop Sida, Mme Alfeine Asmine, Ndzouani

### 1.1.3. Système de surveillance épidémiologique

Entre 1991 et 1994, sur un échantillon de plus de 16,000 femmes enceintes testées pour

Tableau 1: Surveillances sentinelles					
		1996		2006	
		VIH+	RPR+ TPHA+	VIH+	RPR+ TPHA+
Femmes enceintes	Ngazidja	1/881 (0,1%)	32/881 (3,6%)	0/431 (0,0%)	36/431 (8,4%)
	Ndzouani	0/504 (0,0%)	20/404 (4,0%)	0/330 (0,0%)	1/330 (0,3%)
	Mwali	0/87 (0,0%)	6/87 (6,9%)	0/86 (0,0%)	2/83 (2,3%)
Patients IST	Ngazidja	0/1765 (0,0%)	79/1765 (4,5%)	0/141 (0,0%)	6/141 (4,25%)
	Ndzouani	1/1029 (0,1%)	59/1029 (5,7%)		
	Mwali	0/456 (0,0%)	14/456 (3,1%)		

le VIH, pas un seul cas VIH ne fut trouvé. En 1995 la prévalence VIH était de 0,06% parmi 3250 femmes enceintes testées, de 0,07% parmi 1472 patients IST et de 0% parmi 1068 donneurs de sang<sup>4</sup>. Les surveillances sentinelles de 1995 et 2006 (voir tableau 1) ne montrent, sur une période de 10 ans, aucune progression de l'épidémie VIH et une situation très variable concernant la sérologie à tréponème.

#### a) Les enquêtes spécifiques

En 1987-1988, sur 2540 malades, dont 719 patients suspects d'IST, vus à l'hôpital El Maarouf, un seul cas VIH était identifié<sup>5</sup>. En 1996, la seule Enquête Démographie et Santé menée aux Comores, comportait un volet VIH /Sida montrant qu'alors que 98% et 99% des femmes connaissaient le Sida, respectivement 37% et 17% ne connaissaient aucun moyen d'éviter de contracter le Sida et 20% et 33% des hommes savaient qu'avoir un seul partenaire permettait d'éviter de contracter le Sida. Seulement 6% des hommes savaient qu'il faut éviter les rapports avec les TS et 4% savaient qu'il faut éviter les rapports homosexuels. Alors que 43% des femmes percevaient que le risque de contracter le Sida était important, 4%, soit 10 fois moins d'homme avaient cette perception. Concernant le changement de comportement, en matière de multi-partenariat, 30% des femmes se limitaient à un seul partenaire et 4% avaient limité le nombre de leurs partenaires et respectivement 39% et 21% pour les hommes. En 2003, une enquête par une équipe de l'Université de Sherbrooke (Canada) a montré que le taux de VIH dans la population était de 0,025%.

<sup>4</sup> Toyb M, Lombart JP, Binti Abdou A, Oumadi A, Molines C, Josse R. Sida et infection à VIH en République Fédérale Islamique des Comores; (1988-1995). Med Trop 1997;57:59-61

<sup>5</sup> Petat E, Martinet F, Barin F; Prevalence of HIV infection in the Comoros Island; Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, No 11, 1990

<b>Tableau 2 : Enquêtes spécifiques sur les Travailleuses du sexe et les hommes avec une IST</b>			
	TS 2004 (n=70)	TS 2005 (n=83)	Hommes avec IST 2003 (n=58)
Age en années, médiane (EIQ)	25 (19–33)	24 (19–29)	25 (22–32)
Age au premier rapport sexuel en années, médiane (EIQ)	15 (14–17)	15 (14–16)	NA
Durée de la prostitution en semaines, médiane (EIQ)	182 (104–260)	60 (36–120)	NA
Nombre de clients par jour, médiane (EIQ)	2 (2–3)	3 (2–4)	NA
Proportion estimée des clients avec lesquels utilisent des condoms, médiane (EIQ)	50% (40–70)	50% (0–100)	NA
A voyagé en dehors des Comores dans les 10 dernières années	10 (14%)	9 (11%)	15 (26%)
VIH-positif	1 (1.4%)	0 (0%)	0 (0%)
Herpès simplex type 2 positif/prélèvement vaginal	1/68 (1%)	5/83 (6%)	
RPR-positif/TPHA-positif	0 (0%)	NA	1 (1.7%)
FTA-ABS-positif	NA	5 (6%)	NA
N. gonorrhoeae-positif	10/68 (15%)	7/83 (8%)	26/45 (58%)
C. trachomatis-positif	14/68 (21%)	19/83 (23%)	10/45 (22%)
M. genitalium-positif	9/68 (13%)	6/83 (7%)	5/45 (11%)
T. vaginalis-positif	37/68 (54%)	37/83 (45%)	2/45 (4%)

Il faut noter que sur un échantillon de 3993 personnes testées, la sérologie tréponématose n'était pas associée aux facteurs habituellement identifiés dans le cas de la syphilis<sup>6</sup>. Les chercheurs ont suggéré sur cette base qu'une proportion significative des cas positifs identifiés aux Comores serait très probablement dus au pian, une tréponématose non vénérienne, transmises pendant l'enfance et qui était déjà endémique aux Comores et à Madagascar à la période coloniale. Cette incertitude, liée à de faux positifs syphilis qui pourraient être dus au pian pourrait être tranchée par une étude sérologique avec les mêmes tests chez des enfants de 8 à 12 ans (dont on serait certain qu'ils n'ont pas eu de rapports sexuels).

Entre 2003 et 2005, la même équipe a mené une enquête chez des TS de Moroni (70 en 2004 et 83 en 2005), recrutées à travers des pair-éducatrices, et chez des hommes ayant consulté pour une IST. Les résultats montrés dans le tableau 2 montrent un taux élevé d'IST<sup>7</sup>. Alors qu'ici également le VIH est quasi absent, la prévalence de la sérologie à tréponème (RPR+TPHA+ ou FTA-ABS+) varie entre 0% et 6% chez les TS.

<sup>6</sup> Absence de concordance du statut sérologique entre époux, un FTA-ABS positif n'était pas associé avec un voyage à l'étranger, des antécédents d'ulcère génital ou (chez les hommes) d'urétrite. La prévalence ne variait pas avec le nombre de partenaires sexuels durant l'année écoulée. La prévalence d'un FTA-ABS positif n'était pas plus élevée parmi les femmes ayant eu des mort-nés ou des avortements dans le passé ou lors de la dernière grossesse.

<sup>7</sup>The Indian Ocean paradox revisited: HIV and sexually transmitted infections in the Comoros; Yasmina Dada, Francois Milord, Eric Frost, Jean-Pierre Manshande, Aloys Kamuragiye, Jean Youssouf, Mejdî Khelifa and Jacques Pépin; International Journal of STD & AIDS 2007; 18: 596–600

Chez 58 hommes âgés de 22 à 32 ans (âge médian: 25) présentant un écoulement urétral ou un ulcère génital<sup>8</sup>, 58% d'entre eux présentaient une gonorrhée, 22% une chlamydiae, 11% du *Mycoplasma genitalium*, 4% du *trichomonas* et seulement 1,7% une sérologie RPR-TPHA positive. 26% d'entre eux avaient voyagé à l'extérieur des Comores. A noter l'absence de VIH et le faible taux de sérologie positive pour la tréponématose chez ces hommes avec IST.

## **b) La surveillance de routine**

Le suivi de l'évolution des IST/VIH/Sida est sérieusement handicapé du fait que le système d'information sanitaire et la surveillance de routine sont quasiment inopérant, en raison principalement du nombre et de la complexité des supports et l'absence de rétro-information. Par ailleurs, la conception fortement verticale du système d'information favorise une analyse par service ou programme et non par district et par région. A cela s'ajoutent le fait que de nombreux patients présentant une IST sont réticents à consulter dans une formation sanitaire publique par peur de manque de confidentialité. Cette situation est une contrainte majeure à la planification et à la gestion efficace des IST et de l'épidémie du VIH/Sida.

Malgré la très faible prévalence du VIH, depuis 2000, un effort accru a été réalisé pour l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité en matière de dépistage. Le dépistage du VIH des femmes enceintes était proposé de manière presque systématique dans huit formations sanitaires<sup>9</sup>. Cependant, ce dépistage se faisait sans counseling préalable. Depuis 2006, ce dépistage se fait dans le cadre de la PTME et donc précédé d'un counseling en bonne et due forme. Cependant, une proportion significative des femmes refusent le test<sup>10</sup>.

### **1.2. Déterminants critiques de l'épidémie**

Comme montré dans la section sur l'épidémiologie, l'augmentation du nombre de PVVIH au cours des dernières années suggère une progression de l'épidémie résultant essentiellement de nouvelles infections contractées à travers des rapports sexuels, par des hommes plus âgés et des femmes plus jeunes.

---

<sup>8</sup> Entre Octobre 2003 et Mars 2004 58 patients IST se présentant avec un écoulement urétral ou un ulcère génital dans trois cliniques (une par île) où un agent de santé administrait un questionnaire sur les antécédents d'IST, ont eu un examen biologique sur l'étiologie de leur IST.

<sup>9</sup> CSD de Mitsoudjé, CMU de Moroni, CMC de Mitsamiouli à Ngazidja); Hôpital de Fomboni à Mwali; Mutsamudu), Domoni et Mrémani à Ndzuani

<sup>10</sup> PMI Moroni: en 2009 : 22 femmes sur 222 qui ont reçu le counseling ont refusé le dépistage, un nombre indéterminé n'ont marqué leur refus au niveau du laboratoire et une fraction supplémentaire, indéterminée également, ne s'est pas présentée au labo pour faire le test.

### **1.2.1. Les comoriens qui voyagent et les migrants**

- Une très importante diaspora de Comoriens, la plupart originaires de Ngazidja, vit en France et, en moins grand nombre, à Madagascar. Ces deux communautés entretiennent des relations très étroites avec leur île d'origine, notamment, pour ce qui concerne la France, à travers l'envoi d'argent à leur famille restée au pays, lors des vacances annuelles, et la célébration du traditionnel Grand Mariage. L'intensité de ces échanges, implique un brassage épidémiologique qui va dans les deux sens et culmine autour des vacances de juin-août. Le très bas niveau de prévalence des pays concernés ne constitue pas à priori un danger particulier.
- La plus grande ouverture récente du pays au reste du monde, tant avec le continent africain (Tanzanie, Zanzibar, Kenya) qu'avec des pays arabes et du golfe persique et d'Asie, a entraîné des échanges humains et commerciaux avec des hommes d'affaire comoriens voyageant régulièrement vers le continent en y « mariant » souvent une femme localement.
- Les candidats au voyage clandestin vers Mayotte : un réseau de passeurs s'est installé dans le pays. Il fait transiter des petits groupes de migrants provenant essentiellement de Tanzanie, Zanzibar, Kenya, Rwanda, Burundi...

### **1.2.2. Comportements associés à un risque probable, bien qu'insuffisamment documenté**

#### **a) Les travailleuses du sexe**

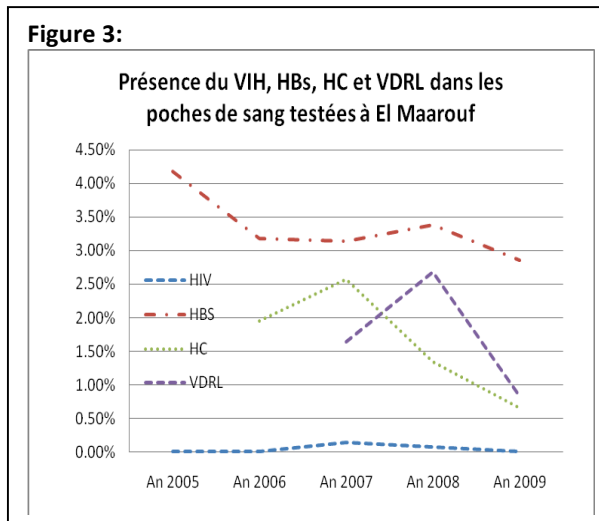
Estimées à approximativement 200 en 2005 par la DNLS et à 828 en 2009 pour les 3 îles<sup>11</sup>, les TS se répartissent dans quelques quartiers de Moroni et à Ndzouani : Mutsamudu, Domoni et Mrémani, ces deux dernières localités étant les points de départ des passeurs de migrants vers Mayotte. Les modalités d'exercice de ces TS varient entre les quartiers d'une même ville et entre les différents sites sur la même île<sup>12</sup>. A Moroni, les points «chauds» de La Falène et de La Coulée sont anciens et bien connus par les ONG et les diverses enquêtes. Plus récemment, se sont ajoutés les points d'Hamraba, Zilimadjou et Mjivourizé. A Ndzouani, les points chauds sont d'une part, Mutsamudu dans le quartier du port (M'Roni) où ce sont des jeunes femmes souvent divorcées et d'autre part à Domoni et Mrémani d'où partent les barques transportant les émigrants vers Mayotte. A noter, que les jeunes femmes candidates à l'émigration clandestine et donc en transit à Ndzouani (Domoni et Mrémani), subissent un chantage de la part des passeurs qui les «encouragent» à se prostituer dans un contexte où le

<sup>11</sup> Estimation par le logiciel Spectrum mais qui semble exagérée par rapport à la perception locale.

