|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNION DES COMORESUnité – Solidarité – Développement----------------------------- |  |

RAPPORT DE LA REVUE

OMD6. Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d’autres maladies

DR Moussa Mohamed Ahmed

 Consultant National

Table des matières

Liste des tableaux, figures et graphiques 4

Sigles et Abréviation 5

Introduction  6

Cible 6.A 8

1. Analyse et tendance 9

Situation générale de l’épidémie de VIH 9

Indicateur 6.1 : Prévalence du VIH parmi la population âgée de 15-24 ans 9

Indicateur 6.2 : Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à haut risque 10

Indicateur 6.3 : Proportion de la population âgée de 15-24 ans avec une connaissance

générale correcte du VIH/SIDA 12

Indicateur 6.4 : Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation

des non- orphelins âgés de 10-14 ans 13

2. Situation de la mise œuvre 13

2.1. Capacité nationale de suivi et évaluation 13

2.2. Efficacité et efficience des programmes et intervention 14

2.3. Mécanisme de financement (national, régional ou international) 14

2.4. Durabilité des progrès réalisés et des stratégies déployées 15

3. Contraintes, défis et priorités en matière d’aide et de coopération internationale 15

3.1. Contraintes 15

3.2. Défis 15

3.3. Priorités 16

4. Recommandations spécifiques et générales 16

Cible 6.B 17

1. Analyse et tendance 18

Indicateur 6.5 : Proportion de la population avec une infection VIH avancée avec accès

aux médicaments antirétroviraux 18

2. Situation de la mise en œuvre 19

2.1. Capacité nationale de suivi et évaluation 19

2.2. Efficacité et efficience des programmes et intervention 19

2.3. Mécanisme de financement (national, régional ou international) 19

3. Contraintes, défis et priorités en matière d’aide et de coopération internationale 20

3.1. Contraintes 20

3.2. Défis 20

3.3. Priorités 20

4. Recommandations spécifiques et générales 20

Cible 6.C 21

1. Analyse et tendance 22

1.1. Le paludisme 22

Indicateur 6.6 : Taux d’incidence lié au paludisme 22

Indicateur 6.7 : Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire

imprégnée 2005 à 2015 23

Indicateur 6.8 : Proportion des enfants de mois de 5 ans ayant la fièvre qui ont été traités

avec des médicaments antipaludéens approprés 24

1.2. Tuberculose 25

Indicateur 6.9 : Prévalence liée à la tuberculose 25

Indicateur 6.10 : Proportion des cas de tuberculose détectés et guéris sous traitement

de court terme directement observé 25

1.3. Lèpre 26

2. Situation de mise œuvre 27

2.1. Capacité nationale de suivi et évaluation 27

2.1.1. Paludisme 27

2.1.2. Lèpre et Tuberculose 27

2.2. Efficacité et efficience des programmes et intervention 27

2.2.1. Paludisme 28

2.2.2. Lèpre et Tuberculose 28

2.3. Mécanisme de financement (national, régional ou international) 28

2.3.1. Paludisme 28

2.3.2. Lèpre et Tuberculose 29

2.4. Durabilité des progrès réalisés et des stratégies déployées 29

2.4.1. Paludisme 29

2.4.2. Lèpre et Tuberculose 29

3. Contraintes, défis et priorités en matière d’aide et de coopération internationale 30

3.1. Paludisme 30

3.1.1. Contraintes 30

3.1.2. Défis 30

3.1.3. Priorités pour l'aide et de coopération internationale 30

3.2. Lèpre et Tuberculose 30

3.2.1. Contraintes pour la lèpre et tuberculose 30

3.2.2. Défis pour la lèpre et tuberculose 30

4. Recommandations spécifiques et générales 31

4.1. Recommandations paludisme 31

4.2. Recommandations lèpre 31

4.3. Recommandations tuberculose 31

Liste des tableaux, figures et graphiques

*Graphique I : Evolution des cas de VIH de 1988 à 2012.*  9

*Figure 1 : Prévalence du VIH parmi la population âgée de 15-24 ans*  9

*Figure2 : Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à haut risque de 1996 -2015 10*

*Figure3 : Proportion de la population âgée de 15-24 ans avec une connaissance générale correcte du VIH/SIDA de 2003 à 2015 12*

*Tableau1 : situation de la Cohorte de PVVIH en Union des Comores depuis 1988 à 2012 18*

*Figure 4. Proportion de la population avec une infection VIH avancée avec accès aux médicaments anti- rétroviraux 18*

*Graphique2 : Cas simple et Graves du Paludisme aux Comores en 2012 22*

*Figure 5 : taux d’incidence lié au paludisme 22*

*Figure 6 : Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée 2005 à 2015 23*

*Figure 7. Proportion des enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre qui ont été traités avec des médicaments antipaludéens appropriés 24*

*Figure 8 : Taux de prévalence lié à la tuberculose de 1992 à 2015 pour (100 000) 25*

*Figure 9. Proportion des cas de tuberculose détectés et guéris sous traitement de court terme directement observé de 1992 à 2015 25*

Sigles et Abréviations

ARV : Antirétroviral (aux)

AD : Action Damien

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CDAG: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CEL : Campagne d’élimination de la lèpre

