

**UNION DES COMORES**  
**Unité – Solidarité - Développement**



**POLITIQUE NATIONALE DE SANTE (PNS)**

Février 2005

# Sommaire

<b>1.1 CONTEXTE GENERAL</b> .....	3
1.1.1 Les caractéristiques physiques, démographiques et socio-culturelles.....	3
1.1.2 Le contexte politique et administratif.....	4
1.1.3. Situation économique et sociale.....	5
<b>1.2 PROFIL SANITAIRE</b> .....	6
1.2.1 Organisation du système de santé.....	6
1.2.2 Le profil épidémiologique.....	7
1.2.3 Ressources humaines.....	9
1.2.4 Ressources financières.....	10
1.2.5 Analyse des Forces, Faiblesses, opportunités et Menaces.....	11
<b>1.3 BESOINS ET PRIORITES SANITAIRES</b> .....	12
<b>2. LA VISION POUR L'ORIZON 2015</b> .....	13
<b>3. LES VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE</b> .....	13
<b>4. OBJECTIFS ET CIBLES GENERAUX</b> .....	14
<b>D'ICI 2015 :</b> .....	14
<b>5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES</b> .....	15
<b>6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE</b> .....	17
<b>7. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE, DE COORDINATION, DE SUIVI ET EVALUATION</b> .....	19
<b>8. CONCLUSION</b> .....	20
<b>9. BIBLIOTHEQUE</b> .....	21
<b>ANNEXE 1. LA CARTE SANITAIRE ACTUELLE</b> .....	22
<b>ANNEXE 2. LES INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNS</b> .....	23

## PREFACE

L'Union des Comores, en tant que membre de l'Organisation Mondiale de la Santé, a adhéré à la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires ainsi qu'à l'Initiative de Bamako, initiatives qui mettent l'accent sur la décentralisation et la participation communautaire comme voies primordiales permettant d'assurer la santé pour tous, le district sanitaire étant la pièce maîtresse du développement sanitaire.

L'adoption d'une nouvelle constitution le 23 décembre 2001 consacre une large autonomie aux îles et garantit un partage du pouvoir entre l'Union et les îles autonomes afin de permettre à celles-ci de concrétiser leurs aspirations légitimes, d'administrer et de gérer librement leurs propres affaires et de promouvoir leur développement socio-économique.

La présente Politique Nationale de Santé s'inspire des Initiatives mondiales tout en s'adaptant au nouveau contexte politique et aux réalités socio-économiques des Comores. Elle est l'outil par excellence à travers lequel les autorités comoriennes entendent orienter leurs efforts vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement relevant du secteur de la santé, en assurant l'accès à des services de santé de bonne qualité à tous les comoriens. Elle contribue ainsi à la lutte contre la pauvreté et au développement socio-économique en Union des Comores.

La nouvelle configuration du système national de santé devra tenir compte des changements politiques et institutionnels tout en garantissant une plus grande efficacité et efficience des actions de développement sanitaire. Ainsi, le niveau opérationnel du système de santé sera essentiellement piloté par les districts sanitaires, les îles autonomes coordonnent les interventions des districts et leur apportent l'appui technique nécessaire à la mise en œuvre des activités, le niveau central étant chargé de la coordination des actions entre les îles autonomes et de la définition des politiques, normes et procédures. Les relations fonctionnelles entre les différents niveaux et les missions des entités qui assurent la gestion des services de santé tiendront compte de cette configuration.

En ce qui concerne la gestion des structures centrales disposant de l'autonomie de gestion, telles que la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement des Comores (PNAC), les Centres Hospitaliers El Maarouf, Hombo et Fomboni, la définition des responsabilités de ces différentes entités sera consignée dans les lois organiques qui régiront la répartition des compétences entre les autorités des îles autonomes et celles de l'Union.

Le Gouvernement de l'Union des Comores s'engage à ne ménager aucun effort pour mettre en place un cadre approprié pour la mise en œuvre effective de cette politique. Pour ce faire, la concertation permanente avec les autorités des îles autonomes, les communautés, la société civile et le secteur privé sera renforcée. Il en sera de même avec les partenaires au développement, bi et multilatéraux afin que les appuis techniques et financiers nécessaires à la mise en œuvre des programmes de santé soient disponibles.

Cette politique constitue la référence légitime pour toute initiative ou action de développement sanitaire en Union des Comores et doit donc inspirer tous les acteurs du développement du secteur de la santé.

Moroni le 07

AOÛT 2016



Le Vice président de l'Union des Comores en charge de la santé

## 1. ANALYSE DE LA SITUATION

### 1.1 CONTEXTE GENERAL

#### 1.1.1 Les caractéristiques physiques, démographiques et socio-culturelles

L'Union des Comores, située à l'entrée Nord du canal du Mozambique entre l'Afrique orientale et Madagascar, couvre une superficie de 2 236 km<sup>2</sup>. Elle est composée des quatre îles de Mwali (Mohéli), Ndzouani (Anjouan), Ngazidja (Grande Comore), Maoré (Mayotte) dont les superficies sont respectivement de 290 km<sup>2</sup>, 424 km<sup>2</sup>, 1.148 km<sup>2</sup> et 374 km<sup>2</sup>. Le climat est de type tropical avec une saison chaude et humide ou été austral, de novembre à avril, marquée par la mousson du nord-ouest qui, soufflant à travers l'Océan Indien, apporte de fortes précipitations avec parfois de violents cyclones et une saison sèche et fraîche ou hiver austral de mai à octobre.

Selon les résultats provisoires du recensement général de 2003, la population de l'Union des Comores est de 575.660 habitants (pour les 3 îles autonomes), soit une densité moyenne de 309,3 hab/km<sup>2</sup>, inégalement répartie entre les îles d'Anjouan (574,8 hab/km<sup>2</sup>), de la Grande Comore (258,2 hab/km<sup>2</sup>) et de Mohéli (83,9 hab/km<sup>2</sup>)<sup>1</sup>. L'espérance de vie est passée de 55 ans en 1991 à 63 ans en 2002<sup>2</sup>. Le taux d'accroissement de la population entre 1991-2003 est estimé à 2,1%<sup>3</sup>.

Le taux<sup>4</sup> brut de natalité est passé de 46 pour mille en 1991 à 35,6 pour mille en 2003. Le nombre<sup>5</sup> moyen d'enfants par femme est passé de 6,8 en 1991 à 5,3 en 2003. Quant aux taux<sup>6</sup> de mortalité maternelle et infantile, ils sont passés respectivement de 86,2 pour 100 ;000 naissances vivantes en 1991 à 381 et 79,3 pour 100.000 naissances vivantes en 2003.

Les cultures africaines et arabo-musulmanes constituent les facteurs de cohésion de la société comorienne. Chaque île a ses particularités. A la Grande Comore et à Mohéli prédomine le système matriarcal, à Anjouan le système patriarcal. Malgré leurs diverses origines, les Comoriens sont extrêmement unis et solidaires entre eux. Chacun peut compter sur l'aide de parents, d'amis ou de citoyens, en cas de besoin. La famille constitue l'élément fondamental de base de l'organisation de la société et de son fonctionnement. Son influence est perceptible jusqu'aux plus hautes sphères de la prise de décision. La totalité des Comoriens sont musulmans. L'Islam cohabite avec des croyances et pratiques sociales liées à la coutume et à la tradition. Les préceptes religieux constituent une dimension fondamentale du droit comorien. L'amalgame et la confusion de préceptes religieux et de valeurs traditionnelles entraînent souvent des blocages dans la nécessaire évolution des mentalités et des comportements. Cette situation constitue la principale source des difficultés que rencontre la société comorienne à intégrer les progrès dans des domaines aussi importants que le statut de la femme ou la Santé de la Reproduction.