<sup>12</sup> Cartographie des TS, DNLS; 2009

départ du bateau est mainte fois reporté pour des raisons valables (mauvais temps, niveau de vigilance sur la côte mahoraise, etc.) ou prétextées. Selon les enquêtes, les TS utilisent le condom avec 40 à 75% des 2 à 3 clients journaliers qu'elles déclarent. La dernière surveillance sentinelle parmi les TS indiquait une utilisation du condom à hauteur de 69%. Le relativement faible nombre de clients explique probablement qu'entre 14% et 30% d'entre elles ont une autre activité rémunérée.

## b) Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes



Des hommes plus âgés recherchent des jeunes hommes tout en continuant souvent une relation sexuelle normale avec leur épouse. Malgré l'interdiction des pratiques homosexuelles, 2.65%<sup>13</sup> des hommes ayant réalisé le test de dépistage du VIH dans les CDAG à Ngazidja reconnaissent avoir des relations sexuelles avec un partenaire de même sexe<sup>14</sup>. Pour les raisons ci-dessus, les adultes ayant des rapports sexuels avec les hommes dissimulent leur orientation sexuelle en se mariant et en

ayant des enfants. Il en résulte un mélange de pratiques « gay » entre jeunes garçons, et bisexuelles lorsque des hommes plus âgés rencontrent ces mêmes jeunes garçons qui se sont initiés entre eux, le plus souvent pour des rapports récompensés qui sont rarement protégés par un condom, notamment en raison d'une faible perception du risque d'infection par le VIH<sup>15</sup>. Suite à son indisponibilité, le recours au lubrifiant à base aqueuse est pratiquement inexistant

## c) Les porteurs d'IST

La prévalence des IST dans la population générale ne peut être valablement estimée parce que: (i) la plupart des patients avec IST ne cherchent pas à se soigner dans le système de santé public par peur du manque de confidentialité; et (ii) la prévalence de la sérologie syphilis utilisée jusqu'ici comme marqueur IST n'est pas un marqueur fiable vu l'interférence du pian sur la sérologie (voir enquêtes spécifiques ci-dessus). La présence des hépatites B et C, du VIH et du VDRL dans les poches de sang testées à l'hôpital El Maarouf dans le cadre de la transfusion sanguine sont montrés à la

<sup>13</sup> IC95% = 1.66-3.64%

<sup>14</sup> Christophe Cornu et Matthew Greenall; Analyse de la situation des populations clés les plus exposées au risque d'infection au VIH dans les pays de l'Océan Indien, 2008

<sup>15</sup> Saïd Ali, Présentation personnelle; Atelier d'échanges d'expérience des MSM des pays de l'Océan Indien; PSI Madagascar ; Octobre 2009.

figure 3 et donnent une idée de la prévalence des ces marqueurs dans la population des donneurs de sang. Par ailleurs, l'enquête 2003 sur les patients IST (voir enquêtes spécifiques, tableau) a montré que sur les 58 patients IST identifiés, 58% présentaient une gonorrhée et 22% une chlamydiae. (données anciennes sur les cas des pians et les antigènes Hbs)

#### **d) La vulnérabilité des femmes et des enfants**

Alors que les abus envers les enfants étaient complètement méconnus jusqu'ici, la mise en place, entre 2003 et 2005, avec l'appui de l'UNICEF, de services d'écoute de protection des enfants victimes de violence dans les trois îles, a permis d'entamer des poursuites pour 81 viols et 54 cas de fornication à l'encontre d'enfants<sup>16,17</sup>. Outre les violences et leurs conséquences physiques et psychologiques, l'existence de ces abus envers les enfants a alerté les autorités et le public sur les risques d'infection des victimes par les IST, dont le VIH/Sida.

#### **e) Les hommes en uniforme**

Les hommes en tenue qu'ils soient policier ou militaire, ne constituent pas un groupe à risque actuellement. Ils n'abusent généralement pas de leur position, excepté à de rares occasions et pour des périodes courtes. Ce groupe est à surveiller car il peut devenir une cible potentielle. Depuis quelques années, certains de ses éléments participent à des missions extérieures au pays.

#### **f) Les marins**

Le transport maritime et la pêche sont des activités qui tendent à se développer dans la région. Les des navires et de leurs familles. Les facteurs tel que la séparation des marins et des équipages de bateau de leurs familles pendant des séjours de moyenne et longue durée, la promiscuité à bord des navires, l'insuffisance de sensibilisation et d'accès aux moyens de prévention constituent des éléments importants de propagation de l'épidémie dans cette catégorie de population.

### **1.2.3. Les déterminants culturels**

#### **a) Les jeunes de 10-24 ans**

Lors de l'EDS de 1996, l'âge médian aux premiers rapports sexuels était de 18,3 ans pour les femmes de 25 à 49 ans et de 18,6 ans pour les hommes de 25 à 64 ans. Selon la valeur attachée à la virginité, plus ou moins élevée selon la région d'origine de

---

<sup>16</sup> La violence contre les enfants dans la région de l'Océan Indien, ODEROI, UNICEF, 2006.

<sup>17</sup> Journée Internationale de la femme; Thème: Femmes et hommes unis pour mettre fin aux violences faites aux femmes et aux filles ; Mars 2009.



l'intéressée (rural plus qu'urbain et Ndzouani plus que Ngazidja), la jeune fille pourra avoir des rapports exclusivement anaux, augmentant ainsi les risques de contracter une IST. Alors qu'il était très peu utilisé comme contraceptif en 1996<sup>18</sup>, aujourd'hui, le condom serait plus souvent utilisé pour prévenir une grossesse—qui constitue une catastrophe pour une jeune fille non mariée—que pour se protéger des IST. Les grossesses qui surviennent en dehors du mariage sont systématiquement éliminées par l'avortement par l'utilisation de misoprotol (Cytotec<sup>19</sup>) par voie orale ou vaginale, souvent à des doses inappropriées. L'hôpital El Maarouf reçoit en moyenne une vingtaine de complications d'avortement par mois<sup>20</sup>.

Les jeunes déscolarisés exercent de petits boulots ou vivent de la rente d'un aîné en France. Certains d'entre eux s'adonnent au cannabis ou à l'alcool. Selon l'EDS (1996) couvrant les hommes et les femmes et le MICS (2000) couvrant uniquement les femmes, les personnes moins éduquées connaissent presque aussi bien le VIH/Sida que leur compatriotes plus éduqués mais ils ont typiquement une plus mauvaise connaissance des moyens de prévention, des sources d'approvisionnement en condoms et ont significativement moins changé leur comportement que leur congénères plus éduqués<sup>21</sup>.

Il importe de mentionner les taximen des grandes villes qui sont doigtés comme usant et abusant de leur position privilégiées auprès des jeunes femmes du fait de leurs revenus relativement élevés et de leur rôle incontournable en matière de transport urbain. Ce groupe devrait être inclus dans les études bio-comportementales futures.

## **b) Les adultes**

Une proportion importante d'adultes mariés entretient des rapports extraconjugaux, les hommes essentiellement avec des femmes beaucoup plus jeunes, plus souvent des étudiantes du fin secondaire ou universitaires. En dehors de quelques «entremetteuses» il n'existe pas de «point de rencontres» particulier. Certains d'entre eux, commerçants voyagent régulièrement vers le continent. La création de l'Université des Comores (UDC) en 2003-2004 a au cours des dernières années, bouleversé le paysage éducatif et social. Aujourd'hui, l'Université des Comores compte approximativement 4000 étudiants dont 43% de filles<sup>22</sup>. Les effectifs de l'UDC proviennent pour la plupart de milieux modestes et/ou ruraux. Afin d'arrondir les fins de mois ou de tout simplement subvenir à leurs besoins de base, des étudiantes

---

<sup>18</sup> EDS Comores 1996

<sup>19</sup> Médicament utilisé pour l'estomac et ayant comme effet secondaire la contraction intense et prolongée de l'utérus et utilisé de ce fait pour l'avortement médical en association avec la mifépristone (RU485) ainsi que pour la prévention et le traitement de l'hémorragie postpartum. Cependant son utilisation pour l'avortement est souvent inadéquate en particulier concernant le surdosage qui entraîne parfois des complications.

<sup>20</sup> Dr Chakour, Gynécologue-obstétricien, hôpital El Maarouf : communication personnelle

<sup>21</sup> Pas de changement de comportement sexuel : Femmes sans éducation: 36,3% vs femmes ayant fait des études secondaires : 20,8%; Hommes sans éducation: 37,4% vs hommes ayant fait des études secondaires : 15,7% ;

<sup>22</sup> Université des Comores

monnaieraient leurs charmes avec des hommes plus âgés («sugar daddy<sup>23</sup>»), tout en continuant à entretenir des relations amoureuses avec leurs jeunes condisciples, entraînant ainsi l'existence de réseaux de multi-partenariat concomitant<sup>24</sup>.

### c) Utilisation du condom

En 1996, les jeunes de 15 à 24 ans déclarant utiliser un condom lors du dernier rapport sexuel était de 35,7%. En 2000, 35,5 pour cent des adolescentes comoriennes de 15 à 19 ans déclaraient utiliser un condom chaque fois qu'elles ont des rapports sexuels<sup>25</sup>. Lors de l'enquête à base communautaire de 2003 touchant 4167 adultes<sup>26</sup>, près de 94% avaient entendu parler du condom masculin mais seulement 31% l'avaient utilisé et ils étaient plus de la moitié à ne pas savoir où s'en procurer. Dans des enquêtes en 2004 et 2005, les TS rapportaient l'utilisation d'un condom avec approximativement 50% de leurs clients<sup>27</sup>. L'utilisation de condoms a très probablement évolué depuis 1996 vu l'accroissement de la consommation de condoms au cours de ces dernières années.

### d) Autres groupes typiquement à risque

Comparativement à beaucoup d'autres pays d'Afrique sub-sahariens, le régime carcéral aux Comores est relativement doux pour les **détenus**, permettant un soutien familial et des espaces de liberté pour voir leurs proches. En outre, le caractère illégal et l'interdit religieux frappant les pratiques homosexuelles rendent probablement périlleux de tels rapports en prison. En dehors des fumeurs de cannabis, notamment parmi les déscolarisés, il n'y a pas jusqu'ici pas d'**utilisateurs de drogues** et aucune évidence à ce jour suggérant le trafic et l'utilisation de drogues injectable aux Comores<sup>28</sup>. Cependant, la plus grande ouverture du pays au reste du monde à travers les nouvelles connections aériennes combiné à un désœuvrement accru des jeunes en raison de la dégradation de la situation économique pourrait modifier cet état de fait.

---

<sup>23</sup> Il y aurait également, dans une moindre mesure, des «sugar mummies».

<sup>24</sup> Lors de focus groupes tenus à l'UC de Ngazidja (une vingtaine d'étudiants et une vingtaine d'étudiantes) et à l'UC de Ndzuani (six étudiantes) le nombre de partenaires concomitants rapportés tant par les garçons que par les filles variait entre trois et quatre.

<sup>25</sup> *Enquête à indicateurs multiples (MICS 2000)*, février 2001.

<sup>26</sup> Prévalence du VIH, de la syphilis et des IST parmi la population adulte et les groupes à risque des îles Comores  
Rapport de recherche: Yasmina Dada, François Milord, Eric Frost, Jacques Pépin.

<sup>27</sup> The Indian Ocean paradox revisited: HIV and sexually transmitted infections in the Comoros; Yasmina Dada, François Milord, Eric Frost, Jean-Pierre Manshande, Aloys Kamuragiye, Jean Youssouf, Mejdî Khelifa and Jacques Pépin; *International Journal of STD & AIDS* 2007; 18: 596–600

<sup>28</sup> Chef de la police, Ngazidja.

#### **1.2.4. Autres déterminants**

##### **a) Barrières légales religieuses à la prévention du VIH parmi les HSH et les TS**

Les pratiques ouvertes de prostitution et de HSH ne sont tolérées ni par la population ni sur le plan religieux. Il en résulte que les prostituées et les HSH ne s'affichent pas publiquement ce qui ne facilite pas les interventions de prévention dans leur direction.

##### **b) La pauvreté**

Selon l'enquête intégrale des ménages (EIM) de 2004, 37% des ménages comoriens vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les femmes célibataires, et parfois même mariées, des quintiles inférieurs sont plus vulnérables et parfois contraintes, notamment à Ndzouani, de recourir à sexe transactionnel avec plusieurs hommes, ce qui les expose au risque de contracter des IST et le VIH.