CILS: Comité Insulaire de Lutte contre le Sida

CNLS: Comité National de Lutte contre le Sida

COI: Commission de l’Océan Indien

DNLS : Direction Nationale de Lutte contre le Sida

DSCRP: Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de Pauvreté

EDSC-MICS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples aux Comores

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GC : Gouvernement Comorien

HSH : Hommes en relation Sexuelle avec les Hommes

IEC : Information Education Communication

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MB : Multi bacillaire

MII : Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide

MIS : Malaria Indicator Survey

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PEC : Prise En Charge

PILS: Programme Insulaire de Lutte contre le Sida

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNLS: Programme National de Lutte contre le Sida

PSN : Plan Stratégique National

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

TB : Tuberculose

TDS: Travailleuses de Sexe

TPI : Traitement Préventif Intermittent

UNICEF : Fond des Nations Unis pour l’Enfance

USE : Unité de Suivi et Evaluation

VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine

 Introduction

Le présent rapport s’inscrit dans le processus de la revue de la mise en œuvre de l’OMD6 à savoir « Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d’autres maladies. Depuis son engagement, l’Union des Comores œuvre résolument vers la réalisation de cet objectif dont les cibles retenues sont l’arrêt de la propagation du VIH/SIDA, l’accès universel aux traitements contre le VIH/SIDA pour tous et la maîtrise du paludisme et la tuberculeuse à l’horizon 2015. Des progrès notables ont été accomplis. Le pays a ainsi déployé des efforts appréciables pour instaurer des conditions propices à la prévention et la prise en charge de ces malades cibles.

En ce concerne la cible 6.A visant à stopper la propagation du VIH/sida et l’inversion de la tendance actuelle, l’Union des Comores se situent toujours parmi les pays à faible prévalence (0,025%). Le nombre de cas de VIH diagnostiqués recensés, jusqu’à décembre 2012, est évalué à 174. Le nombre de décès notifié est 52. Ce niveau relativement important s’explique en partie par le caractère tardif de la prise en charge systématique qui n’est intervenue qu’en décembre 2005. La vigilance reste donc de mise d’autant plus que la proportion de l’utilisation de préservatif masculin lors du dernier rapport à risque au sein des jeunes de 15 à 24 ans est passé de 35,7% en 1996 (EDS 1996) à 45,05% (EDSC 2012)), une évolution relativement lente. L’engagement de l’Union des Comores pour lutter contre la pandémie du Sida s’est accru. La lutte contre la pandémie du SIDA fait partie des orientations clés de la politique nationale de santé (PNS) et le plan national de développement sanitaire (PNDS). Elle est désormais inscrite dans les axes du Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCRP). Le pays est bien engagé pour l’atteinte de la cible 6.A. il en est également de la cible 6.B relative à l’atteinte d’ici à 2010 de l’accès universel aux traitements contre le VIH/sida pour tous ceux qui en ont besoin. Les ARV sont accessibles à tous et leur disponibilité s’est traduite par l’amélioration de la survie des PVVIH. Les Principales contraintes rencontrées au niveau de cette cible sont principalement la forte attitude de stigmatisation et discrimination à l’égard des personnes vivantes avec le VIH/sida et l’insuffisance des ressources pour la mise en œuvre effective du Plan Stratégique National.

Le pays est également bien engagé pour l’atteinte de la cible 6.C visant d'ici à 2015, à maîtriser le paludisme et d'autres maladies, et à commencer à inverser la tendance actuelle. Grâce aux efforts soutenus du gouvernement comorien et de ses partenaires, le programme antipaludique comorien est parvenu à renforcer la capacité de diagnostic et de traitement des formations sanitaires, à équiper les districts sanitaires en petits matériels de laboratoire, à améliorer la disponibilité des médicaments antipaludiques, à promouvoir l’utilisation des moustiquaires imprégnées d’insecticide (MII), à former plusieurs cadres sanitaires et à développer la participation communautaire aux activités de prévention. Cependant, l’impact du programme antipaludique a été limité par l’insuffisance des moyens alloués. Mais les acquis obtenus ont néanmoins permis de constituer une base suffisamment solide pour porter à l’échelle les interventions antipaludiques afin de réduire la transmission de la maladie. La prévalence palustre est déjà sensiblement réduite à Mwali et à Ndzuwani avec l’application des campagnes de traitement de masse. Le plan stratégique 2012 – 2016 vise la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré élimination et d’élimination et à faire des Comores, un pays sans paludisme d’ici 2016. Il s’agit d’une nouvelle étape de la lutte antipaludique qui doit conduire vers l’élimination du paludisme sur l’ensemble du territoire national.

En ce qui concerne les autres maladies, la lèpre et la tuberculose principalement constituent des problèmes de santé publique majeurs. La lèpre demeure toujours endémique ; 502 cas ont été dépistés en 2011, dont 175 formes multibacillaires et 192 nouveaux cas chez les enfants. Quant à la tuberculose, sa prévalence est estimée à 55 pour 100 000 habitants. Les cas dépistés sont traités selon la stratégie DOTS. Les co-infections TB-VIH existent mais sont rares. Un Plan Stratégique National de lutte contre la tuberculose a été élaboré pour la période 2011 – 2014.

Des progrès ont été réalisés pour l’atteinte de l’OMD6. L’ensemble des actions conduites par le pays en matière de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d’autres maladies a eu une influence certaine dans l’atteinte des objectifs. Malgré les nombreuses contraintes et obstacles rencontrés, le pays est dans la bonne voie pour atteindre ou approcher les cibles principales d’ici 2015.

