



## UNION DES COMORES

*Unité – Solidarité – Développement*

-----

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

-----  
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

-----  
DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
-----



# Rapport national d'activités sur la riposte au sida\_ Comores 2014

---

Date d'envoi à l'ONUSIDA \_\_\_\_\_

Mars 2014

# Sommaire

## Page

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

# **I. Analyse de la situation**

## **a. Processus de rédaction**

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

Le processus de rédaction du rapport national d'activités sur la riposte au sida a été lancé depuis le mois de janvier 2014.

Une équipe de l'unité de Suivi et Evaluation de la Direction de lutte contre le sida a mis en place les processus de collecte des données notamment la mise à jour des données du Spectrum 2014, les données programmatiques 2013, les données des dépenses relatives au sida de 2013 et les informations d'engagements et moyens d'actions nationaux (NCPI). Des échanges d'informations avec les autres secteurs ont eu lieu avant d'aboutir à la réunion de validation des données du rapport.

## **b. Statut de l'épidémie**

Comparé au reste de l'Afrique Sub-saharienne, et même à d'autres pays de l'Océan Indien, la prévalence du VIH aux Comores reste inférieure à 1%, avec tout de même une augmentation notable des nouveaux cas d'infection à VIH durant le dernier quinquennat.

Cette prévalence approchée confère les Comores le statut de zone à faible prévalence ou à épidémie concentrée.

La surveillance épidémiologique de la maladie a permis de dépister à ce jour 185 personnes infectées par le VIH.

## **c. Politique et programmes de riposte**

Un an après la découverte des premiers cas de VIH notifiés aux Comores en 1988, un Programme nationale de lutte contre la sida (PNLS) a été mise en place (1989). Dix ans plus tard (2009), la Direction nationale de lutte contre le Sida (DLS) est instituée pour pouvoir entreprendre des actions multi-variées. Cette institution a comme principales missions de :

- Mobiliser les ressources nécessaires à la riposte et les répartir dans les structures et organisation engagées dans la lutte ;
- Veiller au respect de la politique et des normes établies dans les protocoles afin de s'aligner aux engagements internationaux ;
- Assurer la coordination, la gestion, le suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH/sida ;
- Assurer la formation du personnel à tous les niveaux;
- Superviser la mise en œuvre des activités dans les structures sanitaires ;

- Superviser les structures de santé, les ONG et les associations ;
- Assurer la disponibilité des réactifs et consommables nécessaires au dépistage du VIH ;

d. Tableau des indicateurs 2013

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

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

Objectif 1: D'ici 2015 réduire de 50% le taux de transmission du VIH par voie sexuelle		
Réf.	Libellé de l'indicateur	Report actuel
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	<b>22,34%</b> (701/3138) EDS-2012
1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	<b>10,49%</b> (466/4437) EDS-2012
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	<b>4,85%</b> (364/7496) EDS-2012
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	<b>29,45%</b> (106/360) EDS-2012
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<b>4,8%</b> (358/7496) EDS - 2012
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	<b>0,051%</b> (2/3864) Bulletin DLS 2013
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe	<b>97,6%</b> (124/127)

	atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	ESPSC-TS-2012
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	<b>59%</b> (75/127) ESPSC-TS-2012
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<b>30,7%</b> (39/127) ESPSC-TS-2012
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	<b>0%</b> (0/56) ESPSC-TS-2012
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	<b>91%</b> (60/66) ESPSC-HSH-2012
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	<b>62%</b> (41/66) ESPSC-HSH-2012
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<b>69,70%</b> (46/66) ESPSC-HSH-2012
1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	<b>0%</b> (0/46) ESPSC-HSH-2012

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

**Objectif 2: D'ici à 2015 réduire de 50% le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables**

Réf.	Libellé de l'indicateur	
2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	NA
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	NA
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	NA
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	NA
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	NA

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

Réf.	Libellé de l'indicateur	
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	100% (2/2)
3.1a	Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles même ou leurs enfants en période d'allaitement	0% (0/1)
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	100% (1/1)
3.3	Pourcentage estimé d'enfants ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	0% (0/1)

Objectif 4: D'ici à 2015 assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH		
Réf.	Libellé de l'indicateur	
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral	<b>56%</b> (27/48)
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	<b>90,48%</b> (19/21)

Objectif 5: D'ici à 2015 réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH		
Réf.	Libellé de l'indicateur	
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	<b>40%</b> (4/10)

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

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

**ESTIMATIONS NATIONALES DES DEPENSES RELATIVES AU SIDA EN 2013 - COMORES**

Catégorie de dépenses liées au sida	TOTAL (KMF)	sources				
		sources publiques	sources internationales	sources privées		
		sous total publiques	sous internationales	total	sous privées	total
sous total par sources	<b>243736246</b>	80740000	161796246		1200000	
1. Prévention	22173741	2500000	18473741		1200000	
2. Soins et traitement	35114275	0	35114275		0	
3. Orphelins et autres enfants rendus vulnérables (OEV)	0	0	0		0	
4. Gestion et de programmes	44043443	13000000	31043443		0	
5. Incitations financières liées aux ressources humaines	107617622	45240000	62377622		0	
6. Protection sociale et services sociaux, orphelins et enfants vulnérables non compris	748284	0	748284		0	
7. Environnement propice et développement communautaire	27283985	20000000	7283985		0	