## 2. ANALYSE DE LA REPONSE PAYS

Le Gouvernement Comorien considère le Sida comme un problème de santé publique et de développement et a fait de la lutte contre le VIH/Sida une priorité nationale malgré le peu de ressources disponibles dans le pays. Les efforts nationaux visent à maintenir l'Union des Comores parmi les pays à faible prévalence (moins de 1%). La stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR) et son Plan d'Action 2006-2009 intègre la lutte contre le Sida comme une des interventions clés indispensables pour un développement économique et social harmonieux du pays.

### 2.1 *Historique de la Réponse Nationale à l'épidémie*

#### 2.1.1. Réponse du Gouvernement

Le Gouvernement comorien s'est engagé très tôt dans la lutte contre les IST/VIH/Sida en contribuant à :

- La mise en place du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)<sup>29</sup> appuyé par un décret lui donnant le leadership et fixant son caractère multisectoriel<sup>30</sup>
- La création, en 2003, des comités insulaires (CILS), au niveau de chaque île,
- La mise en place, en 2001, d'un CCM chargé d'assurer le suivi des interventions financées par le FM, qui est avec la BAD/COI le principal bailleur de fonds dans le domaine du VIH/Sida.
- La consolidation de la DNLS (ex PNLS) qui joue un rôle central dans la lutte contre VIH/Sida en assurant: (i) la mise en œuvre de l'IEC à travers les différents médias, les conférences-débats en milieu scolaire; (ii) le fonctionnement d'une ligne verte nationale; (iii) les enquêtes sentinelles; (iv) l'approvisionnement et la distribution des condoms; (v) la formation des cadres sanitaires, notamment les médecins référents pour le traitement par ARV et les sages-femmes pour la PTME; (v) l'équipement des formations sanitaires en matériels et en réactifs de laboratoire; et (vi) la disponibilité des médicaments antirétroviraux. A partir de 2010 la DNLS a vu son équipe renforcée et son champs d'action élargi à travers: (i) la consolidation de la structure de coordination; (ii) le renforcement de la collecte des données; (iii) son implication dans les initiatives régionales et internationales de lutte contre le VIH/Sida; et (iv) l'extension de sa capacité d'intervention dans tous les secteurs concernés.

Le CNLS et les CILS ont une fonction consultative multisectorielle leur permettant d'assurer le suivi des activités VIH/Sida exécutées par la DNLS. Ces deux organes sont actuellement dirigés par la même personne. Ses activités restent limitées et consistent

<sup>29</sup> Rôle et la composition ont été précisés fixés par décret de 2001 Décret présidentiel n°01/077/CE du 25 Juin 2001

<sup>30</sup> En 2002 un atelier a discuté des attributions du CNLS et l'engagement des différents secteurs, le 9 mars 2003 le décret N°02-08/MSPASCF/CAB et la 1<sup>ère</sup> réunion s'est tenue en octobre 2004.

depuis 4 ans à émettre des rappels sur l'épidémie lors de ses réunions annuelles. Pour renforcer son efficacité, le CNLS devra : (i) être recomposé, notamment avoir un Secrétaire Exécutif différent du responsable de la DNLS; (ii) élargi à toutes les parties prenantes; et (iii) avoir son mandat revu; afin de jouer le rôle qui lui est en principe dévolu.

Le Gouvernement comorien a eu à l'élaborer un premier PSN qui s'est focalisé sur la prévention et la mobilisation sociale des services publics et des ONG en faveur de la lutte contre le VIH/Sida. Ce premier PSN a mis l'accent sur le renforcement du système de santé pour une meilleure accessibilité à des soins de qualité, notamment pour les populations clés à travers la prise en charge des IST par l'approche syndromique. La mise en œuvre du premier PSN a permis de disposer des moyens institutionnels indispensables pour organiser la lutte contre l'épidémie. Elle a également permis d'initier la participation de la société civile et du secteur privé dans la lutte.

La lutte contre les IST/VIH/Sida est inscrit parmi ses préoccupations majeures. Elle fait partie des 7 axes stratégiques majeurs et des 35 programmes prioritaires de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (SCRPR) qui présente la vision du gouvernement comorien en matière de développement du pays pour la période 2009 - 2014. Le Gouvernement comorien s'est aussi engagé à contribuer à la lutte contre les IST/VIH/Sida avec des ressources nationales, notamment celles provenant de la réduction de la dette dans le cadre de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) pour réaliser les programmes prioritaires en santé dont la lutte contre le Sida.

Les priorités nationales du gouvernement comorien ont été identifiées après une consultation participative et inclusive avec les parties prenantes et ont été successivement concrétisées dans les différents projets financés par le Fond Mondial (round 2), le projet financé par la COI ainsi que plus récemment dans le projet de Plan Stratégique National 2009-2013 et dans le round 9 du GF qui a obtenu un financement de \$3 millions du Fond mondial. Il s'agit de :

- Leadership : engagement, plaidoyer, mobilisation et affectation des ressources
- Prévention et mobilisation sociale en particulier parmi les adolescents et les jeunes adultes
- Soins aux patients avec IST et PVVIH, soutien et accompagnement des PVVIH
- Surveillance épidémiologique et recherche opérationnelle
- Coordination et suivi évaluation

Les actions prioritaires proposées pour lutter contre les IST/VIH/Sida sont établies sur la base d'une approche intégrée et multisectorielle impliquant tant des ministères clés comme celui de l'éducation et de la défense que les organisations de la société civile. Le Ministère de l'Education Nationale a élaboré des manuels pour les enseignants et les élèves aux différents niveaux et les a diffusé dans un nombre limité (204 sur 200 prévus)

d'établissements scolaires. Le Ministère de la défense participe pro-activement à la lutte à travers l'ouverture d'un dépistage anonyme et gratuit dans le service de santé militaire de Moroni.

### **2.1.2. Réponse de la Société Civile, des ONGs et des autorités religieuses**

Les associations, les ONGs et les autorités religieuses, jouent un rôle déterminant dans la lutte contre le VIH/Sida et également dans la défense des droits des PVVIH. Elles assurent un plaidoyer permanent auprès des autorités nationales et des partenaires internationaux et mènent elles-mêmes des projets de lutte contre le VIH/Sida. Des organisations telles que le Réseau National Femme et Développement, l'ASCOBEF, TAS, Sida ESPOIR, STOP Sida, Action Sida, etc. participent aux actions de sensibilisation, notamment à travers des éducateurs pairs vers certains groupes cibles, mobilisent la population en faveur de la lutte contre le VIH/Sida, assurent également la PTME, le dépistage anonyme et la prise en charge des IST. Du fait du niveau élevé de stigmatisation et de discrimination, il n'existe pas encore d'association ou d'ONG de PVVIH.

L'instance suprême religieuse aux Comores est représentée par le Muftorat qui a un rôle consultatif sur l'application des lois islamiques par rapport aux différents problèmes de société (ex : avortements sur mineures, viols,...). La majorité des religieux est très favorables et acceptent d'intégrer d'autres acteurs de la réponse au Sida pour parler du préservatif à leurs cibles. Un comité des leaders religieux, créé en 2002, participe aux différentes réunions de la DNLS en rapport avec le VIH. Le DNLS envisage d'élargir son champ d'action dans les autres îles en intégrant les leaders coutumiers très influents dans la société comorienne.

En dehors de la participation de certaines ONG au GTO et de la collaboration entre la DNLS et le Muftorat, l'implication de la société civile et du secteur privé n'est actuellement pas faite en concertation autour d'une plate-forme permettant des échanges réguliers entre les différents acteurs sur la lutte contre le sida. Compte tenu de l'importance d'une concertation entre tous les acteurs publics, civils, religieux et privés impliqués, la création d'une telle plate-forme est une priorité.

### **2.1.3. Implication des partenaires au développement**

La lutte contre le Sida est aussi une priorité du cadre d'intervention de la coopération de l'Union des Comores et de des agences du système des nations unies (SNU), en particulier l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et le PNUD, intervenant aux Comores (UNDAF). Le renforcement du système de santé y compris la lutte contre la maladie figure en bonne place dans l'UNDAF 2008-2012.

Le groupe thématique VIH du SNU, créé en 1996, est composé des représentants des organismes co-parrainant l'ONUSIDA, représentés aux Comores et soutenant l'action

nationale contre le VIH/Sida: ONUSIDA, PNUD, OMS, UNFPA, UNICEF, Union Européenne et la Coopération Française. Ce "Groupe Thématique élargi", se réunissant une fois par semestre, fait aussi appel aux ONGS, à l'OPACO, à certains ministères et à la DNLS. 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 a été recruté pour assurer le secrétariat du groupe thématique.

**Tableau 3: Flux financier par année, montants exprimés en million de franc comorien**

Source	Agence	2007	2008	2009	Total
BAD	COI	52.41	218.03	47.67	<b>318.11</b>
Fonds Mondial	ASCOBEF	75.93	76.66	45.95	<b>198.54</b>
PAF/ONUSIDA	ONUSIDA	23.66	19.62	12.11	<b>55.39</b>
Gov	DNLS	65.54	19.85	21.06	<b>0.00</b>
OMS	DNLS	19.10	5.68	8.06	<b>32.85</b>
PNUD	DNLS	26.54	23.45	20.91	<b>70.90</b>
UNFPA	DNLS	4.80	21.81	33.24	<b>59.85</b>
UNICEF	DNLS	5.04	5.61	3.56	<b>14.20</b>
<b>Total</b>		<b>273.02</b>	<b>390.71</b>	<b>192.57</b>	<b>856.30</b>

Le pays bénéficie également de l'apport des projet régionaux de lutte contre le VIH/Sida (URSida – COI et AIRIS-COI) à travers lesquels: (i) des médecins référents et des paramédicaux ont été formés pour la prise en charge des PVVIH; (ii) un compteur CD4 a été acheté (cependant en panne depuis 2 ans); et (iii) le transfert des prélèvements à la Réunion pour le dosage de la charge virale des PVVIH est financé. En outre, le projet URSida a mis en place un fonds de solidarité thérapeutique.

Le Fonds Mondial (FM) apporte une contribution financière importante pour la lutte contre le VIH/Sida chez les jeunes en milieu scolaire et en dehors de l'école. Le projet régional de la Commission de l'Océan Indien (COI), mis en œuvre en 2006, contribue également au dispositif mis en place par le GC visant à stopper la progression de l'épidémie à VIH dans le pays (voir les principaux flux financiers et leur répartition entre bailleurs et catégories de dépenses<sup>31</sup> dans les tableaux 3 et 4).

<sup>31</sup> Reconstitution des flux des ressources et des dépenses Nationales relatives aux IST/VIH et sida National Aids Spending Assessment (NASA) 2007 - 2008 - 2009

<b>DEPENSES 2007-2009 TELLES QU'ANALYSEES LORS DE L'EXERCICE NASA</b>					
<i>Depenses (KMF*1000)</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
ASC1. Prévention	38,184	84,693	60,001	182,878	21.36%
ASC2. Soins et traitement	10,795	2,897	8,681	22,372	2.61%
ASC3. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	0	0	0	0	
ASC4. Gestion et administration de programmes	112,134	69,392	78,510	260,036	30.37%
ASC5. Ressources humaines	92,112	206,948	44,052	343,112	40.07%
ASC6. Protection sociale et services sociaux	0	1,672	0	1,672	0.20%
ASC7. Environnement propice et développement communautaire	19,795	3,492	1,015	24,302	2.84%
ASC8. Recherche liée au VIH	0	21,618	307	21,925	2.56%
<i>Total</i>	<i>273,020</i>	<i>390,712</i>	<i>192,566</i>	<i>856,298</i>	<i>100.00%</i>

**Tableau 4: Flux financier par année, montants exprimés en million de franc comorien**

#### **2.1.4. Alignement par rapport aux engagements internationaux**

La lutte contre le VIH/sida fait partie des priorités de la coopération internationale avec les Comores. Le pays a très tôt souscrit à :

- à la déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'AG des Nations Unies (UNGASS) de 2001,
- aux objectifs du Millénaire pour le développement en particulier l'objectif 6 relatif à la lutte pour la réduction de l'impact du VIH/sida d'ici 2015,
- à la résolution de l'OMS sur le VIH/Sida,
- à la résolution du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique sur l'accélération des efforts et la déclaration de l'année 2006 comme année de l'accélération de la prévention du VIH en Afrique,
- à la Déclaration d'Abudja de 2001 sur la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la Tuberculose;
- au principe des « Three Ones », à savoir UN plan stratégique, UNE instance de coordination et UN système de suivi et évaluation, cela afin d'établir une réponse nationale cohésive.