Cible 6.A

ENRAYER, D'ICI 2015, LA PROPAGATION DU VIH/SIDA ET

COMMENCER À INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE

1. Analyse et tendance

 Situation générale de l’épidémie de VIH

*Graphique I : Evolution des cas de VIH de 1988 à 2012.*

Sources Bulletin épidémiologique 2012

Depuis le début de l’épidémie, le nombre des nouveaux cas par an évolue en dent de scie avec des pics environ tous les dix ans, atteignant 26 cas en 2010. Cette situation peut s’expliquer entre autres par l’amélioration de l’accessibilité aux moyens de dépistage à travers tout le pays. .L’évolution de l’épidémie montre que l’incidence n’a jamais dépassé les 10 cas par an. Cette situation a nettement changé depuis 2010 avec une incidence très élevée (26 cas en 2010 et 21 cas en 2012).

**Indicateur 6.1 : Prévalence du VIH parmi la population âgée de 15-24 ans**

*Figure 1 : Prévalence du VIH parmi la population âgée de 15-24 ans*

 *Sources : EVIH 2003; RSEM 2009; GARPR 2012*

Les Comores enregistrent une prévalence très faible en matière de VIH/sida (inférieur à 0,5%). Comparé au reste de l’Afrique Sub-saharienne, et même à d’autres pays de l’Océan Indien les Comores sont encore à un niveau bas de l’épidémie. Cependant malgré cette faible prévalence , le contexte socio-économique et les facteurs comportementaux qui prévalent dans le pays prédisposent la population à une flambée de l’épidémie à l’endroit des population clés à risque

 Pour faire face à cette situation, la DLS continue de renforcer ses actions de prévention à l’endroit des populations clés à risque (HSH, TS…) en particulier et la population pour empêcher la propagation du virus.

**Indicateur 6.2 : Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à haut risque**

*Figure2 : Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel à haut risque de 1996 -2015*

 EDS 1996 ; EDSC-MICS 2012

L’enquête EDSC-MICS de 2012 a montré un taux d’utilisation des préservatifs à hauteur de 45,05% contre 35,7% en 1996, alors que la cible à atteindre en 2015 est de 100%. Cette cible ambitieuse, nécessite des efforts considérables pour l’atteindre en deux ans.

Les précédentes enquêtes montrent que le niveau d’atteinte de cette cible en rapport avec l’utilisation de préservatifs est toujours faible. Bien que le niveau atteint en 2012 montre que les efforts entrepris dans ce domaine porte ces fruits, la DLS doit renforcer la disponibilité et l’accessibilité des préservatifs pour permettre l’atteinte de cet objectif d’ici 2015.

**Indicateur 6.3 : Proportion de la population âgée de 15-24 ans avec une connaissance générale correcte du VIH/SIDA**

*Figure3 : Proportion de la population âgée de 15-24 ans avec une connaissance générale correcte du VIH/SIDA de 2003 à 2015*

 *EVIH 2003; EDSC-MICS 2012; PNLS 2007*

L’indicateur sur la connaissance générale le VIH, mesure les connaissances sur les modes de transmission et les moyens de prévention du VIH.

.

Selon l’enquête EDS-MICS II, la majorité des femmes (96 %) et la quasi-totalité des hommes (99 %) de cette tranche de 15-24 ans, ont déclaré avoir déjà entendu parler du VIH/sida et ces proportions ne varient que très peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. Pour cette même tranche d’âge, 61% des femmes et 80% des hommes considèrent que l’utilisation de préservatifs à chaque rapport et la fidélité constituent les seuls moyens de prévention contre le VIH. On note donc une nette amélioration des connaissances des jeunes de 15-24 ans sur le VIH. Ce qui laisse croire que la cible de cet indicateur sera atteinte d’ici 2015. Toutefois, les efforts déployés jusqu’ici méritent d’être renforcer avec la multiplication des stratégies de communication appropriées

**Indicateur 6.4 : Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des non- orphelins âgés de 10-14 ans**

Compte tenu du contexte socioculturel du pays, cet indicateur n’est pas adapté. Il n’est pas mesuré, car ne figure pas dans le cadre de suivi du PSN.

**2. Situation de la mise en œuvre**

**2.1 Capacité nationale de suivi et évaluation**

Depuis 2010, la DLS a mis en place une Unité de Suivi et Evaluation (USE) pour assurer les fonctions clés de suivi du PSN. Elle est renforcée par le Groupe de travail Restreint sur le Suivi et Evaluation (GRSE) ou Comité technique de Suivi et Evaluation dans la réalisation de ses activités. L’unité est responsable de la mise en œuvre effective du plan de suivi et évaluation. Malgré la mise en place de cette unité, force est de constater que cette unité ne dispose pas de ressources suffisantes pour mieux assurer leur mission.

Au niveau de chaque île, le responsable PILS intègre dans ses fonctions le suivi-évaluation au niveau de l’ile.

La DLS dispose d’un plan de suivi-évaluation qui décrit les mécanismes de coordination, de collecte, d’analyse et de diffusion des données en étroite collaboration avec la Direction de l’Information et des Statistiques Sanitaires.

**2.2 Efficacité et efficience des programmes et intervention**

Le programme a développé un Plan stratégique répondant 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.

**2.3 Mécanisme de financement (national, régional ou international)**

Il est crée, une ligne budgétaire du programme par le gouvernement, mais le décaissement de ces fonds n’a jamais été effectif et même des fois quasiment impossible.

Au niveau régional, la COI appui quelques stratégies au sein du programme.