Concernant les habitudes alimentaires, les repas sont en général composés de féculents, de tubercules et d'huile de coco accompagnés d'une sauce composée de poisson, de viande, légumes etc.... La majorité des familles consomme au moins deux repas par jour; cette

---

<sup>1</sup> RGPH, 2003

<sup>2</sup> OMS : Rapport sur la santé dans le monde, 2003 (p 156)

<sup>3</sup> RGPH, 2003

<sup>4</sup> RGPH, 2003

<sup>5</sup> RGPH, 2003

<sup>6</sup> RGPH, 2003

situation est différente d'une île à l'autre. Les interdits alimentaires concernent surtout les groupes vulnérables : les femmes enceintes ou celles qui allaitent et les jeunes enfants.

La maladie est perçue comme un phénomène naturel ou un envoûtement. Pour ce qui est du recours aux soins, l'enquête socio-anthropologique sur les itinéraires thérapeutiques des patients à Anjouan<sup>1</sup> indique que l'automédication constitue le premier recours aux soins, ceci est favorisée par la vente libre de médicaments provenant de l'extérieur par voie illicite et distribués par des vendeurs non qualifiés (89,5% des vendeurs de médicaments ne sont pas qualifiés)<sup>2</sup>.

Devant l'échec de l'automédication, le deuxième recours se fait vers une formation sanitaire.

### **1.1.2 Le contexte politique et administratif**

Indépendante depuis juillet 1975, l'Union des Comores, qui englobe les quatre îles de l'archipel et qui est admise comme telle au sein de la Communauté Internationale, n'exerce sa souveraineté que sur trois des quatre îles, l'île de Mayotte restant encore sous administration française.

Le pays est membre des Nations Unies depuis le 12 novembre 1975. Il est également membre de l'Union Africaine (UA), du Mouvement des Non-alignés, de l'Organisation de la Conférence Islamique et de la Ligue des Etats arabes. Au niveau régional, le pays a adhéré au COMESA (Marché Commun pour l'Afrique central et de l'Est) et à la Commission des îles du sud de l'Océan Indien (COI).

Le pays a connu depuis 1975 une instabilité politique due à de multiples coups d'Etat et récemment en 1997 à la crise séparatiste de l'île d'Anjouan.

Depuis 1989, le pays vit dans un régime démocratique avec respect des libertés civiles individuelles et de la presse.

La signature de l'Accord Cadre de Fomboni<sup>3</sup> (17 février 2001) a mis fin à la crise séparatiste et a abouti à la création d'un nouvel ensemble comorien, appelé Union des Comores. La nouvelle constitution adoptée le 23 décembre 2001, consacre une large autonomie des îles. Elle garantit un partage du pouvoir entre l'Union et les îles qui la composent afin de permettre à celles-ci de concrétiser leurs aspirations légitimes, d'administrer et de gérer librement leurs propres affaires et de promouvoir leur développement socio-économique dans l'unité.

Chaque île est placée sous l'autorité du gouvernement de l'île, composé d'un président élu et des ministres, qui assurent le fonctionnement régulier des pouvoirs Publics. A ce niveau, un Ministère de la Santé a la charge de la planification et de la mise en œuvre opérationnelle des activités des programmes de santé et de développement sur le terrain.

Au niveau central, le Ministère de l'Union en charge de la santé assure la coordination d'ensemble du secteur.

---

<sup>1</sup> Karine Violet : Mot pour maux , Etude anthropologique de itinéraires thérapeutique et recours aux soins à Anjouan en 2001, ALTER.

<sup>2</sup> Rapport d'évaluation du secteur pharmaceutique ; 2003

<sup>3</sup> Accord de Fomboni

### 1.1.3. Situation économique et sociale

Au Comores, le PIB par habitant est de 386 US\$ en 2001<sup>1</sup>. Selon les estimations faites en 1995, 54,7% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté absolue dont 70,1% à Anjouan, 40,8% à la Grande Comore et 63,7% à Mohéli<sup>2</sup>.

Les Comores sont classées parmi les pays les plus pauvres du monde. Cette pauvreté aurait augmenté de 3,5 à 4 % entre 1995 et 1998 au niveau national<sup>3</sup>. Les couches les plus vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants accèdent difficilement aux services de santé. Selon un rapport sur la pauvreté aux Comores, la proportion de pauvres au sein de la population vue en consultation en 1995 est plus faible que celle n'ayant pas consulté : 36,6% contre 58,3%<sup>4</sup>.

Le Document intérimaire de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP)<sup>5</sup>, élaboré en 2003, a pour ambition de contribuer à une réduction significative et durable de la pauvreté dans l'archipel.

En l'absence de toute croissance économique, le taux de pauvreté risque d'atteindre 93% de la population en l'an 2015.<sup>6</sup>

Sur le plan social, les structures traditionnelles du pays (personnes âgées, chefs coutumiers, notables, autorités religieuses) sont bien organisées et assurent le maintien des valeurs propres à la société, et partant jouissent du profond respect de la population.

Cependant l'exclusion des femmes de certains droits sociaux est une source de vulnérabilité et d'inégalité. Alors qu'elles contribuent activement au processus de développement, elles ont tendance à être exclues des bénéfices que ce dernier procure. On estime qu'une meilleure association des femmes au processus de développement économique et social et une réduction des disparités selon le genre, non seulement diminue la dépendance des femmes et rehausse leur statut, mais également est susceptible d'engendrer des bénéfices tels que la diminution de la fécondité, le ralentissement de la croissance démographique, l'amélioration de la survie et du développement des enfants et l'accroissement de la proportion du revenu familial alloué à l'alimentation et à la santé<sup>7</sup>.

Concernant l'habitat, les constructions sont anarchiques dans l'ensemble du territoire national aussi bien dans les villes que dans les zones rurales; des lois relatives au code de l'urbanisation et de l'aménagement du territoire existent, mais ne sont pas en général respectées alors que le morcellement des logements aggrave les problèmes d'évacuation des déchets.

Le taux de scolarisation<sup>8</sup> net est de 69,3 % en 2002 pour la tranche d'âge 5 à 14 ans. Il est de 65,1% pour les filles du même groupe d'âge. L'évolution de ces taux est restée plus ou moins stable au cours de la période 1994-2002 .

Le taux d'alphabétisation des adultes est passé de 53,8% en 2000 à 56% en 2001<sup>9</sup>.

<sup>1</sup> PNUD : *Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2003*(p. 280)

<sup>2</sup> PNUD : *Rapport National sur le Développement Humain, Comores 2001* (p. 37)

<sup>3</sup> *Rapport du PNUD sur le Développement Humain, 2003*

<sup>4</sup> RFIC, PNUD, BIT : *La pauvreté aux Comores : Concepts, mesure et analyse, 2000* (p.145-146)

<sup>5</sup> DSRP, 2003

<sup>6</sup> *Rapport du PNUD sur le Développement Humain, 2003*

<sup>7</sup> *La Pauvreté aux Comores : Concepts, mesure et analyse, 2000. – Moroni : PNUD/BIT, 2000.*

<sup>8</sup> Source : EPT 2000 (sauf données 2002 : UNICEF)

<sup>9</sup> *Rapport du PNUD sur le Développement Humain, 2003*

## 1.2 PROFIL SANITAIRE

### 1.2.1 Organisation du système de santé

Aux Comores, le système de santé est organisé en trois niveaux. Le niveau central est composé du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général, de la Direction nationale de la santé, des directions et services chargés de la coordination des programmes et projets de santé, de la Pharmacie Nationale Autonome des Comores (PNAC). Au niveau intermédiaire ou des îles, le Système de santé est constitué de l'administration sanitaire des îles (Ministre de la santé assisté par un directeur de la santé et des responsables de services de santé) et des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Au niveau périphérique, on dénombre 17 districts sanitaires dont 7 en Grande Comore, 7 à Anjouan et 3 à Mohéli. Ces 17 districts sanitaires sont couverts par 2 Centres médicaux chirurgicaux (CMC) à Anjouan et Ngazidja et 3 Centres médicaux urbains (CMU) au niveau de chaque île<sup>1</sup>.

A cela, il faut ajouter un réseau de dispensaires de santé des Armées, le dispensaire CARITAS de la Mission Catholique, un service privé en pleine expansion et 49 postes de santé périphériques et plusieurs structures de santé communautaire.