L'Union des Comores élabore régulièrement les rapports de l'UNGASS qui reflètent le consensus global obtenu par la communauté internationale sur la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Elle déploie aussi ses efforts pour asseoir les principes « THREE ONES » à travers son implication dans le programme conjoint VIH/Sida du Système des Nations Unies (SNU). Parallèlement au renforcement des activités de prévention, le traitement ARV est fourni gratuitement aux PVVIH qui en ont besoin, conformément aux principes soutenant à l'initiative '3 by 5'<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> Traiter 3 million de personnes d'ici 2005



## **2.2. Développement des actions de prévention**

Un effort particulier a été réalisé par le gouvernement pour promouvoir et renforcer les activités de prévention des IST/VIH/Sida.

### **2.2.1. Information-Education-Communication (IEC) et Communication pour le Changement de Comportement (CCC)**

L'Information, l'Education et la Communication (IEC) est une composante centrale dans le premier Plan Stratégique National ; elle constitue un de ses axes stratégiques majeurs. Des conférences ont été réalisées par les religieux avec parfois l'appui des techniciens de santé sur des thèmes tels que la promotion des pratiques à moindre risque (abstinence et fidélité) ou la lutte contre la discrimination et la stigmatisation. Depuis 2001 le PNLS a lancé un programme classique de sensibilisation s'appuyant sur :

- les médias: radio, journaux et plus récemment la TV,
- production de matériels scripto-visuels destinés aux groupes cibles (dépliants, brochures, affiches, spots radio, spots télévisions, etc.) destinés à disséminer les messages sur la prévention du Sida
- le milieu scolaire: école primaire, collège et lycée
- une ligne téléphonique verte (gratuite)

#### **a) les médias**

Ils sont constitués par un très important réseau de radios touchant un public large et varié dans chaque île. Outre la radio nationale, il y a 13 radios privées à Ngazidja, 10 à Ndzuwani et 6 à Mwali. La télévision nationale et quelques télévisions communautaires sont accessibles à tous les comoriens. Les télévisions étrangères peuvent être captées par un petit nombre de foyers équipés d'antennes paraboliques pouvant payer l'abonnement. La presse écrite est peu diversifiée: Trois quotidiens payant et un journal mensuel. Des contrats de sous-traitance sur le thème de la lutte contre le Sida existent entre le Ministère de la Santé et les partenaires au Développement (UNICEF/UNFPA) d'une part et les médias d'autre part. Le contenu des émissions sur le VIH suit le calendrier international et il y a peu ou pas de contenu visant la stigmatisation et la discrimination. Cependant, la plupart des messages sont insuffisant pour changer les comportements et mériter le label CCC.

#### **b) Sensibilisation dans le milieu scolaire**

L'école coranique constitue le 1<sup>er</sup> 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. 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. Un quart seulement des élèves

passent en 6<sup>ème</sup>. 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<sup>ème</sup>. Au lycée, le taux d'abandon est de 13% mais de 27% en Terminale.*

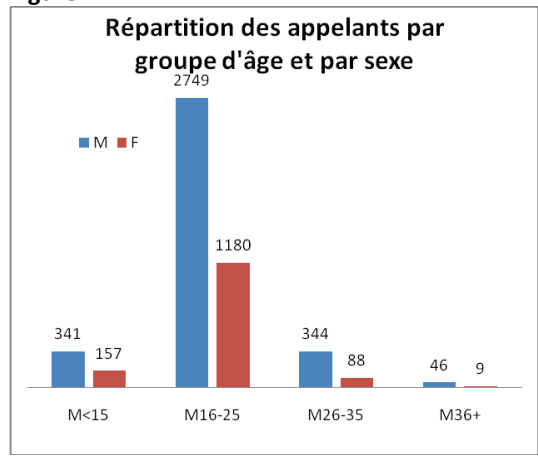
Les collèges islamiques et privés au nombre de 89 sont en augmentation. L'Université des Comores créée en 2003-2004 compte plus de 5000 étudiants dont 43% de filles, fréquentant 4 facultés, 2 Ecoles supérieures, un Institut supérieur et un centre universitaire de formation professionnelle. Plus de 4000 étudiants suivent le supérieur à l'étranger. Le taux d'alphabétisation des adultes était de 56% en 2001.

Des actions de sensibilisation et de mobilisation sociales en faveur de la lutte contre les IST/VIH/Sida sont développées en partenariat avec le Ministère de l'Éducation nationale. Trois paires de brochures spécifiques (une pour l'enseignant et une pour l'élève), ont été conçues depuis 2005, respectivement pour le cours moyen du deuxième cycle à dernière année primaire, la cinquième année (~14 ans) du collège et la première année du lycée (~17ans), ont été distribuées aux élèves dans 200 établissements scolaires du pays sur financement FM. La mesure sera étendue à 300 autres établissements publics et privés dans le cadre du nouveau projet FM. Les trois brochures fournissent un enseignement globalement progressif, adéquat et adapté à l'âge et la maturité des élèves. La discrimination est brièvement abordée au niveau du collège et est ré-abordée en même temps que la stigmatisation au niveau du lycée. Vu sa gravité et son impact dans la société comorienne et le frein qu'elle constitue pour une partie importante des interventions VIH, lors de l'évaluation des brochures prévue prochainement, la stigmatisation et la discrimination devraient être déjà introduites avec des exemples concrets dès le primaire afin de toucher le plus grand nombre.

### **c) Ouverture d'une ligne verte**

Depuis mars 2009, une ligne verte (numéro 466, gratuit) financée par le Projet AIRIS a été créée avec quatre employées assurant une permanence entre 7h30 et 20h tous les jours pour répondre aux questions posées par les appelants des trois îles qui, entre janvier et mai 2010, se sont répartis comme suit: Ngazidja (3.442), Ndzuwani

Figure 4



(1.583) et Mwali (75). La grande majorité des appelants a entre 16 et 25 ans avec plus du double d'hommes que de femmes (voir figure 4). Les appelants ont été informés de l'existence de la ligne verte par un(e) ami(e) ou un membre de la famille (75%), par le journal (11%), par la radio (5%), par leur professeur (4%) ou par une affiche (2%).

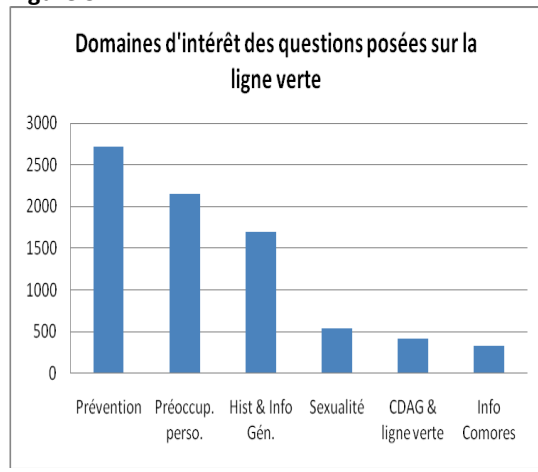
Les questions réparties selon les catégories montrent un intérêt plus marqué pour la prévention et les questions

où l'appelant manifeste une préoccupation personnelle. Les questions sur la **Sexualité** sont souvent relatives aux risques liés aux différentes pratiques sexuelles. A noter que selon les opératrices, approximativement un quart des questions sur la **Sexualité** sont relatives aux HSH dont une majorité avouant l'être eux-mêmes. 67% des appelants étaient des premiers utilisateurs et 33% avaient déjà appelé auparavant. Il faut souligner l'importante (~50%) proportion d'appels pour plaisanter, d'appels non aboutis et dans une moindre mesure d'insultes, d'appels interrompus et de faux numéros (non comptabilisés ci-dessus). Malgré des campagnes promotionnelles dans la presse et la radio, le numéro vert reste très mal connu. Aucun des étudiants universitaires (~46 garçons et filles) participant aux focus groups ne connaissait

l'existence de ce numéro vert. Les opératrices, la plupart ayant un bac+3, ont été formées aux techniques d'écoute mais ne disposent pas de documentation aisément accessible sur le VIH/Sida et les IST, ont accès à deux ordinateurs non connectés à Internet et ne peuvent donc communiquer que des renseignements de base.

Afin d'éviter qu'après un engouement initial, la ligne perde de son intérêt il est impératif d'améliorer sa performance en donnant une connexion Internet à chaque opératrice et de la

Figure 5



documentation aisée à consulter grâce à un classement rigoureux. Cette documentation peut être principalement téléchargée à partir d'Internet. Cela permettrait d'augmenter la qualité des renseignements fournis par le centre d'appel et la productivité<sup>33</sup>. Il

<sup>33</sup> Un logiciel d'appui devrait permettre un accès aisé à une base de données vocale ou SMS permettant aux appelants grâce à une menu vocal d'accéder à l'information de leur choix ou à l'opératrice de délivrer d'un clic de souris la réponse vocale préenregistrée à des questions fréquemment demandées.

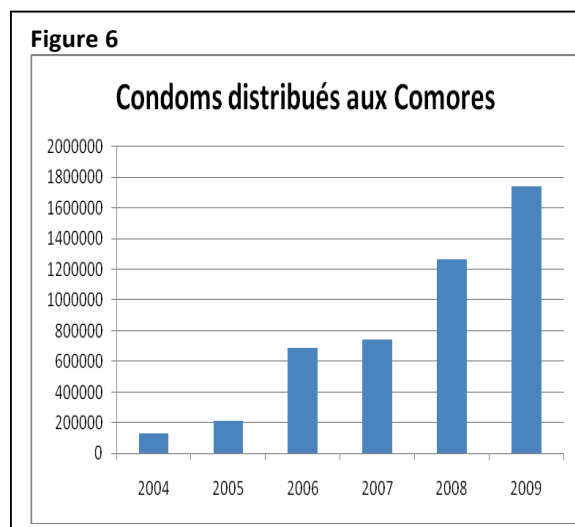
faudrait enfin prendre en compte les HSH soit en formant les opératrices actuelles soit en recrutant une personne qui se spécialiserait dans les questions HSH et bisexuelles.

Avec l'avènement du téléphone cellulaire, appelé à se développer d'avantage aux Comores grâce à l'ouverture des télécoms à la concurrence, la ligne verte est un excellent moyen de diffuser de l'information de manière ciblée à travers des messages vocaux préenregistrés répondant aux questions les plus fréquentes accessibles 24h/24h et des SMS envoyés en masse à tous les utilisateurs ou à des sous-groupes géographiques, par exemple pour faire connaître la ligne verte, pour annoncer un événement ou encore pour diffuser un sujet contradictoire à débattre pouvant être relayé par les radios locales, les structures communautaires. Le tissu associatif communautaire sera mis à contribution pour la sensibilisation ainsi que les débats.

Enfin, vu la faible charge de travail actuelle de la ligne verte il conviendrait d'étudier la faisabilité de confier à la ligne verte la prise en charge psychosociale des PVVIH. Cela se justifie notamment en raison: (i) du faible nombre et de la dispersion des PVVIH et donc de l'impossibilité de positionner des associations à proximité des PVVIH; (ii) de la peur des quelques PVVIH d'être stigmatisés et discriminés s'ils utilisent des services physiques visibles de support psychosocial; et (iii) du faible coût marginal lié au recrutement d'un ou deux PVVIH spécialement formés à cet effet, pour fournir ce service aux PVVIH des trois îles.

### 2.2.2. Approvisionnement et distribution des condoms

La consommation de condoms aux Comores s'est accrue considérablement au cours des cinq dernières années. Il faut tenir compte de l'inclusion de Ndzuani dans le circuit de distribution après sa réintégration dans l'Union en 2009. Cet accroissement de la consommation de ces condoms gratuits fournis par l'UNFPA, distribués sans marketing social ni publicité, peut être attribué : (i) aux efforts de la DNLS dans la mise à disposition des condoms sur tout le territoire à travers des distributeurs à base



communautaire; et (ii) une utilisation plus fréquente lors de rapports sexuels hors du couple régulier, due à la peur du VIH/Sida et/ou d'une grossesse indésirable. Malgré l'apparente bonne santé de l'utilisation du condom, la DNLS déplore de nombreuses ruptures stock, surtout en milieu rural, qui sont parfois signalées à travers la ligne verte: une utilisation inattendue mais bienvenue de cette dernière !