Au niveau international, il y a l’appui considérable financier du Fonds Mondial et des appuis ponctuels du système des Nations Unis.

**2.4 Durabilité des progrès réalisés et des stratégies déployées**

Malgré les stratégies mises en place, et les progrès réalisés par le programme, ces stratégies restent encore menacées et fragiles. En majeure partie le financement de ces activités dépend des financements extérieurs et des partenaires au développement.

La pérennisation de ces stratégies reste incertaine, vu que le financement peut cesser à tout moment.

**3. Contraintes, défis et priorités en matière d’aide et de coopération internationale**

 **3.1 Contraintes**

Principale contrainte liées au financement. Les financements de la réponse au VIH est dépendant de l’apport extérieur. Le FM reste le partenaire financier principal de la DLS. En plus du FM, le Système des Nations Unies apportent une contribution substantielle. Cette situation fragilise le programme. **3.2 Défis**

Principaux défis :

* Banaliser le dépistage et mettre sous traitement les personnes intéressées.
* Atteindre l’objectif zéro, c'est-à-dire sans VIH/SIDA.

**3.3 Priorités**

* Pérennisation des financements dans la lutte contre le VIH/SIDA
* Renforcement du dépistage et de la sensibilisation en matière de lutte contre le VIH/SIDA

**4. Recommandations spécifiques et générales**

* Accroitre la couverture en matière de prévention dans la population générale et les populations clés (TS, HSH, la population carcérale) ;
* Promouvoir le dépistage volontaire dans les centres de santé et extension des programmes de prévention dans les populations clés (TS, HSH) ;
* Parvenir à sensibiliser la population Comorienne sur les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination à l’égard de PVVIH ;
* Mener des actions de plaidoyers auprès du secteur privé pour mobiliser des ressources financières ;
* Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement pour l’accroissement et l’utilisation rationnelle des ressources domestiques ;
* Plaider pour un fort engagement des autorités et leaders à tous les niveaux.
* Mettre à l’échelle de l’intégration des services ;
* Promouvoir la responsabilisation et la solidarité nationale dans la riposte au VIH.

Cible 6.B

Atteindre d’ici à 2015 l’accès universel aux traitements contre le VIH/SIDA pour tous ceux qui en ont besoin

1. **Analyse et tendance**

Depuis 2006 tous les cas éligibles aux traitements antirétroviraux sont pris en charge 100%.

*Tableau 1 : situation de la Cohorte de PVVIH en Union des Comores depuis 1988 à 2012*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Description des cas | 2011 | 2012 | FREQ (%) |
| cas cumulés | 152 | 174 | 100% |
| décédés | 49 | 52 | 30% |
| perdu de vue | 50 | 69 | 39% |
| Suivi sous ARV | 19 | 24 | 14% |
| Suivi sans ARV | 16 | 29 | 17% |

 *Sources : bulletin épidémiologique 2012 DNLS*

La cohorte de PVVIH des Comores est de 174 depuis 1988 ; 52 décès ont été notifiés depuis le début de l’épidémie dont 3 décès en 2012 (2 co-infection TB-VIH). 69 sont perdus de vue.

La notification de ces chiffres élevés de décès et de perdus de vue a été signalée dans la période 1988 à 2005 ; période pendant laquelle les Comores n’avaient pas les moyens de prendre en charge les PVVIH. En effet c’est en 2006 que l’on a introduit le traitement par les ARV et que des programmes de financement se sont succédés pour appuyer et organiser la riposte contre le VIH aux Comores

Théoriquement, au 31 décembre 2012, cinquante trois (53) PVVIH représentent la file active actuelle dont 24 sous TARV.

**Indicateur 6.5 : Proportion de la population avec une infection VIH avancée avec accès aux médicaments anti- rétroviraux**

*Figure 4. Proportion de la population avec une infection VIH avancée avec accès aux médicaments anti- rétroviraux*

 Rapport OMD 2009 ; plan GAS DNLS

La prise en charge de personnes vivantes avec le VIH/SIDA a été tardive, mais depuis 2006, les personnes à infection avancée qui doivent bénéficier les antirétroviraux sont pris en charge à 100%.

**2. Situation de mise en œuvre**

**2.1 Capacité nationale de suivi et évaluation**

La DNLS a conçu des outils (Dossier du Patient et Fiche de gestion des médicaments) de suivi et évaluation pour les PVVIH.

Dossier du Patient : Cet outil est conçu par la DNLS et mis à la disposition des médecins référents pour le suivi des PVVIH de la file active. En sus des paramètres habituels, il renseigne sur le schéma thérapeutique du patient, CD4, charge virale, bilan biologique, autres situations médicales, nutritionnelles, conseils…

Fiche de gestion des médicaments (ARVs et I.O) : cet outil, conçu par la DNLS en concertation avec la PNAC (sous-bénéficiaire, chargé de la gestion des médicaments), présente l’état mensuel des stocks des ARVs et des molécules ciblant les infections opportunistes, les protocoles thérapeutiques. Il est complété par un rapport mensuel de dispensation/commande des ARVs et I.O, faisant mention des niveaux respectifs suivants : total (quantité en début du mois + quantité reçue) ; stock théorique [stock total – (qtité servie + qtité retour + qtité avarié »e) ] ; stock physique = stock à l’inventaire = stock théorique – perte ; stock de sécurité ajusté : qtité totale servie ; qtité commandée = [stock de sécurité ajusté + qtité servie]  – stock à l’inventaire

**2.2 Efficacité et efficience des programmes et intervention**

Le volet prise en charge est une stratégie qui ne pose pas du tout de problèmes pour le programme. Le diagnostic doit être renforcé en menant des campagnes de sensibilisation massives.