Grâce à l'existence de toutes ces structures, l'accessibilité géographique à un centre de santé dans un rayon de 5 km est estimée à 45% à la Grande Comore, 74% à Anjouan et 69% à Mohéli soit une moyenne de 63% pour l'ensemble du pays. Les taux de fréquentation des formations sanitaires sont respectivement de 14,7%, de 20,21% et 8,92% ; la moyenne nationale est de 10,25%.

Le taux moyen d'occupation des lits est de 20 % à 60% avec de fortes variations selon les saisons et selon le Centre de Santé.<sup>2</sup>

#### *Qualité des services de santé*

20 structures sanitaires ont été récemment réhabilitées et ré équipées par le Projet Santé III sur financement de la Banque mondiale<sup>3</sup>. Par contre, on enregistre des ruptures fréquentes de stock en médicaments essentiels qui font pourtant l'objet d'une politique nationale d'approvisionnement. Le personnel qualifié est insuffisant et les moyens d'encadrement et de recyclage font défaut.

En l'absence d'une réglementation appropriée, le développement anarchique du secteur privé nuit à la qualité des soins et à leur accessibilité et contribue aux coûts élevés et non harmonisés des prestations sanitaires<sup>4</sup>.

#### *Le système d'information sanitaire*

Il n'existe pas de système intégré et coordonné de collecte, d'analyse et d'exploitation des données sanitaires<sup>5</sup>. Cette absence de base de données fiables est préjudiciable au processus de planification, de suivi et d'évaluation des programmes de santé et à la mise en oeuvre des interventions dans le secteur sanitaire. Pour résoudre ce problème, un Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaire (SDSIS) et un Plan de Surveillance Intégrée des Maladies ont été adoptés par les îles autonomes et l'Union. Leur mise en oeuvre effective permettra certainement d'inverser la tendance.

<sup>1</sup> Rapport d'activités OMS 2002-2003,  
<sup>2</sup> Idem

<sup>3</sup> Aide-Mémoire de la Mission de supervision du Projet Santé III : janvier 2004

<sup>4</sup> Plan Cadre pour l'assistance des Agences du SNU au Développement des Comores, 2003-2007. – Moroni : ONU, 2002.

<sup>5</sup> Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaire, 2004

## 1.2.2 Le profil épidémiologique

Les tendances générales montrent que l'état de santé des populations de l'Union des Comores s'est amélioré ces dernières années. Les indicateurs suivants illustrent cette situation :

- l'espérance<sup>1</sup> de vie est passée de 55 ans en 1991 à 63 ans en 2002 ;
- le taux de mortalité générale est passé de 15,7 pour 1000 en 1980 à 15,1 pour 1000 en 1991;
- le taux de mortalité infantile est passé de 86,2 à 79,3 pour 1000 entre 1991 et 2003 (RGPH 1991 et 2003)
- Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une amélioration de 103,7 pour 1000 en 1996 à 74 pour 1000 en 2000 (MICS 2000) .

Le taux de mortalité maternelle<sup>2</sup> reste encore élevé malgré sa nette baisse de 517 à 381 pour 100.000 naissances vivantes entre 1991 et 2003. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité des services, le manque de suivi des grossesses, les références tardives dans les formations sanitaires, les accouchements à domicile, la pauvreté, l'ignorance et l'analphabétisme.

De façon générale, le faciès épidémiologique des Comores s'est peu modifié au cours de ces dernières années et reste dominé par le paludisme, les maladies diarrhéiques (MD), les parasitoses intestinales, la filariose lymphatique, les infections respiratoires aiguës (IRA). Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

**Le paludisme** constitue le premier motif de consultations en médecine et en pédiatrie et représentait 29% des cas de consultation en 1999 contre 30,35% en 1992<sup>3</sup>. On note une régression de la pathologie grâce aux efforts du Ministère de la Santé sur la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides à effet rémanent et la prise en charge des cas, mais beaucoup reste à faire dans le domaine de l'assainissement pour diminuer les gîtes larvaires.

**Les maladies diarrhéiques** constituent une des causes fréquentes de consultations en pédiatrie. Selon l'enquête MICS, l'incidence était de 18,3% chez les enfants pendant les deux dernières semaines précédant l'enquête.

**Les infections respiratoires aiguës** touchent essentiellement les enfants de moins de 5 ans et constituaient le deuxième motif de consultation (12%) en 1999 contre 14,7% en 2001 .

**Les parasitoses intestinales** sont aussi fréquentes puisqu'elles occasionnent plus de 15% des consultations dans la population générale et touchent surtout les enfants de moins de 10 ans, qui se trouvent fragilisés par ces parasitoses lorsqu'ils sont malnutris ou présentent des affections multiples.

**Les infections sexuellement transmissibles** : Le taux de prévalence du VIH est estimé à moins de 0,12% en décembre 2002 et le défi majeur est de maintenir la prévalence actuelle du

---

<sup>1</sup> RGPH 1991

<sup>2</sup> RGPH, 2003

<sup>3</sup> Plan National de Développement Sanitaire perspective an 2010, année 1993.



VIH en renforçant les mesures de prévention et en renforçant la collaboration entre les autorités, les ONG et les partenaires internationaux.

L'infection à VIH touche les 2 sexes avec un ratio femme/homme égal à 1,1. En 2002, le nombre de cas cumulés atteint 69 cas dont 29 décès. La propagation du SIDA se confirme d'année en année. D'après les projections de l'évolution du VIH aux Comores et en l'absence d'une inversion des tendances, le taux d'accroissement annuel moyen du nombre de personnes infectées par le VIH pourrait atteindre 31,2% en 2018<sup>1</sup>.

Concernant les autres maladies sexuellement transmissibles, les données sont rares, mais une enquête récente au niveau des deux laboratoires de référence (El Maarouf et Hombo) a révélé une séro-prévalence de 7,6% de la syphilis<sup>2</sup>.

**Les affections bucco-dentaires** constituent une des causes fréquentes de consultations en odonto-stomatologie et en pédiatrie. L'enquête nationale de 1999 sur la santé bucco-dentaire aux Comores chez les enfants âgés de 12 ans a montré que 48,1% des enfants présentent du tartre et 60,3% une ou plusieurs dents cariées<sup>3</sup>.

**La tuberculose** reste encore très répandue et constitue un risque potentiel avec l'avènement de la pandémie du Sida. Le risque annuel d'infestation est de 60/100.000 habitants avec un taux de détection de 24,5/100.000 hab. Le taux de mortalité est de l'ordre de 0,5/100.000 ; le taux de létalité de 2,15/100.000 hab.(source rapport annuel 2000 sur la tuberculose). Quant au taux de guérison, il est de 90,6%.

**La lèpre** reste endémique aux Comores puisque le taux annuel de détection est encore de 3,26/10.000 soit 171 cas en l'an 2001. La proportion des enfants de 0 à 14 ans représente 52,41 % des cas détectés. Parmi les 171 cas détectés, 90,64 % proviennent d'Anjouan (source : rapport annuel 2001 sur la lèpre).

**La filariose lymphatique** sévit aux Comores à l'état endémique avec une morbidité de 10 à 15 %. Un programme d'élimination est en cours sur les 3 îles.

**Le choléra** a fait sa réapparition dans le pays en 1998 et sévit d'une façon sporadique. Le taux d'attaque lors de l'épidémie de 1998 était de 3%, avec un taux de létalité de 1%. La persistance de la maladie montre la précarité des conditions d'hygiène et d'assainissement du milieu.

**La malnutrition protéino-énergétique** fait partie des préoccupations sanitaires nationales. On note une insuffisance en protéines chez les femmes enceintes et allaitant ainsi que chez les enfants de moins de cinq ans. Cet état est plus fréquent dans sa forme chronique ( 33% des enfants de moins de deux ans) que dans sa forme aiguë( 4,6%)<sup>4</sup>.