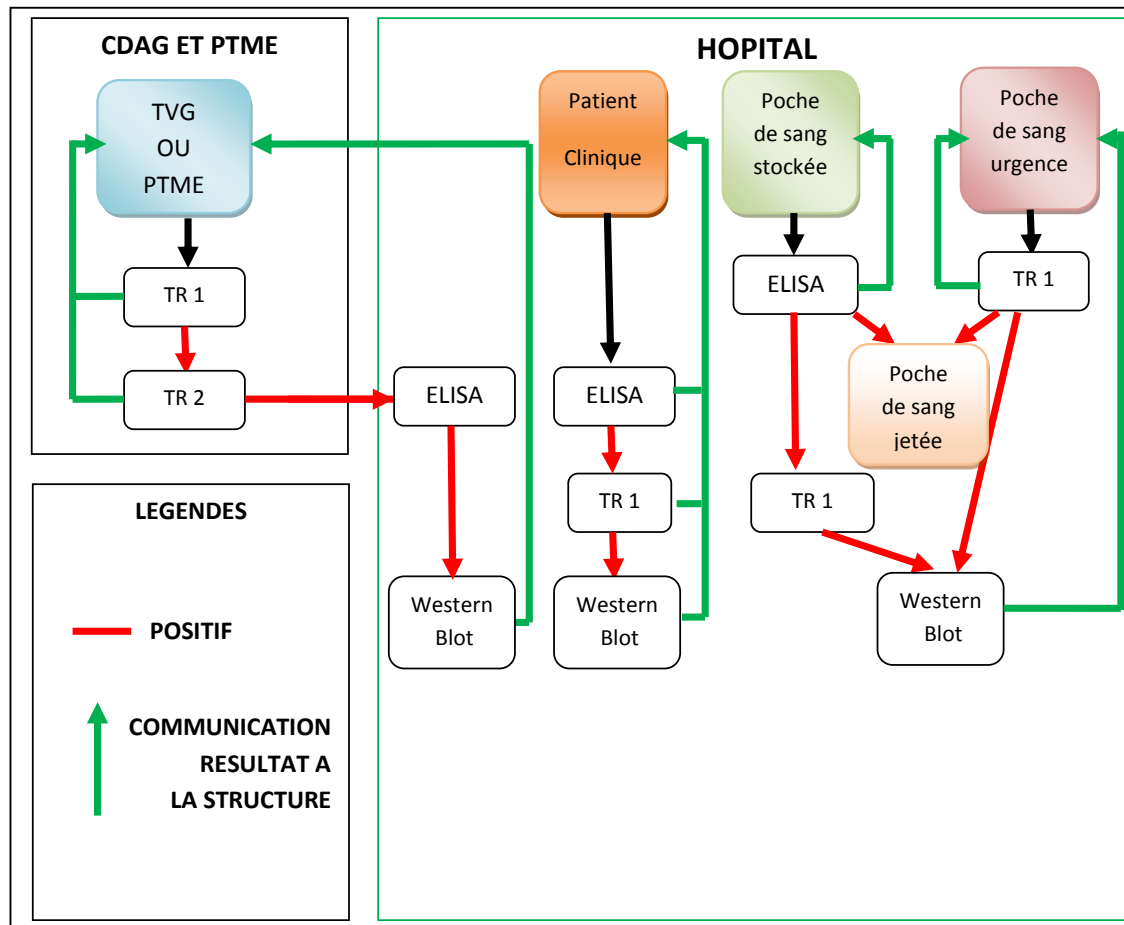
La question de consolider et pérenniser la disponibilité en condoms sur les trois îles

à travers l'instauration du marketing social comme proposé dans la proposition au FM est une question récurrente aux Comores. Cependant, la petite taille du pays et du marché et les difficultés logistiques inhérentes aux trois îles sont des contraintes pour la venue d'une ONG spécialisée en marketing social. L'alternative sera de renforcer la motivation des distributeurs à base communautaire (DBC) en leur permettant de vendre les condoms à un prix fixé par le programme, constituant leur marge bénéficiaire. Les DBC pourront aussi fournir des lubrifiants à base d'eau, également avec une marge bénéficiaire.

### ***2.3. Diagnostic et dépistage***

#### **a) Confirmation des cas de VIH**

Trois cas de figure sont possibles dans la confirmation des cas de VIH : (i) le patient consultant un médecin qui cherche à exclure une infection à VIH; (ii) la femme enceinte participant au programme PTME ; et (iii) une personne souhaitant connaître son statut sérologique auprès d'une centre de dépistage anonyme et gratuit (voir diagramme ci-dessous). Depuis plusieurs mois, le service de transfusion des hôpitaux de El Maarouf, Hombo et Fomboni et des Centres Médico-chirurgicaux de Mitsamiouli et de Domoni ont pris l'initiative de confirmer les cas VIH positifs trouvés dans le cadre du screening des donneurs de sang afin de le communiquer au donneur de sang qui s'avéreraient positifs, ce qui constitue un quatrième cas de figure (voir également discussion dans la section transfusion).



A l'hôpital, le premier screening se fait par ELISA, tant pour les prescriptions médicales que pour les poches de sang prélevées hors urgence. Au CDAG, à la PTME et en cas de prélèvement de sang en urgence, par exemple avec un donneur familial, le sang est d'abord testé avec un test rapide (TR) (Acon® ou Determine®).

Si le test utilisé pour le premier screening est positif, on fait un deuxième test—un TR, différent du premier si le premier screening a été fait avec un TR comme au CDAG ou à la PTME. Si le deuxième test (dans le cas de l'hôpital) ou le troisième test (dans le cas du CDAG et de la PTME) est positif, on procède au test Western Blot qui ne se fait qu'à l'hôpital National El Maarouf. Cette procédure : (i) nécessite que tout cas suspect doit obligatoirement passer par le laboratoire de El Maarouf; (ii) implique la réalisation de quatre tests dans le cas du CDAG et de la PTME, source de gaspillage de temps et d'argent; (iii) prend beaucoup de temps, notamment lorsque l'échantillon est transféré à partir de Ndzouani ou de Mwali; et (iii) est vulnérable à une rupture de stock en réactif ELISA ou Western Blot et/ou à un dysfonctionnement de la chaîne ELISA<sup>34</sup>. Cela signifie également—et c'est plus grave—que les cas en attente de confirmation peuvent devoir attendre plusieurs semaines (parfois plusieurs mois) dans l'anxiété de connaître leur résultat. Une simplification du schéma est souhaitable. En outre, un

<sup>34</sup> Il y a eu rupture de stock en Western Blot entre Février et Septembre 2009.

schéma alternatif plus simples pourrait être envisagé sur base d'expériences similaires dans des pays à très basse prévalence<sup>35,36</sup>.

#### **b) Précautions universelles**

Les précautions universelles sont appliquées par les agents de santé dans toutes les formations sanitaires avec un zèle à la mesure de leur peur du VIH. Malgré la conduite d'actions en faveur de l'amélioration des connaissances du personnel de santé sur l'épidémie et sur la nécessité d'adopter des précautions universelles exhaustives, leur application continue cependant de souffrir du manque d'organisation dans les formations sanitaires, notamment concernant le traitement des déchets hospitaliers.

Connaissances insuffisantes du personnel de santé sur les modalités de transmission du VIH.

#### **c) Dépistage du VIH dans les poches de transfusion**

Le test systématique des poches de sang pour le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis a commencé en 1990 à l'Hôpital El Maarouf. Les tests ont été rendus obligatoires sur tout le territoire par la prise d'un arrêté ministériel en 2000. Les hôpitaux d'El Maarouf, de Hombo, de Fomboni et les CMU, pratiquant la transfusion sanguine, testent le sang donné avec un test ELISA ou un test TR en cas d'urgence pour le prélèvement (voir diagramme plus haut et voir tableau des tests réalisés par El Maarouf).

---

<sup>35</sup> November 1997 HIV testing methods: UNAIDS Technical Update

<sup>36</sup> SU Munshi<sup>1</sup>, J Ahmed<sup>2</sup>, M Ahmed<sup>1</sup>, A Nessa<sup>1</sup>, S Tabassum: Combination of three rapid tests: An alternative approach to confirmatory laboratory diagnosis of HIV infection in Bangladesh

<b>Tableau 5: Test des poches de sang à l'Hôpital El Maarouf</b>				
	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Nombre de poches</b>	1226	1400	1419	1677
<b>VIH+</b>	0 (0,0%)	2 (0,1%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)
<b>HBs+</b>	39 (3,2%)	44 (3,1%)	47 (3,3%)	48 (2,9%)
<b>HCV+</b>	24 (2,0%)	36 (2,6%)	19 (1,3%)	11 (0,7%)
<b>VDRL+</b>		23 (1,6%)	38 (2,7%)	14 (0,8%)

A noter que les prévalences des marqueurs d'hépatite B et C sont relativement peu élevés comparés à d'autres pays de A-SS<sup>37, 38</sup>.

Récemment, tant l'hôpital El Maarouf que l'hôpital de Hombo ont commencé à confirmer les cas de VIH détecté au cours du dépistage systématique des poches afin de mettre le résultat définitif à la disposition du donneur pour

son éventuelle prise en charge. Cependant, il ne semble pas qu'une séance de conseil est systématiquement prodiguée par un agent de santé adéquatement formé comme recommandé par l'OMS pour que le donneur puisse donner son « consentement éclairé » pour se faire communiquer son statut sérologique.

De même, la communication du résultat, qu'il soit positif ou négatif, doit faire l'objet d'un conseil d'après dépistage. Tout ceci reviendrait à transformer le centre de prélèvement de la transfusion sanguine en un centre de dépistage contre le VIH avec des agents de santé adéquatement formés en conseil avant et après dépistage, ce qui n'est probablement pas encore le cas.

#### **d) Conseil et dépistage volontaire de l'infection à VIH**

En 2006, cinq centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été créés dont deux à Ngazidja (à la DNLS de Moroni et au CMU de Mitsamiouli), deux à Ndzouani (CMU de Mutsamudu et au CMU de Domoni) et à Mohéli (une ONG de Fomboni). Ces centres reçoivent les personnes désireuses de connaître leur statut sérologique VIH, les échantillons de sang des femmes enceintes envoyée par le dispensaire de l'ASCOBEF à la CDAG Moroni et les patients qui acceptent de faire le test VIH prescrit par un médecin. Confronté à une faible fréquentation, les CDAG ont entamé des stratégies mobiles limitées à quelques sorties ponctuelles à ce jour. Devant le succès rencontré,

<sup>37</sup> Matee MI, Lyamuya EF, Mbena EC, Magessa PM, Sufi J, Marwa GJ, Mwasulama OJ, Mbwana J.

Prevalence of transfusion-associated viral infections and syphilis among blood donors in Muhimbili Medical Centre, Dar es Salaam, Tanzania. East Afr Med J. 1999 Mar;76(3):167-71.

<sup>38</sup> Fiekumo Igbida Buseri, Musa Abidemi Muhibi, and Zaccheaus Awortu Jeremiah; Sero-epidemiology of transfusion-transmissible infectious diseases among blood donors in Osogbo, south-west Nigeria; Blood Transfus. 2009 October; 7(4): 293-299.



notamment à Ndzouani , la DNLS a acheté trois véhicules pour effectuer des stratégies mobiles régulières devant couvrir à un rythme trimestriel la totalité de l'île.

Les activités du CDAG de Moroni, montrées dans le tableau, indique que le gros de l'activité concerne le dépistage volontaire et la PTME de l'ASCOBEF qui envoie les échantillons de sang prélevés chez les femmes au CDAG. Le taux de VIH+ varie de 0% à 4,4%, pour les personnes envoyées dans le cadre d'une mise au point médicale.

<b>Tableau 6: Activités CDAG Moroni: 1erJanvier-11 Juin 2010</b>				
	<b>PTME</b>	<b>Prescription médicale</b>	<b>CDV</b>	<b>CDV mobile</b>
Nombre	191 (40%)	22 (5%)	263 (55%)	64 (13%)
Age médian	25	26 (4,6%)	25	28
VIH+	1 (0,5%)	1 (4,4%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)
Retrait résultat	44%	64%	83%	PD
% femmes	100%	41%	37%	22%

On note avec surprise le faible taux de retrait du résultat des femmes enceintes pour la PTME.

Egalement notable, la légère différence d'âge et la proportion d'hommes entre le groupe CDV ayant été au CDAG de Moroni (âge médian: 25 ans, 37% de femmes) et les CDV touchés par l'enquête mobile (âge médian: 28 ans, 22% de femmes) indiquant que lors de cette stratégie mobile c'étaient plutôt des hommes plus âgés qui se présentaient au test. Le volume d'activités des CDAG d'Ndzouani entre Janvier et Mai 2010 était de 356 CDG dont 5 PTME et 160 CDG collectés lors d'une CDAG mobile.

Le nombre relativement bas des candidats au dépistage volontaire dans les CDAG fixes et le succès des stratégies mobiles, bénéficiant d'un battage publicitaire plus visible, suggère l'existence d'un réservoir de candidats potentiels qu'il suffirait de sensibiliser à travers un travail de fond des ONGs et des associations, en particulier au contact des groupes les plus exposés et des jeunes.

#### **e) Patients Tuberculeux**

Concernant les patients tuberculeux, le dépistage du VIH est réalisé systématiquement par le Programme de lutte contre la tuberculose. Toutefois, l'inverse c'est à dire la recherche systématique d'une infection TB chez les patients VIH+ ou au stade Sida ne se fait pas.