**2.3 Mécanisme de financement (national, régional ou international)**

Le financement des antirétroviraux n’est pas inquiétant en ce moment, seulement le programme devra réfléchir sur un mécanisme de financement durable.

**3. Contraintes, défis et priorités en matière d’aide et de coopération internationale**

* 1. **Contraintes**
* Panne de l’appareil de dosage de détection des CD4
* Pertes de vues de certains séropositifs
	1. **Défis**

Récupérer toue personne perdue de vue, la suivre et la traiter

* 1. **Priorités**

Achat d’appareil de détection de la charge virale

Achat d’appareil de dosage des CD4

**4. Recommandations spécifiques et générales**

* Acheter les appareils de détection de la charge virale et de dosage des CD4

Cible 6.C

 Avoir arrêté en 2015 et commencé à renverser l’incidence du paludisme et des autres maladies majeures

1. **Analyse et tendance**

**1.1 Le paludisme**



**Situation de mise en œuvre**

La lutte antipaludique est inscrite dans les plans de développement national notamment dans la Politique Nationale de Santé (PNS) le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), le DSRP et le Plan d’Action. Le pays s’est engagé à travers le Plan stratégiques 2012-2016 de lutte contre le paludisme à réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré-élimination. Un recul du paludisme aura un impact considérable sur le développement économique et plus particulièrement sur le marché touristique des Comores.

Ce nouveau plan stratégique vise à consolider et à renforcer la capacité du PNLP dans la collecte et le traitement des données épidémiologiques en vue de leur utilisation optimale dans les prises de décisions. Elle vise à faire l’inventaire des données et de l’information disponibles et leur consolidation en vue de la mise sur pied d’un système fiable et efficace de surveillance épidémiologique. A terme, elle devra permettre d’instituer un système d’alerte/surveillance tous azimuts fondés sur la reconnaissance à l’avance des risques d’épidémies. Ce système devra contribuer à détecter de manière précoce et à temps les situations où, dans une région ou une communauté, le nombre de cas de paludisme dépasse le niveau normalement escompté, à donner au service de lutte les moyens d’agir avant que ne soient atteints les seuils épidémiologiques et à décider les mesures de lutte efficace à prendre.

La pré élimination et l’élimination du paludisme conduira à des progrès socio-sanitaires qui n’auront toutefois pas permis d’éliminer toutes les maladies tropicales dans le pays. Les Comores constituent ainsi une porte d’entrée pour le sud-ouest de l’océan Indien de certaines maladies à transmission vectorielle en l’occurrence les arboviroses (dengue, chikungunya…), ainsi qu’à la réintroduction régulière du choléra. Cette stratégie permettra au pays de mieux centrer ses interventions stratégiques du secteur de la santé, allégé de la charge du paludisme.

**Contraintes, défis et priorités en matière d’aide et de coopération internationale**

**Contraintes**:

De nombreuses contraintes sont cependant à relever dans la mise en œuvre et le développement de la lutte antipaludique dont :

* L’insuffisance de la coordination des activités des partenaires persistent,
* l’insuffisance de ressources humaines en nombre et en qualité au niveau opérationnel,
* l’insuffisance d’organisation et de politique de renforcement des actions au niveau communautaire,
* l’insuffisance de mobilisation des ressources nationales et internationales.

**Défis et priorités**

* Mettre à l’échelle toutes les interventions appropriées de lutte contre le paludisme en vue de son Pré-élimination
* Renforcer les capacités institutionnelles, managériales et techniques du personnel au niveau du Programme et des îles, surtout dans les domaines épidémiologique, entomologique, planification et suivi et évaluation.
* Mettre en place un cadre formel de concertation des partenaires et des groupes techniques thématiques autour des domaines prioritaires sous le leadership du Programme.

**Recommandations spécifiques et générales**

Le développement d’une lutte antipaludique de grande envergure permettra de réaliser la vision de « les Comores un pays sans paludisme » à l’horizon 2016 et d’améliorer notablement la qualité de vie de la population. Toutefois, des actions fortes doivent être initiées pour :

* Renforcer la gestion du Programme en mettant en exergue la coordination, les compétences en épidémiologie et en entomologie, en vue de la mise en œuvre des activités de pré-élimination
* Renforcer le système de surveillance y compris l’investigation et la cartographie des foyers actifs ou à potentiel épidémique dans les zones où le paludisme a diminué,
* Mettre à l’échelle toutes les interventions appropriées de lutte contre le paludisme en vue de son Pré-élimination
* Renforcer la collaboration du Programme avec les autres Directions du Ministère de la Santé, les autres Départements ministériels et avec les Partenaires
* Renforcer l’implication de la communauté dans le contexte de la pré- élimination de la maladie
* Impliquer davantage le secteur privé dans la lutte contre le paludisme
* Assurer la gratuité du diagnostic microscopique du paludisme et de la prise en charge des cas grave

**1.2 Tuberculose**

**Indicateur 6.9 : prévalence liée à la tuberculose**

*Figure 8 : Taux de prévalence lié à la tuberculose de 1992 à 2015 pour (100 000)*

*Sources : Rapport national OMD 2005 ; Rapport PNLTL 2008 ; Rapport d’évaluation PNLTL 2010 ; rapport EDSC-MICS 2012*

 La prévalence de la tuberculose diminue progressivement, même si à la grande Comore on enregistre beaucoup plus de cas que dans les autres iles. Des efforts doivent être déployés pour la notification des cas de tuberculose. La sensibilisation doit être renforcée de plus, même si le programme travail bien.