**La prévalence moyenne du goitre** est de 14,1%<sup>5</sup> : l'île de Mohéli (16,9%) et d'Anjouan (15,5%) sont les plus affectées par rapport à la Grande-Comore (9,9%). L'institutionnalisation

<sup>1</sup> Document de plaidoyer pour la lutte contre le VIH/SIDA : Projection des impacts épidémiologiques du VIH/SIDA aux Comores : Période 2000-2018, août 2003

<sup>2</sup> Rapport d'enquête réalisée au niveau des laboratoires de références des Centre Hospitalier Régionaux de El-Maarouf et Hombo.

<sup>3</sup> Enquête nationale sur la santé bucco dentaire, 1997

<sup>4</sup> MICS, 2000

<sup>5</sup> Evaluation de la situation du goitre et l'avitaminose, 1995

de l'importation du sel iodé en 1997 fait partie des mesures saluaires pour inverser la tendance.

**Les affections oculaires** les plus courantes dans la population générale sont les erreurs de réfraction (5%), les cataractes (1%) et l'avitaminose A.<sup>1</sup>

Sur 6470 handicapés physico sensoriels recensés dans le pays, 961 sont des aveugles soit 15%.

**Les maladies non transmissibles notamment les cancers, le diabète sucré, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle** : les données concernant ces maladies sont quasi inexistantes. Il s'avère urgent d'entreprendre des investigations pour évaluer leur prévalence au niveau de la communauté afin de développer des programmes de lutte appropriés.

**Les maladies mentales** : la situation de ces maladies n'est pas bien connue et il n'existe pas de personnel qualifié ni de structures de prise en charge.

**Les affections traumatologiques** dues aux accidents de la circulation sont en nette progression et nécessitent souvent des évacuations sanitaires.

### 1.2.3 Ressources humaines

En application des résolutions des Etats Généraux en 2001, le gouvernement des Comores a procédé à l'élaboration d'un Plan National de Développement des Ressources Humaines 2001-2010.

On note une nette augmentation des ressources humaines dont la situation est présentée dans le tableau 1 ci dessous<sup>2</sup>. Les ratios population/personnel de santé indiqués dans la dernière colonne de ce tableau sont encourageants quant à la disponibilité des ressources humaines. Cependant, ces dernières sont inégalement réparties entre les trois îles et sont dans l'ensemble mal gérées et peu motivées.

Depuis 2003, le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Publique (C.N.F.R.S.P) qui avait formé une bonne partie des agents de santé de différentes catégories est érigé en Ecole de Médecine et de Santé Publique (EMSP) au sein de l'Université des Comores.

Une partie importante du personnel de santé est formée à l'extérieur et un effectif élevé de ce personnel ne rentre pas au pays. Ainsi il apparaît que les formations sanitaires publiques continuent à souffrir de pénurie de personnel qualifié.

<sup>1</sup> Programme National de Lutte contre la Cécité, période 2005-2012 .

<sup>2</sup> Système du Coordonnateur Résident des NU: Analyse commune de la situation de développement de l'Union des Comores, Février 2002 pour les données de 1992 et 2001 et Ministère d'Etat, Ministère des Affaires Sociales et des Reformes Administratives: Rapport général sur l'évaluation des systèmes de surveillance, de préparation et réponse aux épidémies aux Comores, juillet 2003 pour les données de 2002

Tableau 3.4 : Evolution de l'effectif du personnel de santé :

Catégories	1992	2001	2002	2004	Nombre de personnel pour 10.000 habitants en 2004
Médecins y compris les spécialistes	26	68	109	115	<b>1,99</b>
Pharmaciens	0	13	15	15	<b>0,3</b>
Infirmiers Diplômés d'Etat	112	146	202	157	<b>2,7</b>
Sage femmes d'Etat	61	92	77	107	<b>1,8</b>

Les problèmes liés aux ressources humaines aux Comores ont été rapportés dans le plan de développement des ressources humaines. Ce sont les suivants :

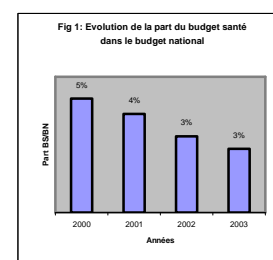
- Un déséquilibre exagéré dans la répartition du personnel qualifié à tous les niveaux et plus particulièrement en périphérie. Ce qui fait apparaître une pénurie de personnel au niveau de certaines îles et de certaines formations sanitaires.
- Une mauvaise gestion d'ensemble du personnel aussi bien par rapport à son utilisation que par rapport à sa formation.
- De mauvaises conditions de travail et de vie du personnel marquées par l'absence d'un véritable plan de carrière et de promotion entraînant ainsi une démotivation et une désaffection du personnel.
- Le non respect des normes et procédures dictées le Code de la santé et de déontologie par le personnel de santé.
- Le non fonctionnement de l'Ordre National des médecins, pharmaciens et biologistes médicaux.

#### 1.2.4 Ressources financières

Le budget national de la santé a subi une diminution régulière au cours des 4 dernières années comme l'indique le tableau 3.5. Ainsi, il est passé de 594 millions de francs comoriens en 2000 à 408 millions en 2003. Sa part dans le budget national a suivi la même tendance en passant de 5% en 2000 à 3% en 2003 (voir figure 1 ci-contre)<sup>1</sup>. 70% à 90% de ce budget est consacré au paiement des salaires.

Tableau 3.5 : Evolution du Budget santé en millions de francs comoriens<sup>2</sup>

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



<sup>1</sup> Rapports annuels de la Banque Centrale - Moroni : OMS, 2000, 2001, 2002.

<sup>2</sup> Rapports annuels du Trésor public pour les îles de Mohéli et Ngazidja

En dehors du budget national, il y a une importante contribution de la communauté appuyée par la diaspora comorienne à la construction des centres de santé de base, mais le montant de cette contribution n'est pas quantifié.

La communauté contribue également au financement du système de santé à travers le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires. Cette contribution a été évaluée en 2001 à près de 536 millions de francs comoriens soit environ 1,2 million d'euros<sup>1</sup>.

Le développement des initiatives au niveau de la promotion des activités mutualistes est encore embryonnaire. Les principaux affiliés aux mutuelles étant les individus vulnérables, une attention particulière doit être accordée à ces initiatives afin de les faire profiter de la solidarité traditionnelle comorienne et assurer leur viabilité<sup>2</sup>.

Concernant la prise en charge des indigents, aucun mécanisme officiel n'est encore en place étant donné que les critères d'indigence ne sont même pas encore définis. Il s'avère urgent de déterminer ces critères ainsi que les mécanismes de prise en charge de toutes les couches de la population dans le cadre du respect des principes d'équité et du droit fondamental de tout être humain à la santé<sup>3</sup>.

### 1.2.5 Analyse des Forces, Faiblesses, opportunités et Menaces

#### **Forces :**

- la mise en place effective des institutions politiques de l'Union des Comores ;
- l'accessibilité géographique aux services de santé primaire et secondaire ;
- l'implication de la communauté aux activités de santé ;
- l'adoption du Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaire ;
- le renforcement en cours du développement des capacités du personnel de santé dans le cadre de la mise en œuvre du PNDRH;
- l'existence de l'Ordre National des médecins, pharmaciens et biologistes médicaux.
- l'existence de la PNAC, centrale d'achat des médicaments essentiels.

#### **Faiblesses :**

- l'inexistence de textes officiels définissant les relations fonctionnelles entre l'administration centrale et celle des îles autonomes ;
- la faible contribution financière de l'Etat au fonctionnement du système de santé ;
- l'insuffisance du plateau technique à tous les niveaux ;
- l'insuffisance de certaines catégories du personnel, sa mauvaise répartition sa grande mobilité et sa faible motivation ;
- la faiblesse du système d'information sanitaire ;
- La faible utilisation des services de santé ;
- l'absence d'un système de prise en charge des indigents;
- l'existence fréquente de conflits entre les organes de gestion communautaire et le personnel de santé ;
- l'insuffisance de la diffusion et la non application des textes réglementaires en vigueur ;
- les ruptures fréquentes des médicaments essentiels;

<sup>1</sup> Said Omar Ben Achirafi et Dr Younoussa Assoumani ; Financement du système de santé (Etats généraux de la Santé), p.3.