8. Recherche liée au VIH (à l'exception de la recherche opérationnelle)	6754896	0	6754896	0
---	---------	---	---------	---

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

Objectif 8: Eliminer la stigmatisation et la discrimination (Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH)		
Réf.	Libellé de l'indicateur	
8.1	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	94% (6840/7252) EDS-2012

Objectif 9: Eliminer les restrictions en matière de déplacement			
Réf.	Libellé de l'indicateur		Type
9.1	<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droits de l'Homme basée au siège à l'ONUSIDA ; aucune donnée ne doit donc être transmise</i>	Loi PVVIH en cours	Promulgation d'une loi et droit de l'homme

Objectif 10: Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH		
Réf.	Libellé de l'indicateur	
10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans*	NA

10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	NA

## II. Descriptif de l'épidémie

La prévalence du VIH aux Comores est estimée à 0,05% (1). C'est une épidémie de type concentrée.

Les données de surveillance de ces dernières années notifient que l'incidence du VIH est passée de 0,16% en 2012 à 0,06% en 2013 chez la population de 15 à 49 ans dépistée (2,3). Les données récentes chez les populations clés ne sont pas encore étayées et les enquêtes de surveillance réalisées en 2012 auprès des professionnelles du sexe et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes n'ont relevées aucun cas de séropositivité au VIH (4,5)

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

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

## III. Riposte nationale au sida

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

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

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

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

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

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

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

La gratuité des services de Consultations Périnataux, ainsi que le renforcement du système de santé sont les principales recommandations du pays. Pour faire face à un faible taux de fréquentation des CPN (~20%), les actions déjà entreprises convoitent surtout l'augmentation du taux de dépistage au VIH chez les femmes enceintes par l'accroissement du nombre des sites PTME et la réalisation des campagnes de sensibilisation.

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

Le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose, le diagnostic systématique de TB chez les PVVIH et la prise en charge médicale des patients co-infectés TB/VIH et VIH/TB ne sont pas systématiques.

Malgré les contraintes rencontrées liés à l'insuffisance de référence des TB/PVVIH , à l'insuffisance de formation en counseling et dépistage des responsables TB, le pays sera en mesure d'atteindre cet objectif une fois qu'il améliore la coordination des actions et la collaboration entre les 2 programmes.

Afin de renforcer les actions entreprises, il est suggéré de rendre effective la collaboration entre le PNLN et le PNLT, de respecter les directives nationales en matière de co-infection et doter des ARV et des réactifs de dépistage du VIH au niveau des centres de prise en charge de TB

## **IV. Bonnes pratiques**

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

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

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

## **V. Principaux défis et solutions**

Les caractéristiques de l'épidémie à VIH de type concentré qui prévaut dans le pays font que plusieurs défis sont à relever aussi bien en matière de prévention que de prise en charge. Sur les 10 objectifs visés pour atteindre les 3 zéros d'ici 2015, les objectifs 2 et 9 respectivement relatifs à la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues et à l'élimination des restrictions en matière de déplacement ne sont pas prioritaires à l'Union de Comores.

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

Ainsi le pays fait face à de nombreux défis pour atteindre les objectifs fixés. Les principales recommandations du rapport à mi-parcours doivent être suivies à la lettre pour espérer d'être au rendez-vous des OMD en 2015. Pour cela il faudra :

- Accroître 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 l'extension des programmes de prévention dans les populations clés (TS, HSH) ;
- Accroître la couverture en PTME des femmes en âge de procréer pour atteindre un taux de réduction de 80% sur l'ensemble du territoire national ;
- Assurer une prise en charge globale de 100 personnes d'ici à 2015 ;
- 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 en partenariat avec le ministère du travail et de l'emploi ;
- 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 ; et
- Promouvoir une décentralisation effective de la réponse multisectorielle face au VIH.

## **VI. Soutien des partenaires au développement**

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

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

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

## **VII. Suivi et évaluation**

### **a. Présentation du S&E en place**

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

n'existait pas de mécanisme formel pour la dissémination et l'utilisation des données. Depuis 2011, l'équipe de l'Unité de S&E de la DLS a été renforcé par deux fonctionnaire cadre et le recrutement de deux experts en S&E dans le cadre du projet Fonds mondial.

#### **b. Les défis rencontrés dans la mise en œuvre**

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

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

#### **c. Les solutions planifiées**

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

#### **d. Assistance technique et développement de moyens**

L'unité de S&E de la Direction de lutte contre le sida dispose certes actuellement de ressources humaines et matérielles pour mener à bien son travail de routine. Cependant on notera une insuffisance de moyens pour être présente sur le terrain. Le profil épidémiologique note également une carence de suivi des plans stratégiques. Un renforcement des capacités du personnel est nécessaire pour accompagner la mise en place et la mise en œuvre d'un système complet de suivi et d'évaluation pérenne intégré au Système national d'information sanitaire.

## **VIII. Bibliographie**

- 1- Enquête VIH 2003
- 2- Rapport DLS 2012
- 3- Rapport DLS 2013
- 4- Enquête séroprévalence et socio comportementale TS et jeunes 15-24 ans \_2012
- 5- Enquête séroprévalence et socio comportementale HSH \_2012
- 6- EDS 2012