**Indicateur 6.10 : Proportion des cas de tuberculose détectés et guéris sous traitement de court terme directement observé**

*Figure 9. Proportion des cas de tuberculose détectés et guéris sous traitement de court terme directement observé de 1992 à 2015*

*Sources : Rapport national OMD 2005 ; Rapport PNLTL 2008 ; Rapport d’évaluation PNLTL 2010 ; rapport EDSC-MICS 2012*

 Le traitement de la tuberculose aux Comores est gratuit, le diagnostic aussi. Même si le taux de dépistage n’est pas très effectif.

Depuis 2000 le pays enregistre un taux de guérison supérieur à 80%. à partir de 2005 le taux de guérison dépasse les 90% des cas dépistés. Il reste supérieur à 95% dans ces dernières années.

La stratégie de la sensibilisation doit être renforcée surtout au niveau communautaire.

**1.3 Lèpre**

NB : Près de 90% des cas dépistés aux Comores proviennent d’Anjouan.

Mohéli reçoit moins d’attention puisque sa population est 13 fois moins nombreuse que celle d’Anjouan, et par conséquent, le nombre absolu des cas de lèpre est peu élevé. Toutefois, suite à la CEL à Anjouan en 2002, une CEL a été organisée à Mohéli en 2003, résultant dans un doublement de la détection : 95/100.000. Comme à Anjouan, le dépistage diminua considérablement après la CEL : 29/100.000 de 2004 à 2009.

Vers la fin de 2009, l’équipe lèpre-tuberculose au CHR Fomboni est renforcée : un médecin point focal lèpre-tuberculose est nommé, un jeune infirmier est attaché comme stagiaire à l’infirmier lèpre-tuberculose, et un superviseur lèpre très expérimenté de l’équipe d’Anjouan, est affecté à Mohéli. Le résultat est spectaculaire : 50 nouveaux cas entre janvier et septembre 2010.

En Grande Comore, il n’y a que quelques cas de lèpre sporadiques : de 2004 à 2010, seulement 29 cas ont été dépistés, ce qui correspond à un taux de détection moyen de 1,3 par 100.000. Parmi les 29 cas, il n’y a qu’un seul cas MB et 1 cas avec infirmités.

Lorsqu’un cas de lèpre est trouvé en Grande Comore, l’examen des contacts dans la famille et l’entourage du cas est effectué. Cette activité n’a permis de découvrir aucun cas additionnel. Afin de vérifier si des cas de lèpre restent cachés dans la communauté, l’équipe très expérimenté d’Anjouan est descendu en Grande Comore pour effectuer un dépistage actif dans les villages. Cet effort n’a permis de trouver des cas additionnels non plus.

**2. Situation de mise en œuvre**

**2.1 Capacité nationale de suivi et évaluation**

**2.1.1 Paludisme**

Un service de suivi-évaluation au sein de l’unité de coordination de la lutte contre le paludisme aux Comores existe depuis 2010. Ce système repose sur la collecte autonome des données de routine venant de toutes les structures. Ce système est supporté par les points focaux régionaux et des districts. Avec ce système toutes les structures publiques et la plus part des structures privées fournissent des rapports mensuels à l’aide d’un outil de collecte unique élaboré par le PNLP et les partenaires. L’existence de cette unité de suivi et évaluation a améliorer la mise en œuvre du plan de suivi évaluation qui décrit les indicateurs d’un système de reportage et d’une base de données, de l’élaboration des outils de reportage harmonisés et leur disponibilité dans les structures, du travail des points focaux des districts et des iles, de la réalisation des supervisions formatives, le contrôle de qualité des données et l’amélioration de la promptitude et de la complétude.

**2.1.2. Lèpre et Tuberculose**

Le suivi du Programme sera assuré avec la collaboration de la Direction de la Planification nationale et les services du système d’information sanitaire des îles.

Les données vont provenir de plusieurs sources :

* le système de routine à travers la collecte de routine du SIS
* une remontée des données à traves les districts et les régions en période d’épidémie
* les enquêtes ponctuelles

 Les données sur la tuberculose des postes et centres de santé sont collectées au niveau des districts de santé chaque mois et celles de l lèpre par des agents de santé communautaires mais aussi des postes et des centres de santé. Les responsables des données de ces districts remplissent les fiches à la fin du mois et les soumettent au médecin chef pour la signature. Par la suite les fiches signées sont transmises par mois au service d’information des Directions Régionales. A ce niveau les données des différents districts compilées avant d’être transmises au niveau central.

C’est la Direction de l’Information et des statistiques sanitaires qui est chargée de la gestion des données de tout le pays. Cette Direction dépend de la Direction Générale des Etudes, de Planification et des statistiques sanitaires.

Afin de mieux informer les partenaires, le PNLT diffuse un rapport trimestriel des données auprès des partenaires.

**2.2. Efficacité et efficience des programmes et intervention**

**2.2.1 Paludisme**

L’union des Comores s’engage à réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré-élimination.

Pour atteindre cet objectif, les stratégies d’intervention et les actions à mettre en œuvre tiennent compte du profil épidémiologique actuel de la maladie mais aussi de la Revue du programme.