<sup>2</sup> Plan Cadre pour l'assistance des Agences du SNU au Développement des Comores, 2003-2007. – Moroni : ONU, 2002.

<sup>3</sup> Plan Cadre pour l'assistance des Agences du SNU au Développement des Comores, 2003-2007. – Moroni : ONU, 2002

- le coût élevé des médicaments ;
- le non fonctionnement de l'Ordre National des médecins, pharmaciens et biologistes médicaux.
- la non opérationnalité des pharmacies de district.
- Le faible niveau de développement des mutuelles de santé

#### **Opportunités :**

- la mise en place effective de toutes les institutions de l'Etat ;
- l'intérêt et la volonté de collaboration manifeste de la part des partenaires au développement ;
- la dynamique associative et la solidarité communautaire;
- l'implication de la diaspora dans le financement de la santé.

#### **Menaces :**

- l'accroissement de la fuite des cerveaux ;
- la démotivation du personnel due au paiement irrégulier des salaires et aux mauvaises conditions de travail ;
- la fragilité de la réconciliation nationale obtenue ;

### 1.3 BESOINS ET PRIORITES SANITAIRES

Les problèmes relevés dans l'analyse de situation sont variés et peuvent être classés en trois groupes:

#### **Des problèmes liés à l'état de santé de la population :**

- niveau élevé de la mortalité maternelle et infanto-juvénile,
- morbidité et la mortalité liées à certaines maladies transmissibles comme le paludisme, la filariose, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës etc.
- propagation lente mais sûre de la pandémie du VIH/SIDA
- morbidité et mortalité liées a certaines maladies non transmissibles (maladies mentales, maladies dégénératives, malnutrition, pathologies dentaires, cécités...)

#### **Des problèmes liés à l'accès aux services de santé :**

- paupérisation croissante des populations,
- faible sensibilisation des populations sur les problèmes de santé
- faible accès des populations à l'eau potable et à un environnement sain
- coûts élevés des prestations sanitaires
- l'accueil inadéquat dans les structures de santé

#### **Des problèmes liés à la performance des services de santé :**

- insuffisance de la coordination et du pilotage des activités de développement sanitaire,
- mauvaise gestion et faible motivation des personnels de santé
- performance inadéquate du secteur pharmaceutique
- insuffisance du plateau technique
- faible qualité des services et soins

## 2. LA VISION POUR L'ORIZON 2015.

Une meilleure santé pour tous les comoriens à travers la disponibilité et l'accessibilité des services de santé de bonne qualité en 2015 est le but ultime de la présente politique. La période concernée est jugée suffisamment longue pour pouvoir observer les changements souhaités et les résultats significatifs. Elle est également conforme à la politique de la Santé pour tous dans la Région Africaine pour le 21<sup>ème</sup> Siècle. La concrétisation de cette vision constitue un défi, pour les autorités sanitaires nationales au niveau de l'Union et des îles autonomes ainsi que pour la communauté nationale et les individus.

La réalisation de cette vision suppose un certains nombre de conditions, à savoir : une répartition équitable et une gestion efficace des ressources, un contexte socio-politique stable et favorable, une mobilisation appropriée des ressources, des services de santé accessibles, une participation communautaire accrue et un renforcement des capacités dans tous les domaines.

Le système de santé sera alors bien adapté au nouvel ensemble comorien et devra être en mesure d'anticiper les besoins de santé et d'y apporter les réponses appropriées. Les individus et la communauté seront informés des risques auxquels ils sont exposés et de leur droit à la santé. Ils seront conscients du rôle à jouer dans la gestion et le financement des services de santé.

Cette vision fait également appel à des stratégies de développement sanitaire qui doivent s'articuler autour des valeurs et principes de solidarité, d'équité, d'éthique, de qualité, de pertinence et de transparence.

Ainsi, elle permettra aux individus de vivre plus longtemps dans un environnement meilleur et plus salubre. Les populations vulnérables ne mourront plus massivement de maladies évitables. Les mères et les enfants auront plus de chance de traverser avec succès les périodes critiques de leur vie.

L'Etat s'engage à améliorer les performances du système de santé en assurant l'intégration effective des services de santé pour contribuer à la diminution de l'incidence des pathologies considérées comme prioritaires. Les interventions seront axées sur la prévention, et le renforcement des capacités de prise en charge clinique en mettant l'accent sur l'accessibilité des plus pauvres aux soins conformément aux orientations du Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP). Elles seront également basées sur les principes de décentralisation, de participation communautaire et de coordination conformément à la constitution du pays.

## 3. LES VALEURS ET PRINCIPES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE

La santé est une responsabilité de l'Etat au plus haut niveau. Cet engagement se manifeste par les mesures suivantes:

### **Valeurs :**

- Faire respecter l'éthique de santé et les droits de l'homme
- assurer l'équité de l'accès et de l'utilisation des services de santé et prendre des

mesures spéciales en faveur de ceux qui souffrent le plus des inégalités notamment les femmes et les enfants ;

### Principes :

- La stratégie des soins de santé primaires reste la pierre angulaire de la politique de santé.
- la santé constitue un droit fondamental de tout comorien sans distinction de quelque nature que ce soit. Les services de santé seront, par conséquent, efficaces, efficients et accessibles à toute la population.
- La solidarité nationale guide toutes les actions de développement du pays. Ainsi, les ressources humaines, matérielles et financières seront partagées de manière équitable entre les différentes entités autonomes.
- la pauvreté est un problème de santé au même titre que la maladie. Elle fait donc partie des priorités sanitaires du gouvernement ;
- la santé occupe sa juste place dans le processus de développement d'ensemble en tant qu'à la fois déterminant et conséquence de ce dernier. Le système de santé bénéficie d'un financement adéquat, équitable et soutenu ;
- Tous les acteurs du développement socio-économique du pays doivent s'impliquer dans la mise en œuvre des politiques et programmes de santé. La coordination intersectorielle, la décentralisation et la pérennité sont essentielles pour guider les choix et les actions à entreprendre.

Fondée sur le libre choix du citoyen qu'est le fonctionnaire comorien, la libre circulation des biens et des personnes, le respect des droits humains, la démocratie sont des leviers qui peuvent être utilisés avec succès aux Comores et qui ne peuvent nullement entraver le développement autonome des îles. Un comorien reste un comorien et pourra être recruté par l'île qui en a besoin et qui lui offre les meilleures conditions de travail.

## 4. OBJECTIFS ET CIBLES GENERAUX

Ces objectifs s'inspirent de ceux du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté<sup>1</sup> et prennent en compte ceux du millénaire pour le développement<sup>2</sup>.

D'ici 2015 :

1. Réduire le taux de mortalité maternelle de 517 pour cent mille naissances vivantes à 250 pour cent mille
2. Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 74°/00 à 40 °/00
3. Réduire le taux de mortalité infantile de 59 °/00 à 35 °/00
4. Réduire de 50 % le taux de morbidité et mortalité liés aux maladies transmissibles
5. Réduire de 50 % le taux de morbidité et mortalité liés aux maladies non transmissibles.
6. Réduire les taux de malnutrition chronique de 25,4% à 10 % chez les enfants de 0 à 5 ans
7. Réduire l'incidence des IST classiques de 50% et ralentir la progression du VIH/SIDA
8. Réduire le risque annuel de l'infection de la tuberculose de 60 pour 100000 habitants à 30 pour 100000 habitant

<sup>1</sup> Union des Comores : Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, document intérimaire, juin 2003

<sup>2</sup> Union des Comores, PNUD : Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), novembre 2003

9. Réduire le taux d'incidence des maladies diarrhéiques de 18,3% à 9%
10. Eliminer la lèpre, la filariose et le tétanos maternel et néonatal
11. Eradiquer la poliomyélite

## 5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les quatre principaux axes stratégiques retenus pour la matérialisation de la vision et l'atteinte des objectifs de développement sanitaire sont les suivantes:

- Développement des services de santé y compris le renforcement des infrastructures et des capacités de planification, de financement et de suivi. (renforcement du plateau technique, décentralisation, recouvrement des coûts, formation et recyclage du personnel, planification/programmation/suivi-évaluation des activités, système d'information sanitaire et recherche etc.)
- Développement de stratégies et d'actions spécifiques aux différents programmes de santé en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Promotion et protection de la santé (IEC, Environnement et santé, communication en santé, comportements sains etc.)
- Développement du secteur pharmaceutique

L'opérationnalisation de ces axes stratégiques sera sous-tendue par les mesures suivantes :

### **Engagement politique du gouvernement :**

l'Etat consacrera plus de ressources internes aux activités de développement sanitaire en vue de tendre vers l'accomplissement de l'engagement d'Abuja qui veut que la part du budget de la santé dans le budget national atteigne 15%.