#### **f) Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)**

Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes, concomitamment avec le groupe sanguin et la recherche d'une série de marqueurs d'infection, est fait depuis plusieurs années, dans 8 formations sanitaires. A ce jour, moins d'une dizaine de femmes ont été

dépistées positives. Depuis 2006 la Prévention de la transmission mère enfant (PTME) est dispensée avec l'appui du SNU dans les trois îles, au niveau de chaque hôpital, CMC et certains centres de santé. La généralisation de la PTME a permis donc: (i) d'étendre le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes et prévenir ainsi la transmission d'une infection VIH éventuelle au nouveau-né; et (ii) d'ajouter un counseling adéquat au test exécuté jusqu'alors sans préparation comme n'importe quel autre test prénatal. Cependant, ce renforcement de la recherche du VIH chez les femmes enceintes semble rencontrer des résistances parmi celles-ci, probablement en raison de la stigmatisation et de leur peur du manque de confidentialité des agents de santé. A la PMI de Moroni, en 2009, sur 222 femmes enceintes vues à la CPN: (i) 22 ont refusé le test VIH devant la sages femmes; (ii) un nombre indéterminé a attendu d'être au laboratoire pour refuser; et (iii) un nombre indéterminé ne s'est même pas présenté au laboratoire. Il convient de documenter précisément ces refus à travers une étude (exit survey) et à déjà prendre les mesures suivantes pour les minimiser.

- la confidentialité des personnels de santé doit impérativement être renforcée pour que les femmes enceintes puissent accepter le test sans contrainte, mais aussi pour promouvoir les prestations de Planning Familial et de traitement des IST qui souffrent également de ces manquements au secret médical;
- le contenu du conseil pré-test doit être revu pour éliminer toute pression sur la femme;
- il faut que la femme soit parfaitement informée qu'elle est libre de choisir d'accepter le test ou non.

Vu le coût de la PTME et son faible rendement dans un environnement à très faible prévalence, il convient de la rentabiliser en profitant des efforts programmatiques en sa faveur pour renforcer les autres services de Santé de la Reproduction, notamment le Planning Familial et le traitement des IST en direction de toutes les femmes en âge de procréer, y compris les jeunes non encore mariées.

## **2.4. Traitement des IST**

L'approche syndromique pour le traitement des IST a été mise en place dans toutes les formations sanitaires publiques des trois îles à travers la dissémination d'un algorithme développé avec l'appui de l'OMS et de l'université de BRESCIA/Italie en 1998 et révisé avec l'appui du FNUAP qui finance également le recyclage des agents de santé. Ce dispositif ne touche malheureusement qu'une faible proportion des patients concernés, le restant préférant consulter de manière informelle des médecins, des paramédicaux ou des pharmaciens, ou encore pratiquer l'automédication.

En effet, soit par gêne et/ou par peur du non respect de la confidentialité par le personnel de santé, la plupart des malades IST sont réticent à se faire traiter dans une formation sanitaire publique. En outre, certaines formations sanitaires n'appliquent pas l'approche syndromique. La défiance vis-à-vis du système de santé des patients ayant des symptômes IST entraîne une sous-déclaration de ces maladies qui rendent les

données relatives aux IST collectées à travers le Système d'information sanitaire non fiables. La DNLS envisage d'acheter et mettre des kits de traitement IST<sup>39</sup> gratuitement à la disposition des patients IST dans les formations sanitaires publiques, ce qui pourrait accroître l'accessibilité au traitement pour les plus pauvres présentant une IST. Cependant, il est vraisemblable que ceux qui en ont les moyens continueront à se soigner discrètement et il est donc essentiel d'également former et sensibiliser les agents de santé au respect de la confidentialité, pas seulement pour les IST et le VIH mais pour toutes les problèmes de santé.

## ***2.5. Prise en charge des PVVIH***

Sur les 106 cas de PVVIH diagnostiqués jusqu'ici, 40 sont décédés. Ce taux de létalité relativement important s'explique en partie par le caractère tardif d'une prise en charge systématique qui n'est intervenue qu'en décembre 2005. Depuis l'instauration du traitement par ARV, douze patients ont été mis sous traitement dont quatre depuis plus de 48 mois et une personne décédée. Les onze PVVIH encore sous traitement, dont deux actuellement en France pour soins médicaux, sont suivi par le seul médecin référent de l'hôpital El Maarouf. La base de données de ces PVVIH ne comporte pas le stade de l'infection au moment du diagnostic et actuel.

Le traitement ARV est devenu systématique depuis 2003 selon un guide élaboré en 2003 en collaboration avec une ONG et des cliniciens de la Réunion. Une dizaine de médecins référents ont été formé à la Réunion. En 2007, dans un souci de rationaliser les protocoles de traitement et de les aligner sur les meilleures pratiques internationales, un atelier encadré par des experts de l'OMS et de la COI a été organisé et a abouti à des protocoles représentant un compromis entre les protocoles réunionnais utilisés jusque là et les protocoles recommandés par l'OMS. Tous les cas éligibles sont mis sous traitement selon des critères appliqués à la Réunion<sup>40</sup>. En fait, ces critères sont conformes aux toutes dernières recommandations de l'OMS en la matière. Sur 20 cas suivis par le seul médecin référent de Moroni (1 cas seulement à Anjouan), 11 cas sont actuellement sous traitement ARV. Cependant, le seul appareil compteur de CD4 est en panne depuis 2 ans et seuls les patients qui ont les moyens de voyager peuvent être suivi adéquatement sur le plan biologique.

Le suivi de la résistance aux ARV n'est pas possible vu le manque d'équipements adéquats. Cet aspect est pourtant essentiel vu la circulation de nombreux sous-types et d'un niveau élevé de résistance primaire dans les pays de l'Océan Indien.

---

<sup>39</sup> Ce sont des kits développés par PSI à Madagascar (Cura7 pour pour l'écoulement et Génicure pour l'ulcère génital) et qui ont déjà été utilisés aux Comores entre 2003 et 2005..

<sup>40</sup> Le traitement est commencé lorsque le compte DC tombe sous 350 au lieu du seuil de 200.

En dehors du suivi médical, il n'y a pas eu d'autres interventions d'accompagnement et de soutien des PVVIH. Cependant, une prise en charge psychosociale est prévue dans le prochain round du FM par une formation de trois acteurs sociaux à Dakar. Ces acteurs sociaux devraient de préférence être recrutés parmi les PVVIH et pourraient apporter un support psychosocial aux PVVIH à travers la ligne verte. Si le PVVIH n'a pas de téléphone cellulaire il est évident que les fonds engagés annuellement pour la PEC d'un PVVIH justifient largement leur dotation avec un téléphone donné par le projet. Outre le recours à la ligne verte pour le support psycho social, le téléphone pourrait constituer un canal permettant d'envoyer des textos pour les sensibiliser au sexe sécurisé, à la prise régulière de leurs médicaments et tout autre conseil utiles (voir aussi 2.2.1. c) ligne verte ci-dessus).

### **Législation relative aux PVVIH**

Le code de la santé qui assure aux hommes et aux femmes un accès équitable à la prévention et aux soins en portant une attention toute particulière en la matière aux populations vulnérables, est en cours de validation. Il définira les droits de la personne face à la maladie. Un projet de loi « **relative aux droits des personnes vivant avec le VIH et leur implication dans la réponse nationale** » est soumis à l'Assemblée nationale. Outre le fait de préciser les droits particuliers des PVVIH à une prise en charge globale, ce projet de loi devrait contribuer à la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et le manque de confidentialité des personnels de santé. Il devrait cependant être revu et amélioré.

## **2.6. Analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM) ou (SWOT)**

L'analyse de la réponse pays montre bien les efforts nationaux visant à maintenir les Comores parmi les pays à faible prévalence (moins de 1%). Elle met également en exergue l'ampleur des besoins auxquels le pays doit répondre pour contribuer à la réduction de nouvelles infections, notamment auprès des populations clé les plus exposées et fournir un continuum de soins complets à tous les PVVIH. Elle révèle à la fois des forces, des faiblesses, des opportunités mais aussi des menaces sur la lutte actuelle pour stopper l'épidémie.

### **a) Les forces**

Malgré un contexte économique difficile, le gouvernement et ses partenaires ont toujours accordé une attention particulière au développement de la lutte contre VIH/Sida. Des actions de lutte ont été engagées et des résultats tangibles ont été enregistrés.

- L'élaboration et l'adoption du premier PSN

- La réalisation de quelques études sur les groupes à risque habituels (TS, patients IST) comportant quelques données biologiques et comportementales,
- l'implication de plus en plus grande de la société civile dans
- la disponibilité du PNDS et des programmes opérationnels des îles et des districts,
- l'appui de quelques partenaires au développement.

#### **b) Les faiblesses/contraintes :**

Vu la faible prévalence du VIH aux cours des dernières décennies, l'atteinte de ODM 6 pourrait se limiter à maintenir ce très bas niveau de transmission. Cependant, les contraintes suivantes accroissent la vulnérabilité des Comores à l'épidémie et il est impératif de les maîtriser afin de préserver la pleine capacité du pays à réagir à une aggravation probable de l'épidémie.

- Données épidémiologiques et statistiques sanitaires en grande partie indisponibles
- Pas de classement ni d'analyse des données collectées<sup>41</sup>
- Absence d'études récentes comportementales et combinées biologique et comportementale sur les populations clés: TS, HSH, jeunes. En dehors de quelques études sur les groupes à risque habituels (TS, patients IST) comportant quelques données biologiques et comportementales datant de plus de 4 ans et une EDS avec un volet VIH/SIDA datant de 1996, il n'y a pas d'études adéquates des groupes les plus exposés.
- Niveau d'information de la population et des groupes à risque inadéquate entraînant :
  - Des croyances erronées sur le VIH/Sida et la persistance de comportements à risque
  - Haut niveau de stigmatisation et de discrimination des PVVH
  - Manque de confidentialité des personnels de santé
- Dénier de certaines dynamiques sexuelles, notamment les HSH
- Arrangements institutionnels dysfonctionnels, notamment concernant la prise en charge des IST et des PVVIH.

#### **c) Opportunités**

Le pays fait montre d'une volonté affirmée de développer la lutte contre les IST/VIH/Sida. Il dispose d'une Politique Nationale de Santé axée essentiellement sur les soins de santé primaire en mettant l'accent sur l'amélioration de la couverture sanitaire, la qualité des soins, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels. A l'appui des objectifs de cette politique nationale de santé et plus largement de la stratégie de réduction de la pauvreté, le gouvernement entend mettre fortement

<sup>41</sup>(i) La cartographie des TS en 2009 n'a pas fait l'objet d'un rapport; les données de 2009 sur le dépistage anonyme volontaire des CDAG de Moroni ne sont pas informatisées; (iii) les données du centre d'écoute sont insuffisamment analysées.

l'accent sur la consolidation et la décentralisation prend en compte les objectifs et stratégies de lutte contre les IST/VIH/Sida.

#### **d) Menaces**

Les menaces sont principalement liées aux changements de contexte dans le pays. Les changements importants sur les plans socioéconomiques, éducatifs et religieux et l'aggravation de la pauvreté de ces dernières années ont probablement significativement modifié le contexte et rendent impératif la conduite d'études bio-comportementales des populations clés identifiées. Ces enquêtes devront veiller à inclure les questions appropriées pour identifier les HSH, ainsi que les professions plus exposées: hommes en uniforme, chauffeurs de taxi urbain, commerçants voyageant à l'étranger, passeurs clandestins, etc. Vu la faible prévalence du VIH et les doutes sur la sérologie «syphilis» (vu les interférences avec le pian), il faudra sélectionner des marqueurs biologiques comme HBs, HC et la sérologie Herpes Genitalis. Outre les ajustements nécessaire de la plupart des interventions analysées ci-dessus, il faudra que le pays recentre ses priorités en visant à renforcer la communication pour le changement de comportement au niveau communautaire sur le risque accru lié au multi-partenariat concomitant impliquant des partenaires au contact des TS et des HSH à travers les médias et en utilisant au mieux les technologies de l'information et de la communication (TIC) ainsi qu'en s'appuyant sur les ONG et les associations œuvrant directement au contact des groupes les plus exposés marginalisé. Il conviendra également de généraliser la disponibilité des condoms et les lubrifiants à base d'eau à travers le réseau des DBC en leur permettant de les «vendre» pour un prix modique constituant leur motivation. Enfin, il faudra réduire drastiquement, conformément au respect des droits humains, la stigmatisation et la discrimination et l'absence de confidentialité dans les formations sanitaires en abordant le sujet à travers tous les canaux possible et dès le plus jeune âge. Enfin, il faudra réduire drastiquement, conformément au respect des droits humains, la stigmatisation et la discrimination et l'absence de confidentialité dans les formations sanitaires en abordant le sujet à travers tous les canaux possible et dès le plus jeune âge.