Des stratégies doivent être mises en œuvre pour répondre à des objectifs très spécifiques comme :

Renforcer les capacités institutionnelles, techniques et managériales du PNLP à tous les niveaux, afin de mettre en œuvre les activités liées au programme de pré-élimination

Assurer la prise en charge correcte de 100% des cas de paludisme dans les 24 heures

Protéger 100% de la population à risque avec des moyens

Efficaces de prévention du paludisme

Renforcer le système de surveillance épidémiologique, suivi et évaluation, y compris la détection de tous les cas et de tous les foyers de transmission

Renforcer les connaissances, attitudes et pratiques de toutes les populations à risque dans la prévention et la prise en charge du paludisme

**2.2.2 Lèpre et Tuberculose**

Le programme par ses stratégies prend en charge gratuitement tous les cas de tuberculose et lèpre. Mais le grand souci est de détecter tous les cas.

Une grande campagne de sensibilisation doit être organisée en vue de toucher l’ensemble de la population surtout dans les villages lointains.

* 1. **Mécanisme de financement (national, régional ou international)**

**2.3.1 Paludisme**

L’Union des Comores a fait de la lutte contre le paludisme une priorité nationale.

Mais malgré cet engagement politique, la contribution directe de l’Etat à la lutte contre le

paludisme reste encore faible. Le Gouvernement apporte chaque année près de 38,338

Euros pour le payement du loyer, l’eau, l’électricité, les salaires des fonctionnaires du PNLP.

Dans ce cadre, le Ministère des finances et du budget a décidé d’ouvrir une ligne budgétaire

annuelle spécifique de 16millions de francs comoriens, soit 32,586 euros pour appuyer le

PNLP.

Le financement extérieur hors du Fonds Mondial est très limité. Les principaux

partenaires sont l’OMS, l’UNICEF et le FNUAP. Les ressources que ces organisations mettent

à la disposition sont basées sur leurs cycles budgétaires qui sont de 2 ans pour l’OMS, 5 ans

Pour l’UNICEF et de 5 ans pour le FNUAP.

L’UNICEF intervient dans la stratégie de prévention du paludisme auprès des femmes

enceintes. A cet égard, il contribue à l’approvisionnement en médicaments pour le TPI

(Sulfadoxine pyrimétamine).

L’OMS apporte son aide au renforcement des capacités en matière d’élaboration des

stratégies sanitaires et son appui technique au pays notamment l'assistance technique dans

la formulation du programme d'élimination du paludisme, la mobilisation des ressources, la

mise à l’échelle de la nouvelle politique de traitement, la surveillance de la résistance du

Plasmodium falciparum et le renforcement des laboratoires.

Le FNUAP a apporté un appui technique et financier dans la réalisation de l’enquête

MIS. La République Populaire de Chine a aussi appuyé le PNLP en mobilier, microscopes,

équipements et matériels de laboratoire. La contribution du secteur privé devra être encouragée.

* + 1. **Lèpre et Tuberculose**

Malgré les difficultés socioéconomiques de ces dernières années, les autorités comoriennes s’engagent activement à accompagner les efforts de développement sanitaires du pays. L’Etat prend en charge les salaires et les infrastructures sanitaires du pays et continue à promouvoir les initiatives visant à améliorer le système de santé comorien. On estime à 5% la part de la santé dans le budget de l’Etat. Si on ajoute les exonérations douanières qui vont dans le secteur de la santé et les infrastructures, la part de l’Etat pourrait atteindre les 10%.

Dans le cadre de la tuberculose, les autorités comoriennes encouragent les initiatives du PNLT et de ses partenaires à lutter efficacement contre la tuberculose. L’Etat prend en charge les fonctionnaires du PNLT et met à la disposition du service les infrastructures et collabore avec les partenaires de ce service à savoir l’OMS et ACTION DAMIEN.

L’instabilité politique et les difficultés économiques du pays font que le fonctionnement de ce service dépend à plus de 80% de ses partenaires.

Engagement politique accompagné d’un financement accru et durable. De nouvelles sources de financement supplémentaires s’imposent également pour suppléer les appuis limités des partenaires (OMS et AD).

**2.4 Durabilité des progrès réalisés et des stratégies déployées**

**2.4.1 Paludisme**

Les stratégies doivent être renforcées et maintenues, nous savons que les réalisations des activités en matière de lutte contre le paludisme sont en bonne évolution. Toutefois pour que ces stratégies soient fiables et que les réalisations soient effectives, il faut des gros moyens financiers pour pouvoir maintenir assez longtemps que possible les résultats atteints.

**2.4.2 Lèpre et Tuberculose**

Une attention sera également donnée aux aspects de durabilité des programmes, non seulement financière (budget par le Ministère de la Santé, opportunité d’introduction d’une proposition au Fond Mondial ?) mais également et surtout les aspects techniques (décentralisation, intégration, niveau d’appropriation des connaissances au niveau des structures périphériques de la santé et au niveau des hôpitaux des districts). Identification des éléments qui constituent des barrières (turn-over du personnel, degré d’implication des différents niveaux du personnel de santé dans les programmes, financement des programmes, accessibilité des services lèpre et TB, etc…).