### **Participation stimulée :**

Cette approche participative repose sur la théorie selon laquelle ceux qui sont influencés directement par une décision doivent participer à sa formulation, afin de favoriser leur engagement et donc la mise en œuvre de la décision. Elle consiste à négocier avec les communautés pour que chacun perçoive un intérêt pour s'unir dans un but commun. Les individus, la famille et la communauté doivent prendre conscience de l'intérêt à participer à la gestion et au financement des services de santé. Il faut considérer les usagers comme des vrais partenaires.

### **Réforme du système de santé :**

La réforme du système de santé initiée depuis 1994, et qui a permis certaines réalisations continuera. Elle se basera sur la décentralisation, le redéploiement du personnel vers la périphérie afin de réduire les inégalités dans le domaine de la santé et la participation de la communauté, des ONG et du secteur privé à la mise en place et au fonctionnement du système de santé. Pour plus d'équité, une meilleure gestion s'impose dans le secteur de la santé : une administration plus efficiente, un exercice plus rigoureux des responsabilités envers les populations et des services plus performants et de meilleure qualité.

### **Création et gestion d'un environnement favorable à la santé :**

Il s'agit de promouvoir la santé dans les ménages et dans la communauté en adoptant les mesures suivantes, dans un contexte de développement multisectoriel:



- assurer un environnement politique et juridique positif ;
- garantir l'accès à l'eau potable et l'assainissement ;
- promouvoir la salubrité et la sécurité de l'environnement ;
- promouvoir la responsabilisation des communautés ;
- promouvoir des régimes alimentaires appropriés et des modes de vie favorables à la santé ;
- promouvoir des conditions de travail favorables à la santé.

La plupart des déterminants de la santé ne relèvent pas directement du domaine de la santé. Les Autorités continueront à canaliser les contributions auprès des secteurs liés à la santé. La pauvreté demeure l'un des principaux facteurs de la mauvaise santé et des décès prématurés, il faudrait renforcer considérablement le rôle de plaidoyer du secteur de la santé dans la lutte contre la pauvreté.

### **Responsabiliser la population et lui assurer un soutien aux niveaux individuel, familial et communautaire :**

Il s'agit essentiellement de valoriser et renforcer les valeurs culturelles positives pour développer la solidarité au niveau de la communauté en général et de la famille en particulier. La famille et l'entourage immédiat du malade seront à mesure d'apporter un soutien affectif, psychologique et pratique, en particulier aux enfants et aux jeunes, aux personnes handicapées et aux personnes âgées.

### **Approche contractuelle entre les intervenants du secteur :**

L'implication de tous les acteurs (Populations, ONG, secteur privé etc.) tant nationaux qu'extérieurs permettra de couvrir l'ensemble des besoins de santé. La coordination de toutes les actions sanitaires organisées dans ce cadre contribuera à une meilleure synergie et visera une meilleure performance du système de santé. Toutefois, cette approche contractuelle comme outil de mise en oeuvre de la politique nationale de santé ne sera pas associée à un désengagement effectif de l'État et à la privatisation des services de santé. Dans ce cas, elle contribuerait à terme à freiner l'utilisation des services par les populations.

### **Diversification des modes de financement de la santé :**

Les maigres ressources financières de l'Etat ont rendu le système de santé du pays presque totalement tributaire de l'aide extérieure, et par conséquent de facteurs sur lesquels le pays n'a aucun moyen d'agir. Il est visiblement impératif que l'État définisse très rapidement des nouvelles orientations visant à la mise en place de nouveaux mécanismes locaux de financement de la santé. Parmi ces mécanismes pourraient figurer :

- Le renforcement du système de mutuelle de santé dont le projet pilote actuellement en cours en Grande Comore et à Mohéli, financé par le PNUD et le CIDR s'est avéré probant.
- la création d'un système d'assurance maladie qui concernerait dans un premier temps les sociétés d'Etat, les grandes sociétés privées et les employés de la fonction publiques ; pour les premières, le système devrait être amélioré puisque certaines de ces sociétés (SNPT, Hydrocarbures, Aéroport) prennent partiellement en charge les soins de santé de leurs employés ;
- la mise en place progressive d'une assurance maladie dans les communautés qui s'appuierait sur les réseaux de mutuelles de crédit (MECK) dans les centres urbains et des caisses d'épargne dans les villages (SANDUK) ;

## 6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ

La nouvelle configuration du système national de santé tient compte des changements politiques et institutionnels. Ainsi, le niveau opérationnel du système de santé sera essentiellement piloté par les îles autonomes. Le niveau central est chargé de la coordination des actions et de la définition des politiques, normes et procédures. Les missions des différents niveaux tiendront compte de cette réalité et du rôle primordial que joueront les districts sanitaires.

### **Au niveau central :**

Ce niveau constitue le cadre général d'orientation et d'élaboration de la politique en matière de développement en général et de la santé en particulier, en assurant une implication effective des îles Il a donc pour missions de :

- Concevoir, élaborer, coordonner et suivre la mise en œuvre de la politique du gouvernement en matière de santé et veiller à sa conformité avec la politique mondiale de la santé ;
- Elaborer les normes et standards et s'assurer de leur application
- Assurer la mobilisation des ressources auprès des partenaires au développement et de coordonner les interventions de ces derniers;
- Négocier et conclure les accords de coopération multilatéraux et bilatéraux
- Assurer une planification sanitaire qui s'intègre dans le processus global du développement socio-économique national ;
- Centraliser les informations sanitaires ;
- Assurer la tutelle des établissements et structures à caractère national.
- S'assurer du respect des textes législatifs et réglementaires régissant le fonctionnement du système sanitaire et à l'adéquation des activités.
- Appuyer les îles autonomes dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé

### **Au niveau de chaque île :**

Ce niveau constituera le lieu d'application et de mise en œuvre de la politique nationale de santé. C'est donc à ce niveau que sera planifiée la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Il appartient, en effet à chaque île de :

- Mettre en œuvre la politique convenue au niveau de l'Union dans sa partie locale
- Planifier, coordonner, suivre la mise en œuvre des différentes interventions et réglementations sanitaires au niveau de l'île,
- Elaborer les orientations spécifiques à l'île en rapport avec la Politique Nationale de Santé et les préoccupations locales devant être prises en compte pour la santé de sa population,
- Centraliser, exploiter les informations sanitaires au niveau des îles et les transmettre au niveau central.
- Assurer la tutelle des établissements et structures relevant de l'île Autonome.
- Veiller au respect des textes législatifs et réglementaires régissant le fonctionnement du système sanitaire et à l'adéquation des activités.
- Négocier et conclure des accords de partenariat et de jumelage dans le cadre de la coopération décentralisée

### **Le niveau périphérique ou district sanitaire :**

Le district sanitaire constitue le niveau opérationnel du système de santé. Il est constitué des centres de santé de district et des postes de santé qui offrent les services de santé aux populations. Il sera donc organisé par les autorités sanitaires de l'île de manière à responsabiliser ces dernières vis à vis de leur propre santé et aura, par conséquent comme missions principales de :

- Planifier, coordonner et mettre en œuvre les activités au niveau des districts ;
- Organiser et gérer les activités sanitaires au niveau du district
- Assurer l'offre des services de santé;
- Collecter et exploiter les données statistiques sanitaires et les transmettre au niveau supérieur.