### **3. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/LE SIDA**

Ce Plan stratégique répond aux priorités nationales identifiées, et se propose de fournir les moyens d'une réponse rapide pour inverser le cours actuel de l'épidémie. Il reconnaît que l'atténuation de l'épidémie est un investissement à long terme de temps, d'efforts et de ressources. Il vise à porter à l'échelle les interventions clés en vue de réduire les nouvelles infections, notamment auprès des populations clé les plus exposées et fournir un continuum de soins complets à tous les PVVIH de manière à atténuer l'impact de l'épidémie du VIH sur les individus, les familles, les communautés et la société dans son ensemble. Les actions conçues, élaborés et mises en œuvre dans ce cadre reposent sur une meilleure flexibilité et favorisent un ciblage plus réaliste des interventions. Le PSN prend en compte le caractère évolutif de l'épidémie et est conçu en tenant compte de la dynamique de l'environnement changeant.

#### **3.1 Principes directeurs .**

Ce Plan stratégique se conforme aux principes ci-après:

- Pour atteindre l'OMD 6: stopper et inverser l'épidémie de VIH et Sida d'ici 2015;
- Respecter les trois principes ONUSIDA: (i) Coordination d'un Plan Stratégique ; (ii) Une Unité de coordination nationale avec un mandat élargi; et (iii) Un système de suivi-évaluation convenu au niveau national.
- Se conformer à la Déclaration d'engagement de l'UNGASS à savoir une action multisectorielle pour prévenir de nouvelles infections, améliorer l'accès aux soins, et atténuer l'impact de l'épidémie au niveau mondial, régional, et national; et
- Etre conforme à l'Accès Universel dans le but de s'approcher au plus près de l'accès universel au traitement pour tous ceux qui en ont besoin d'ici 2010 et qui servira de point à mi-parcours à la réalisation de l'OMD en 2015.

Il considère que le respect des droits de l'homme est un élément essentiel pour répondre efficacement à l'épidémie du Sida au niveau individuel, national et mondial. Les approches suivantes fondées sur les droits des PVVIH constituent ses points cardinaux :

- Garantir un processus participatif;
- Favoriser les programmes non-discriminatoire;
- L'intensification de la riposte au sida;
- Garantir un cadre juridique favorable; et
- L'égalité d'accès aux soins.

### **3.2. *La Vision nationale de la lutte contre le VIH/Sida***

La vision de ce plan stratégique est de conjuguer tous les efforts en vue de la réduction de la prévalence de l'infection par le VIH, l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, l'amélioration des connaissances sur l'épidémie, sa dynamique et ses impacts et le renforcement de la capacité nationale de réponse à l'épidémie. C'est une réponse nationale coordonnée et gérée sur la base de données fiables et d'un suivi et évaluation adéquat, avec une société civile qui jouera un rôle de plus en plus important dans la réponse, en particulier en ce qui concerne l'appui aux groupes les plus exposés, les personnes les plus exposées - travailleurs du sexe, HSH, et les jeunes à risque - qui auront accès à l'éducation sur la prévention de base et aux services de santé, un niveau de prise en charge, des soins et de support des PVVIH qui sera maintenu et amélioré, avec leur collaboration et une mise en œuvre et des financements soutenables.

### **3.3 *Objectif général du PSN***

Le but du PSN est de réduire les nouvelles infections, notamment auprès des populations clé les plus exposées et fournir un continuum de soins complets à tous les PVVIH de manière à atténuer l'impact de l'épidémie du VIH sur les individus, les familles, les communautés et la société dans son ensemble

### **3.4 . *Axes stratégiques***

Quatre axes stratégiques ont été définis. Il s'agit de :

1. Amélioration des connaissances sur l'épidémie, sa dynamique et ses impacts
2. Amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA,
3. Renforcement de la capacité nationale de réponse à l'épidémie,
4. Consolidation et renforcement des activités de prévention notamment en direction des groupes à risque.

### **3.5. *Résultats attendus***

1. Amélioration des connaissances des déterminants de la transmission dans les groupes les plus exposés permettant de s'appuyer sur une base solide pour les activités de prévention futures
2. Prise en charge, soins et services de soutien maintenus et renforcés et les porteurs d'IST,



3. Des cadres institutionnels consolidés et renforcés sont en place pour gérer la riposte nationale et poursuivre l'exécution du programme et son suivi
4. Généralisation des activités de prévention s'appuyant sur des bases solides ciblant les TS, les HSH et les jeunes à risque

### **3.6. Interventions nécessaires pour atteindre les résultats attendus**

Les interventions prioritaires s'articulent autour des cinq axes stratégiques identifiés.

#### **3.6.1. Axe stratégique 1 : Amélioration des connaissances des déterminants de la transmission dans les groupes les plus exposés permettant de s'appuyer sur une base solide pour les activités de prévention futures**

*Cette axe stratégique vise à documenter et à diffuser les résultats des études permettant de faire des recommandations fiables aux décideurs et aux planificateurs concernant les programmes de prévention futurs, tout en renforçant le programme national de surveillance du VIH.*

Objectif stratégique 1.1. : Renforcer le système de surveillance épidémiologique des populations cibles (TS, Porteurs d'IST, Jeunes de 10-24 ans et Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes)

Résultat attendu 1.1.: Etudes et recherches renforcées

#### **Interventions prioritaires**

Afin d'établir une base solide pour la planification future et de renforcer la surveillance, les interventions prioritaires suivantes seront mises en œuvre:

- **Réaliser la cartographie et enquêtes bio-comportementales :**

Les études de bio-comportementale seront entreprises grâce à la collaboration entre la DNLS, les organisations de la société civile et les communautés avec lesquelles elles travaillent, ainsi qu'avec un partenaire externe ayant une expérience démontrée dans l'élaboration de protocoles et la direction d'études à savoir la formation de partenaires locaux pour: (i) déterminer la taille de l'échantillon de population (ii) conduire l'étude bio- comportementale; et (iii) analyser les données. Les études sur les rapports sexuels intergénérationnels seront de la responsabilité des partenaires de la société civile expérimentés.

- Identifier des bio-marqueurs pertinents pour le contexte comorien vu la problématique du plan
- Réaliser une cartographie intégrée à une étude bio-comportementale des travailleuses du sexe, des HSH et des jeunes à risque
- Réaliser des études bio-comportementales d'échantillons représentatifs d'hommes en uniforme et d'adultes urbains: y compris les chauffeurs de taxi, les commerçants voyageant à l'étranger et les passeurs clandestins, afin de déterminer l'ampleur du sexe intergénérationnel et du risque pour les jeunes femmes et les épouses des hommes plus âgés
- **Appuyer l'analyse et la synthèse des enquêtes bio-comportementales et épidémiologiques et du résultat du croisement des bases de données existantes.**

**Objectif stratégique 1.2. : Renforcer le système de surveillance épidémiologique des populations cibles**

**Résultats attendus : Dispositifs de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PSN efficace et opérationnel**

Interventions prioritaires

- Mettre en œuvre le plan de suivi et évaluation adopté
- Développer les activités de contrôle de qualité du dépistage et de la qualité du suivi biologique des PVVIH
- Assurer le monitoring de la résistance des IST aux antibiotiques
- 

**3.6.2. Axe stratégique 2 : Amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA**

**Objectif stratégique 2.1 : Renforcer l'accessibilité et la disponibilité des services de Prise en Charge des PVVIH**

**Résultat attendu 2.1. : Prise en charge, soins et services de soutien maintenus et renforcés**

Sur la base de l'évaluation du programme de prise en charge clinique au cours des dernières années, les interventions suivantes sont incluses dans la stratégie en vue de renforcer la fourniture de services aux PVVIH. La mise en œuvre sera dirigée par le ministère de la Santé avec l'appui de la DNLS:

**Interventions prioritaires**

- Améliorer la prise en charge décentralisée des PVVIH par : (i) soutien psychosocial pour tous les séropositifs VIH; (ii) soutien nutritionnel quand nécessaire; et (iii) collecte et saisie des données relatives aux PVVIH
- Traçage des partenaires sexuels du PVVIH identifié
- Meilleure disponibilité des ARV et des médicaments pour les infections opportunistes
- Monitoring de la résistance aux ARV
- Renforcement de l'adhésion au traitement

**Objectif stratégique 2.2. Renforcer la disponibilité de la prise en charge psychosociale des PVVIH au niveau communautaire****Résultat attendu 2.2: Utilisation accrue des services de Prise en Charge psychosociale par les PVVIH****Interventions prioritaires**

- Etendre progressivement la prise en charge des PVVIH dans les trois îles. Cela nécessitera une formation pour les prestataires de soins de santé sur la prestation de services liés au VIH, amélioration de l'accueil du PVVIH et du respect de la confidentialité
- Susciter la création d'associations de PVVIH dans chaque île
- Maintenir et améliorer la PTME en améliorant la proportion des femmes retirant leur résultat et en encourageant le conseil dépistage du conjoint à travers une sensibilisation intensive au niveau communautaire afin d'améliorer la couverture
- Renforcer les capacités des acteurs du secteur public et de la société civile (ONG, associations, OCB), y compris le secteur privé oeuvrant dans la lutte contre les IST et le VIH/SIDA renforcées

**3.6.3. Axe stratégique 3 : Les cadres institutionnels consolidés et renforcés sont en place pour gérer la riposte nationale et poursuivre l'exécution du programme et son suivi**

Afin de renforcer la réponse nationale au VIH/sida, la stratégie reconnaît l'importance cruciale du renforcement de la capacité de comprendre l'épidémie, développer et mettre en œuvre des interventions appropriées et de suivre les progrès réalisés dans le cadre d'un arrangement institutionnel cohérent. A ces fins, elle inclut le renforcement des capacités dans les domaines suivants:

**Objectif stratégique 3.1 : Renforcer la coordination intra- et intersectorielle dans la mise en œuvre de la réponse nationale**

**Résultat attendu : Cadre politique développé pour un environnement favorable à une lutte multisectorielle efficace**

**Interventions prioritaires**

- Doter la DNLS de ressources humaines et matérielles adéquates
- Contribuer à la reconstitution et la dynamisation du CNLS et des CILS afin qu'ils jouent pleinement le rôle consultatif multisectoriel qui leur est dévolu
- Opérationnaliser les structures intra et intersectoriels de coordination pour une lutte efficace contre le VIH/SIDA mis en place
- Améliorer la collaboration entre le DNLS et le Programme TB.
- Mettre en place un dispositif pérenne de renforcement de la gestion efficace et efficiente de la réponse du secteur santé à travers une mise en réseau des institutions spécialisées du niveau central dans les domaines pertinents pour la lutte (DNLS, PNAC, CHN...)
- Renforcer l'engagement du milieu de travail dans la réponse nationale aux IST et au VIH/SIDA par la promotion et le développement d'une politique de lutte contre le VIH/SIDA en milieu de travail.

**Objectif stratégique 3.2. : Renforcer le dispositif juridique et politique de lutte contre les IST et le VIH/SIDA**

**Résultat attendu 3.2.: Cadre juridique renforcé pour un environnement favorable à une lutte multisectorielle efficace**

**Interventions prioritaires**

- Développer, mettre à jour, vulgariser et diffuser les lois, textes et réglementations protégeant les droits des PVVIH et femmes vulnérables
- Promouvoir l'intégration de la dimension genre dans les politiques, stratégies et projets de lutte contre les IST et le VIH/SIDA

**3.6.4. Axe stratégique 4 : Généralisation des activités de prévention s'appuyant sur des bases solides ciblant les HSH, les travailleuses du sexe et les jeunes à risque**

**Objectif stratégique 4.1. : Promouvoir les comportements sexuels à moindre risque face aux IST et au SIDA et l'utilisation des services cliniques**

**Résultat attendu : Dispositifs, outils et ressources nécessaires aux activités de CCC améliorés**

**Interventions prioritaires**

- Mener une étude de l'impact des nouvelles approches en communication pour le changement de comportement: (i) sujet de débat du mois; (ii) life skills à l'école, chez les jeunes non scolarisés et dans les prisons; et (iii) videomobile et ligne verte restructurés.
- Renforcer les équipements et outils de communication de proximité pour une couverture effective des groupes vulnérables au niveau des localités vulnérables pour la stimulation de la réponse locale.
- Développer des activités de communication pour le changement de comportement à travers l'établissement d'un paquet minimum de services :

*Un paquet minimum de services sera conçu et mis en œuvre par les partenaires de la société civile ayant une expérience avec les groupes ciblés, en collaboration avec la DNLS. L'objectif est d'accroître la couverture et d'améliorer la qualité des activités destinées à ces groupes, réduisant ainsi le risque de transmission au sein de ces groupes et entre les membres de ces groupes et la population générale.*

*Le paquet minimum de services inclura les services suivants:*

- Communication pour le changement de comportement pour assurer que les groupes les plus exposés ont des connaissances correctes sur le VIH et les IST et ont la motivation et la capacité d'agir sur leur comportement
- Simplifier le CDAG par le recours à des tests rapides et étendre la couverture dans les endroits prioritaires à proximité des personnes les plus susceptibles d'avoir été exposées au virus
- Traçage des partenaires sexuels du PVVIH identifié
- Condoms / lubrifiant pour les groupes ayant des rapports sexuels à risque
- Traitement des IST pour les personnes à risque

*Afin de mettre pleinement en œuvre la fourniture du paquet minimum de services, un environnement favorable pour encourager le changement de comportement sera renforcé grâce à:*

- Sensibilisation accrue des décideurs sur les risques auxquels sont confrontés les groupes les plus exposés et les facteurs qui entravent les efforts visant à réduire ces risques
- Amélioration des relations de collaboration avec les autorités locales/ communautés pour appuyer des interventions de prévention auprès des groupes les plus exposés
- Services cliniques pour la prise en charge des IST, respectueux de la confidentialité et adaptés à la clientèle

**Objectif stratégique 4.2.: Intégrer les conseils et dépistage confidentiel et volontaire du VIH dans les services de routine**

**Résultat attendu 4.2.1.: Dispositifs du service de conseil et dépistage et volontaire du VIH renforcés**

**Résultat attendu 4.2.2 .: Accessibilité et disponibilité des services de Conseils et Test Volontaires et système de référence pour la prise en charge des PVVIH renforcées**

Interventions prioritaires

- Labéliser “Amies des PVVIH” les sites intégrés de dépistage (CDI) et les sites de prise en charge des PVVIH en formant et motivant leur personnel à respecter les candidats au test, les patients IST et les PVVIH.
- Rendre le dépistage VIH plus attractif en l’intégrant dans l’offre de soins de santé primaires

**Objectif stratégique 4.3. : Renforcer l'accessibilité et la disponibilité des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA**

**Résultat attendu 4.3.1.: Utilisation accrue des services de PTME**

Interventions prioritaires

- Promouvoir CPN incluant PTME pour toutes les grossesses
- Mettre en place un système de notification et de suivi basé sur NTICs des PVVIH minimisant les perdus de vue et permettant de maintenir un contact permanent avec les PVVIH pour les motiver à se faire suivre médicalement et renforcer leur adhésion au traitement.