**3. Contraintes, défis et priorités en matière d’aide et de coopération internationale**

* 1. **Paludisme**
		1. **Contraintes**
* Insuffisance des personnes qualifiées au niveau du programme et au niveau des Iles
* Insuffisance de financement pour la lutte antipaludique
* Local insuffisant pour abriter le programme
* Moins de partenaire en matière de lutte contre le paludisme aux Comores
	+ 1. **Défis**

Deux défis à relever pour le programme :

* Renforcement des capacités techniques et managériales du programme
* Elimination du paludisme et maintien la prévalence à moins de 1%
	+ 1. **Priorités pour l'aide et de coopération internationale**

Organiser un forum international du paludisme aux Comores pour diffuser assez large les résultats enregistrés et attirer le maximum des partenaires dans la lutte contre le paludisme.

* 1. **Lèpre et Tuberculose**

**3.2.1 Contraintes pour la lèpre et tuberculose**

* Manque d’engagement politique (appui très limité des autorités nationales et locales)
* Manque de fonds suite à la crise économique internationale
* Dépendance de l’appui d’Action Damien.

**3.2.2 Défis pour la lèpre et tuberculose**

* Détecter et traiter 100% les lépreux et les tuberculeux
* Eviter les complications dues à la tuberculose et les infirmités dues à la lèpre

**4. Recommandations spécifiques et générales**

**4.1 Paludisme**

* Renforcer les capacités techniques du programme
* Rehausser et renforcer la contribution de l’état dans la lutte contre le paludisme.

**4.2 Recommandations lèpre**

* Continuer les stratégies de dépistage actuelles
* Maintenir le niveau d’excellence actuel de la prise en charge
* Rechercher des approches nouvelles afin d’avoir un impact sur la transmission

**4.3 Recommandations tuberculose**

* Améliorer le dépistage
* Améliorer le réseau des laboratoires
* Continuer à assurer une bonne prise en charge des malades tuberculeux
* Rester attentif à la double infection TB/HIV
* Rester attentif à la possibilité de la tuberculose à bacilles résistants

Conclusion

La santé en générale aux Comores mérite d’être renforcée dans plusieurs domaines.

Dans la lutte contre le VIH/SIDA, plusieurs indicateurs peuvent être atteints d’ici 2015.

Seulement des efforts considérables doivent être déployés de la part du Gouvernement Comorien, des partenaires au développement ainsi que la population en générale.

Il est vrai que la prévalence est très faible, mais cela ne suffit pas à croiser les bras car selon le contexte socio-économique et les facteurs comportementaux qui prévalent dans le pays on risque d’assister à une flambée de l’épidémie.

On a vu que le dépistage est très faibles au niveau des centres de dépistage anonyme et aussi une stigmatisation existe encore. Plusieurs facteurs de risque et de vulnérabilité existent, c’est pour cela qu’une forte campagne de sensibilisation de lutte contre la maladie doit être menée dans tout le pays.

Les préservatifs sont mal utilisés car près de 55% des jeunes âgés de 15 à 24 ans n’utilisent pas la méthode préventive pour se protéger des maladies opportunistes et du VIH/SIDA. Les préservatifs doivent être disponibles aux points de distribution.

L’atout majeur est que plus de 67% des jeunes ont des connaissances générales correctes en matière de VIH/SIDA et cela rassure qu’ils sont plus conscients et avertis.

L’accès aux antirétroviraux ne pose pas du tout problème, car la prise en charge est à 100%.Seulement le programme doit disposer des appareils de détection de la charge virale et de dosage des CD4 pour assurer un bon diagnostic de prise en charge.

La lutte contre le paludisme connait des progrès considérables par la réduction du taux d’incidence du paludisme à moins de 15% dans ces dernières années. La stratégie de l’élimination du paludisme doit être effective au niveau des trois iles.

Les stratégies de prise en charge et de prévention doivent être renforcées. La proportion des enfants dormant sous moustiquaires imprégnées d’insecticide reste légèrement en dessus de 60%, mais cela est très insuffisant pour atteindre la cible de 100% d’ici 2015. Beaucoup des lits restent à couvrir des MII. Le suivi des moustiquaires et leur utilisation doit être rigoureux.

La tuberculose et la lèpre sont deux maladies qui doivent être renforcées en dépistage.

Le point fort du programme est qu’à chaque que la maladie est détectée quelle que soit, elle est traitée à plus de 95%. La recherche en matière de dépistage doit être renforcée à tous les niveaux.

Il faut beaucoup d’effort en général pour lutter contre ces maladies et atteindre d’ici deux ans les cibles fixées.

**Bibliographies**

|  |
| --- |
| 1. Additif à la 2ème Note d'Orientation sur les Rapports Pays sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement
2. MDG\_trend\_analysis\_template\_\_for\_MDGRs
3. MDG Report2013\_FRENCH\_fin19June
4. Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2003
5. Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2005
6. Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2009
7. Rapport final de l’EDSC-MICS 2012
8. 2012-06-12-rapport final VIH\_2012 Yasmina.D
9. Bulletin Epidémiologique 2012 DLS final
10. Plan Opérationnel S & E 2011-2015
11. Plan Stratégique VIH 2011-2015 Comores
12. Rapport annuel VIH/SIDA 2007
13. Rapport d’évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH 2011
14. Feuille de route de la mise en œuvre de la déclaration politique sur le VIH 2011
15. Bulletin épidémiologique paludisme 2012
16. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2012-2016
17. Rapport annuel de la lutte contre la tuberculose 2012
18. Rapport d’évaluation de la lutte contre la tuberculose et la lèpre aux Comores 2010
 |