### **Relations entre les structures centrales et celles des îles autonomes**

En collaboration avec les îles autonomes, le gouvernement central dirige l'élaboration des grandes orientations stratégiques et coordonne les actions de développement sanitaire du pays. Conformément à la politique nationale de santé, les gouvernements des îles autonomes élaborent et mettent en œuvre leurs plans de développement sanitaire. Un cadre de relation fonctionnelle de travail sera convenu de manière concertée et mis en place entre les différents niveaux.

### **Structures centrales**

Pour des raisons d'intégration, d'efficacité et de solidarité, certaines structures ne peuvent pas être dupliquées dans chaque île. Ainsi, les structures comme la Pharmacie Nationale Autonome des Comores (PNAC), l'École de Médecine et de Santé Publique (EMSP) relèvent de l'autorité centrale. Il conviendrait, par conséquent, de redéfinir leurs mécanismes de fonctionnement pour assurer une implication totale et responsable des îles autonomes. D'autres structures centrales pourront être identifiées ou créées en commun accord entre les autorités des îles et celles de l'Union. Ainsi,

- (1) la PNAC continuera à jouer le rôle de producteur, d'importateur et distributeur des produits pharmaceutiques et autres consommables médicaux pour toute la nation comorienne. Elle conservera ses antennes dans les îles autonomes, qui seront dotées d'une plus grande autonomie par rapport à leur propre gestion et à leur rôle de distributrice au niveau de l'île autonome. Aussi, une représentativité adéquate des îles dans les structures de gestion de la PNAC sera assurée ;
- (2) l'EMSP assurera la formation initiale et continue des ressources humaines de qualité pour toutes les îles autonomes de l'Union des Comores. Ces dernières seront équitablement représentées dans ses organes de gestion, les stages pratiques et le recyclage du personnel seront organisés dans les îles ; les modalités d'un accès équitables à la formation seront définies et mises en œuvre;

Quant aux Centres Hospitaliers régionaux, ils seront renforcés pour abriter tous les services de référence secondaire et tertiaire de manière complémentaire. Ils seront cogérés par les autorités des îles et celles du niveau central conformément à la loi organique y afférant. Il est

envisagé dans ce cadre le développement de pôles d'excellence au niveau des îles autonomes pour préserver la complémentarité entre ces dernières.

### **La carte sanitaire :**

La carte sanitaire doit être revue dans chaque île en tenant compte des normes établies , afin de renforcer le niveau de référence au niveau du district. Dans ce cadre, le plateau technique de certains districts sanitaires sera renforcé pour assurer les interventions chirurgicales de premier niveau. Ces districts seront choisis de manière à assurer une accessibilité facile et une efficacité des prestations chirurgicales et obstétricales. Chaque île décidera du choix des districts en question en assurant une grande adhésion des populations à ce choix.

Les districts conserveront leur statut d'autonomie de gestion avec une implication plus grande des responsables politiques et administratifs, ainsi que des communautés qu'ils desservent. Les conseils d'administrations seront réaménagés et renforcés pour répondre à ce souci. En complément des recettes du recouvrement des coûts, ils bénéficieront d'un appui financier plus important de l'Etat (Niveau central et îles autonomes).

Au niveau le plus périphérique, la carte sanitaire doit répondre à un souci d'accessibilité géographique de la population aux soins primaires essentiels et à une viabilité financière. Les postes de santé qui y seront implantés seront totalement gérés par les communautés qu'ils desservent. Dans ce cadre, les populations s'organiseront en associations communautaires pour assurer cette gestion.

### **Promotion du secteur privé :**

Une organisation plus adéquate du secteur privé sera entreprise. Elle portera non seulement sur la réglementation mais aussi sur la mise en œuvre d'une politique incitative contribuant à assurer une implantation équitable des structures privées sur le territoire national et leur implication dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

## **7. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE, DE COORDINATION, DE SUIVI ET EVALUATION**

Pour répondre aux différentes préoccupations énoncées, la politique nationale de santé de l'Union des Comores prévoit des services adaptés aux différentes cibles avec les niveaux de prestation appropriés suivant la pyramide sanitaire. Les structures administratives au niveau de l'Union et des îles sont chargées de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes. Elles ont également pour rôle de coordonner les interventions et de favoriser la collaboration intra et intersectorielle. En ce qui concerne le niveau opérationnel, les modalités de mise en œuvre de la politique nationale sont organisées dans les différents plans et programmes de développement sanitaire des districts sanitaires.

Des mécanismes de coordination intra sectorielle et inter sectorielle doivent être élaborés et instaurés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire afin d'éviter le chevauchement des activités des différents partenaires.

Des mécanismes de suivi et d'évaluation doivent aussi être élaborés et mis en place à tous les niveaux du système de santé afin de permettre aux responsables de prendre des décisions en fonction des performances observées. Un accent particulier sera mis sur le renforcement des capacités au niveau des îles et des districts sanitaires.

## 8. CONCLUSION

La Politique Nationale de Santé donne les grandes orientations pour toutes actions de développement à entreprendre pour l'amélioration de la santé des populations comoriennes. Sa mise en œuvre sera facilitée par la conception et l'exploitation d'outils appropriés à tous les niveaux.

Elle bénéficie de l'adhésion totale et sans équivoque des différents acteurs du développement du secteur de la santé, notamment les autorités sanitaires des îles et du gouvernement central, les partenaires au développement nationaux et internationaux et de la communauté bénéficiaire.

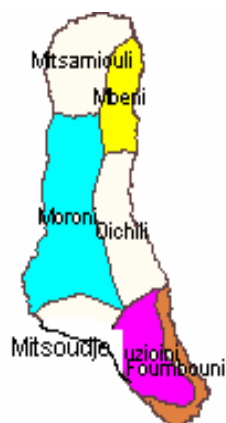
Elle se fonde sur des principes et valeurs qui respectent les droits de l'homme et les engagements du pays vis à vis de la communauté internationale et de la population comorienne.

Ses objectifs et les orientations politiques pour les atteindre sont suffisamment réalistes pour être matérialisés dans les délais impartis. L'engagement des autorités nationales à tous les niveaux est un gage certain de réussite.