**Objectif stratégique 4.4.1 Intensifier les précautions universelles et la prévention de la transmission sanguine du VIH/SIDA en milieu médical**

**Résultat attendu 4.4.2. Risque d'infections nosocomiales et de transmission sanguine du VIH en milieu de soins limité**

Interventions prioritaires

- Poursuivre la formation du personnel de santé sur les précautions universelles
- Mettre en place des services de collecte, de transport et de traitement des déchets hospitaliers
- Développer le contrôle qualité du sang et des dérivés sanguins.

## 4. Budgets

Les interventions reflétant les nouvelles orientations stratégiques du pays sont partiellement prises en charge dans la proposition soumise au Fonds Mondial pour 2010-2014. Les rubriques principales et les montants correspondants demandés sont montrés dans le tableau ci-dessus (en milliers de francs comoriens). La comparaison avec le tableau des dépenses effectués entre 2007 et 2009 telles que rapportées dans la *Reconstitution des flux des ressources et des dépenses Nationales relatives aux IST/VIH et sida (NASA)*<sup>42</sup> (voir tableau 3 et 4 ci-dessus) montre que le total demandé au Fonds mondial pour 2010-2014 est approximativement égal au montant dépensé en

PROPOSITION BUDGETAIRE AU FONDS MONDIAL POUR LA PERIODE 2010-2014							
Domaine de prestation de services (KMF*1000)	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%
RSS*. Prestation de services	3,959	2,479	2,479	2,479	2,479	11,395	1.3%
Test et conseil	5,621	5,621	2,087	2,087	2,087	15,416	1.8%
CCC- Relais communautaires et écoles	118,140	110,626	17,138	13,458	13,458	259,362	30.6%
CCC- Mass medias	20,794	27,412	23,076	23,076	23,076	94,359	11.1%
Préservatif	16,672	6,521	4,006	5,150	5,150	32,349	3.8%
Diagnostic et traitement des IST	10,493	23,132	5,248	3,759	3,302	42,632	5.0%
CCC- Mass medias	1,871	1,871	1,803	1,803	1,803	7,347	0.9%
Traitement des ARV et suivi	8,439	12,370	7,682	11,841	11,036	40,333	4.8%
RSS* Système d'information sanitaire	5,953	1,932	111	111	111	8,107	1.0%
RSS*. Prestation de services	77,027	30,890	35,153	32,563	32,563	175,634	20.7%
Renforcement de la société civile et des capacités institutionnelles	8,853	4,744	11,251	4,744	4,744	29,592	3.5%
RSS* Système d'information sanitaire	23,600	12,541	5,602	2,894	36,534	44,637	5.3%
Frais de gestion des 2 bénéficiaires principaux	36,433	25,835	12,679	11,507	15,393	86,455	10.2%
<b>* : RSS = Renforcement du système de santé</b>	337,856	265,974	128,316	115,472	151,735	847,618	100.0%

2007-2009 bien que la période 2010-2014 couvre 5 années comparé aux 3 ans de 2007-2009.

<sup>42</sup> National Aids Spending Assessment (NASA) 2007 - 2008 – 2009; Abdillah Mohamed Mdjassir, Comptable, DNLS; Dr. Said Ahmed Bedja, Point Focal ONUSida; Federica Molinaro, Suivi et evaluation, ONUSida Comores; Andriamampiray Fanomezantsoa, Consultant, Juin 2010

## 5. Développement d'un Plan national de suivi et évaluation

Les différents indicateurs qui devront être utilisés pour mesurer les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH sont présentés et discutés ci-dessous. La prévalence du VIH (IND 2) chez la femme enceinte peut être mesurée chaque année lors de la PTME systématique et ne nécessite plus d'enquête sentinelle spécifique. En revanche il est suggéré de ne considérer que l'indicateur HBs (marqueur hépatite B) qui est d'ailleurs testé en routine dans tous les hôpitaux vu l'interférence entre les tests syphilis et les antécédents de pian.

Le Taux de prévalence parmi les 15-49 ans ne pourra être mesuré que lors d'une enquête quinquennale de séroprévalence générale en population. La quasi certitude que beaucoup de comoriens parmi les jeunes et les adultes sont impliqués dans des relations sexuelles concomitantes avec plusieurs partenaires nécessite d'adapter le questionnaire de comportement en conséquence en y incluant les questions ad hoc en respectant la définition du multi-partenariat sexuel concomitant<sup>43,44</sup> et de l'indicateur<sup>45</sup>.

L'indicateur relatif au Nombre de personnel de santé ayant bénéficié d'une formation sur les précautions universelles pourrait être agrémenté d'un indicateur sur une formation pour le respect de la confidentialité ou bien on pourrait ajouter module stigmatisation-discrimination-confidentialité à la formation sur les précautions universelles.

	INDICATEURS	Ref	Périodicité de collecte	Sources de données	Responsable de Collecte
<b>INDICATEURS D'IMPACT</b>					
	Taux de prévalence parmi les 15-49 ans	IND 1	Quinquennale	Enquête en population	<b>PNLS/Min Santé</b>
	Taux de prévalence parmi les femmes enceintes	IND 2	Annuelle	Enquête sentinelle	<b>PNLS/Min Santé</b>
	Taux de prévalence de l'hépatite B (HBs) chez la femme enceinte	IND 3	Annuelle	Enquête sentinelle	<b>PNLS/Min Santé</b>
	% de PVVIH survivant a 6,12 et 24 mois d'initiation traitement d'ARV	IND 4	Annuelle	Suivi de cohorte	<b>PNLS/Min Santé</b>
<b>INDICATEURS DE RESULTATS</b>					
	Pourcentage des individus de 15 a 49 ans ayant utilisé les préservatifs lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non-régulier, au cours des douze derniers mois	IND 5	Biennale ou Quinquennale	Enquête combinée bio-comportementale/ EDS/MICS	<b>PNLS/Min Santé</b>

<sup>43</sup> Consultation on Concurrent Sexual Partnerships; Recommendations from a Meeting of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections Held in Nairobi, Kenya, April 20-21st 2009; Author: Geoff Garnett; Imperial College London; November 30, 2009.

<sup>44</sup> Chevauchement des partenariats sexuels, où des rapports sexuels avec un partenaire se produit entre deux rapports sexuels avec un autre partenaire.

<sup>45</sup> Le point de prévalence du caractère concomitant des relations sexuelles dans une population est défini comme suit: le pourcentage des femmes et des hommes de 15-49 ans avec plus de 1 partenariat sexuel en cours 6 mois avant l'enquête. Cette prévalence est calculée sur la base des dates des premiers et des derniers rapports sexuels avec les 3 (maximum) derniers partenaires durant l'année écoulée.



	Pourcentage des individus de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois	IND 6	Biennale Quinquennale	Enquête combine bio-comportementale/EDS/MICS	PNLS/Min Santé
	Questions permettant de préciser le degré de multi-partenariat concomitant à déterminer...		Biennale Quinquennale	Enquête combine bio-comportementale/EDS/MICS	
	Age médian au premier rapport sexuel parmi les individus 15-24 ans	IND 7	Biennale Quinquennale	Enquête combine bio-comportementale/EDS/MICS	PNLS/Min Santé
	Pourcentage des individus 15-49 ans identifiant correctement les moyens de prévention du VIH et qui rejettent les fausses idées les plus fréquentes concernant la transmission ou la prévention du VIH/Sida	IND 8	Biennale Quinquennale	Enquête comportementale/EDS/MICS	PNLS/Min Santé
	Pourcentage des femmes et des hommes qui n'expriment pas une attitude discriminatoire envers les PVVIH	IND 9	Biennale Quinquennale	Enquête comportementale/EDS/MICS	PNLS/Min Santé
<b>INDICATEURS DES PROGRAMMES ET DES COMPORTEMENTS NATIONAUX</b>					
IEC	Pourcentage d'établissement publics et privés qui ont intégré les programmes de prévention primaire dans le cursus scolaire	IND 10	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels des Etablissements publics et privés	Ministère Education
	Nombre d'individus des groupes cibles prioritaires ayant bénéficié d'une activité d'IEC au cours des douze derniers mois	IND 11	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
Distribution de	Nombre de préservatifs masculins/féminins distribués au cours des douze derniers mois	IND 12	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
Prise en charge des	Nombre de malades IST vus aux centres sanitaires qui ont été correctement diagnostiqués et traités selon le protocole national	IND 13	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
Sécurité transfusionn	Pourcentage de poches sanguines transfusées au cours des douze derniers mois, ayant été testées pour le VIH selon la politique nationale	IND 14	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
CCTV	Nombre de centres CCTV mise en place	IND 15	Trimestrielle/a nnuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
	Pourcentage de la population ayant bénéficié d'une séance de CCTV au cours des douze derniers mois	IND 16	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
	Pourcentage de prisonniers ayant bénéficié d'une séance de CCTV au cours des douze derniers mois	IND 17	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	Ministère de la justice
Précauti on santé	Nombre de personnel de santé ayant bénéficié d'une formation sur le PPE	IND 18	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
	Nombre de personnel de santé ayant bénéficié d'un traitement de PPE	IND 19	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels	PNLS/ Min Santé
Travailleuses du sexe	Pourcentage de travailleuses du sexe ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client	IND 20	Biennale Quinquennale	Enquête comportementale/EDS/MICS	PNLS/ Min Santé
PTME	Pourcentage de femmes enceintes testées pour le VIH	IND 21	Trimestrielle/ annuelle	Rapports d'activités trimestriels du programme PTME	PNLS/ Min Santé

	Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	IND 22	Trimestrielle/annuelle	Rapports d'activités trimestriels du programme PTME	<i>PNLS/ Min Santé</i>
<b>Traitement antirétroviral</b>	Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux	IND 23	Trimestrielle/annuelle	Rapports d'activités trimestriels (hôpitaux et centres de prise en charge)	<i>PNLS/ Min Santé</i>
<b>Réponse multisectoriel</b>	Pourcentage de ministères et entreprises qui ont mis en place des politiques et programmes de lutte contre le VIH et Sida en milieu de travail	IND 24	Annuelle	Rapports d'activités trimestriels	<i>Ministère de l'industrie</i>
	Nombre de services, institutions, ONG et associations impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida qui ont développé un plan d'action sectoriel	IND 25	Annuelle	Rapports d'activités trimestriels	<i>PNLS/ Min Santé</i>
<b>PVVIH</b>	Nombre d'individus touchés par une campagne/programme de lutte contre stigmatisation et discrimination	IND 26	Annuelle	Rapports d'activités trimestriels	<i>PNLS/ Min Santé</i>
<b>Leadership actif</b>	Montant et pourcentage des fonds nationaux dépenses par le gouvernement pour la lutte contre le VIH et Sida	IND 27	Annuelle	Rapport annuel du Ministères des Finances	<i>Ministère Finances</i>
	Indice Composite des Politiques Nationales (NCPI score) en matière d'élaboration de politique de droit de l'homme, de prise en charge de soutien	IND 28	Biennale	Questionnaire d'évaluation des pays	<i>PNLS/ Min Santé</i>