## 9. BIBLIOTHEQUE

1. *RFIC : Plan National de Développement Sanitaire, Perspectives an 2010, décembre 1993*
2. *RFIC : Plan National de Développement des Ressources Humaines (PNDRH) 2001-2010, avril 2001*
3. *Union des Comores, PNUD : Rapport National sur les Objectifs du Millénaires pour le Développement ; Progrès, Revers et Défis, novembre 2003*
4. *Directives pour la formulation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'une politique nationale de santé : version du 28 novembre 2003, OMS*
5. *Politiques nationales de santé : Orientations stratégiques, OMS*
6. *Résultats provisoires du Recensement 2003*
7. *OMS : Rapport sur la santé dans le monde, 2003 (p 156)*
8. *Recensement général de la population et de l'habitat 1991*
9. *Enquête Démographique et de Santé 1996*
10. *Karine Violet : Mot pour maux , Etude anthropologique de itinéraires thérapeutique et recours aux soins à Anjouan en 2001, ALTER.*
11. *Rapport d'évaluation du secteur pharmaceutique ; 2003*
12. *Accord de Fomboni*
13. *PNUD : Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2003(p. 280)*
14. *PNUD : Rapport National sur le Développement Humain, Comores 2001 (p. 37)*
15. *RFIC, PNUD, BIT : La pauvreté aux Comores : Concepts, mesure et analyse, 2000 (p.145-146)*
16. *DSRP, 2003*
17. *EPT 2000 (sauf données 2002 : UNICEF)*
18. *Rapport d'activités 2002-2003 du Bureau de la Représentation de l'OMS aux Comores,*
19. *Aide-Mémoire de la Mission de supervision du Projet Santé III : janvier 2004*
20. *Plan Cadre pour l'assistance des Agences du SNU au Développement des Comores, 2003-2007. – Moroni : ONU, 2002.*
21. *Schéma Directeur du Système d'Infirmerie Sanitaire, 2004*
22. *Document de plaidoyer pour la lutte contre le VIH/SIDA : Projection des impacts épidémiologiques du VIH/SIDA aux Comores : Période 2000-2018, août 2003*
23. *Rapport d'enquête réalisée au niveau des laboratoires de références des Centre Hospitalier Régionaux de El-Maarouf et Hombo.*
24. *Enquête Nationale sur la Santé bucco-dentaire aux Comores chez les enfants âgés de 12 ans en milieu scolaire, OMS (1997)*
25. *MICS, 2000*
26. *1 Evaluation de la situation du goitre et l'avitaminose, 1995*
27. *Système du Coordonnateur Résident des NU: Analyse commune de la situation de développement de l'Union des Comores, Février 2002*
28. *Ministère d'Etat, Ministère des Affaires Sociales et des Reformes Administratives: Rapport général sur l'évaluation des systèmes de surveillance, de préparation et réponse aux épidémies aux Comores, juillet 2003*
29. *Rapports annuels de la Banque Centrale - Moroni : OMS, 2000, 2001, 2002, 2003 et 2004.*
30. *Said Omar Ben Achirafi et Dr Younoussa Assoumani ; Financement du système de santé (Etats généraux de la Santé), p.3.*
31. *Plan Cadre pour l'assistance des Agences du SNU au Développement des Comores, 2003-2007. – Moroni : ONU, 2002.*

## ANNEXE 1. LA CARTE SANITAIRE ACTUELLE



### Districts Sanitaires



## ANNEXE 2. LES INDICATEURS DE SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PNS

Dénomination	Niveau de base	Années	Sources
<b>1. Indicateurs démographiques</b>			
Taux de mortalité infantile (Nbre de décès d'enfants de 0 à 1 an pour 1000 naissances vivantes)	79,3	2003	RGPH, 2003
Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	74	2000	MICS 2000
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	381	2000	RGPH, 2003
Nombre d'avortements clandestins			
<b>2. Indicateurs de morbidité et de mortalité</b>			
Taux de prévalence du paludisme (%)	34,6	2004	Rapport national sur les OMD
Nombre de cas de paludisme vus en consultation dans les formations sanitaires	12026	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Taux de mortalité imputable au paludisme (%)	24	2000	MICS 2000
Proportion de la population dormant sous moustiquaire	ND		
Prévalence de l'infection du VIH	0,025	2002	Résultats provisoires Enquête nationale SIDA 2003
Pourcentage de PVVIH ayant accès aux ARV	0		
Taux d'utilisation du préservatif			
Nombre d'enfants orphelins du SIDA			
Nombre de décès dus au SIDA			
Ration Hommes/Femmes infectés par le VIH			
Taux de prévalence de la tuberculose (cas pour 100 000 habitants)	15	2004	Rapport national sur les OMD, 2005
Proportion de tuberculeux sous DOTS	94,5%	2004	Rapport national sur les OMD, 2005
Nombre de cas des IRA chez les enfants de <5 ans dans les formations sanitaires	2031	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès d'enfants de <5 ans dus aux IRA dans les formations sanitaires			
Nombre de complications de grossesses enregistrées dans les formations sanitaires	908	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès dus aux complication de grossesses enregistrés dans les formations sanitaires			
Nombre de cas de maladies cardiovasculaires enregistrés dans les formations sanitaires	806	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès dus aux maladies cardiovasculaires enregistrés dans les formations sanitaires			



Nombre de cas aigus de maladies diarrhéiques chez les enfants de <5 ans	707	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès d'enfants de <5 ans dus aux diarrhées aiguës			
Pourcentage des naissances vivantes avec un poids inférieur à 2500 grammes	27,23	2000	MICS 2000
Pourcentage d'enfants de <5 ans présentant une insuffisance pondérale	25,4	2000	MICS 2000
Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique (indicateur FAO)	11,5	2000	MICS 2000
Nombre de cas de malnutrition enregistrés dans les formations sanitaires	163	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès dus à la malnutrition enregistrés dans les formations sanitaires			
Nombre de cas de diabète enregistrés dans les formations sanitaires	162	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès dus au diabète enregistrés dans les formations sanitaires			
Nombre de cas d'hépatite B enregistrés par les formations sanitaires	93	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès dus à l'hépatite B enregistrés dans les formations sanitaires			
Nombre de cas de lèpre enregistrés par les formations sanitaires	90	2004	Rapport 1 <sup>er</sup> semestre 2004 du SIS
Nombre de décès dus à la lèpre enregistrés dans les formations sanitaires			
<b>3. Indicateurs de services de santé</b>			
Taux de fréquentation des formations sanitaires (nombre de contacts par an et par habitant)	0,10		
Pourcentage des naissances assistées par un personnel qualifié	62	2000	MICS 2000
Pourcentage de femmes en âge de procréer ayant recours aux services de PF	19,4	2000	MICS 2000
Pourcentage de femmes vaccinées contre le tétanos pendant la grossesse			
Pourcentage des enfant de 12 mois ayant reçu tous leur vaccins			
Taux de couverture en DTC3	76%	2004	Rapport du PEV
Taux de couverture en vaccins contre la poliomyélite	73%	2004	Rapport du PEV
Taux de couverture en VAR	73%	2004	Rapport du PEV
Taux de couverture en BCG	79%	2004	Rapport du PEV
Taux de couverture en vaccins contre la fièvre jaune		2004	
Taux de couverture en vaccins contre l'hépatite B	60,54	2004	Rapport du PEV
Taux de disponibilité des médicaments essentiels	54,6	2003	Rapport d'évaluation du secteur pharmaceutique, 2003
<b>4. Indicateurs de santé et environnement</b>			
Proportion de la population urbaine ayant accès à	28,3	2001	CCA/UNDAF, 2002

l'eau potable			
Proportion de la population rurale ayant accès à l'eau potable	8,6	2001	CCA/UNDAF, 2002
Proportion de la population urbaine ayant accès à un système d'assainissement adéquat	84,6	2000	MICS 2000
Proportion de la population rurale ayant accès à un système d'assainissement adéquat			
<b>5. Indicateurs de ressources pour la santé</b>			
Nombre de médecins pour 10000 habitants	1,8	2002	Profil du système de santé, 2004
Nombre de sages femmes pour 10000 habitants	1,3	2002	Profil du système
Nombre de pharmaciens pour 10000 habitants	0,3	2002	Profil du système
Nombre de dentistes pour 10000 habitants			
Nombre d'infirmiers pour 10000 habitants	3,4	2002	Profil du système
Nombre de lits d'hôpital pour 10000 habitants	837	2001	Annuaire Statistiques 2001
Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB	2,2	2002	PIP/Rapport Banque centrale
Part des dépenses de santé du gouvernement dans les dépenses totales de santé	78,3	2002	PIP/Rapport Banque centrale
Part des dépenses de santé du gouvernement dans les dépenses totales du secteur public	8	2002	PIP/Rapport Banque centrale
Pourcentage des dépenses publiques consacrées aux institutions tertiaires			
Pourcentage des dépenses publiques consacrées aux niveaux secondaire et primaire			
Part des paiements directs dans les dépenses totales de santé	21,7	2002	PIP/Rapport Banque centrale
Pourcentage des dépenses publiques récurrentes allant à l'achat de médicaments			
Proportion de la population ayant accès aux médicaments essentiels			
Part des dons internationaux dans les dépenses totales de santé du secteur public			
Total des dépenses de santé par habitant (\$US)	8	2002	PIP/Rapport Banque centrale
Total des dépenses de santé du secteur public par habitant (\$US)	6	2002	PIP/Rapport Banque centrale