

UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement

Vice-présidence en charge du Ministère
de la Santé, de la Solidarité, de la
Cohésion Sociale et de la Promotion du
Genre



جمهورية القمر المتحدة

وحدة - تضامن - تنمية

نيابة الرئاسة المكلفة بوزارة الصحة والتضامن و
التماسك الاجتماعي ومشاركة المرأة

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE 2015 -2019**

Décembre 2014

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'Arthémisinine
AFD	Agence Française de Développement
ASCOBEF	Association Comorienne pour le Bien-être familial
BCG	Bacille de Calmette-Guérin
BID	Banque Islamique de Développement
CA	Conseil d'Administration
CAMUC	Centrale d'Achat de Médicaments en Union des Comores
CARITAS	Réseau Caritatif de France-Secours catholique
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme Gratuit
CHN	Centre Hospitalier National
CHRI	Centre Hospitalier de Référence Insulaire
CNS	Comité National de santé
COI	Commission de l'Océan Indien
COMESA	Common Market for Eastern and Southern Africa
CPN	Consultation prénatale
CSD	Centre de Santé de District
CMC	Centre médico-chirurgical
CSM	Centre de santé militaire
CTNS	Comité Technique National de Santé
DAF	Direction Administrative et Financière
DGEPSS	Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires
DGS	Direction Générale de la Santé
DTC	Diphtérie-tétanos-coqueluche
DTC HépB	Diphtérie-tétanos-coqueluche-hépatite B
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EVF	Education à la Vie Familiale
FM	Fonds Mondial
GATPA	Gestion Active de Travail et Préparation à l'Accouchement
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization -
GPS	Geographical Positioning System
HMN	Health metrics network
HTA	Hypertension Artérielle
IEC	Information-Education-Communication
IGS	Inspection Générale de la Santé
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MCV	Measles Coverage Vaccine
MD	Maladies Diarrhéiques

MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MIILD	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticides à Longue Durée
MIS	Malaria Indicator Survey
NTIC	Nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le SIDA
ORSEC	Organisation des Secours
PASCO	Projet d’Appui au Secteur de la santé des Comores
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation intra-domiciliaire
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PNAC	Pharmacie Nationale Autonome des Comores
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNDRH	Plan National de Développement des Ressources Humaines
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNS	Politique nationale de santé
PPAC	Plan pluriannuel complet
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PPTE	Pays Pauvres très Endettés
PS	Poste de Santé
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes Vivants avec le Virus d’immunodéficience humaine
RGPH	Recensement Général de la Population et de l’Habitat
SAMU	Services Ambulatoires des Urgences
SCRP	Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
SIDA	Syndrome d’immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes
SNIS	Système national d’information sanitaire
SONU	Soins obstétricaux néonatales d’urgences
SP	Sulfadoxine – Pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
SRO	Sel de réhydratation orale
TDM	Traitement De Masse contre le paludisme
TOFE	Tableau des opérations financières de l’Etat
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPM+	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
UNFPA	Fonds des nations unies pour les activités de la population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l’enfance

USA	United States of America
VAR	Vaccin anti rougeoleux
VAT	Vaccin antitétanique
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

ABREVIATIONS ET ACRONYMES	2
LISTE DES TABLEAUX	6
PREFACE	7
INTRODUCTION	9
I. CONTEXTE GENERAL	10
1.1. Situation géographique	10
1.2. Situation démographique	10
1.3. Situation socio-culturelle	12
1.4. Situation économique.....	13
1.5. Situation politique et administrative	14
1.6. Justification du PNDS.....	14
II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE	15
2.1. Etat de santé.....	16
2.2. Profil du système de santé	26
2.3. Problèmes prioritaires et Défis.....	47
III. PRINCIPES ET VALEURS	50
3.1. Principes.....	50
3.2. Valeurs :	51
IV. VISION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES	51
4.1. Vision.....	51
4.2. Orientations stratégiques.....	51
V. OBECTIFS, AXES D'INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES	51
VI. CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PNDS 2015-2019	69
6.1. Pilotage, coordination et suivi et évaluation	69
6.2. Processus de planification.....	69
6.3. Modalités de mise en œuvre.....	70
6.4. Mobilisation des ressources	71
VII. CONDITIONS DE SUCCES ET DE RISQUES	71
7.1. Conditions de succès	71
7.2. Conditions de risques	71
VIII. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	72
IX. FINANCEMENT DU PNDS 2015-2019	75
9.1. Cadrage budgétaire.....	75
9.2. Hypothèses d'estimation	76
9.3. Coût prévisionnel global	76
9.4. Sources de financement	78
9.5. Modalités de gestion des ressources financières mobilisées	79
9.6. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières.....	79
BIBLIOGRAPHIE	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Évolution de la population selon l'Ile de résidence de 2009 à 2019	11
Tableau 2 : Récapitulatif des effectifs du personnel clé de 2005-2012	39
Tableau 3 : Principaux Indicateurs de santé selon les CNS 2011	43
Tableau 4 : Indicateurs de Dépenses Totales de Santé de 2005 à 2011	44
Tableau 5: Suivi et évaluation du PNDS	72
Tableau 6: Objectifs et indicateurs d'impacts clés du PNDS 2015 –2019	73
Tableau 7: Objectifs et indicateurs de résultats clés du PNDS 2015 –2019	73
Tableau 8 : Niveau attendu des indicateurs d'impacts d'ici 2019	76
Tableau 9: Coût prévisionnel par orientation stratégique et par année	77
Tableau 10 :Sources de financement par année	78

PREFACE

Face aux défis actuels en matière de santé et dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement de l'Union des Comores a adhéré le 24 Juillet 2014 au Partenariat International pour la Santé et Initiatives apparentées (IHP+). Cette adhésion a permis au Ministère en charge de la santé d'accélérer le processus d'élaboration de la Politique Nationale de Santé (PNS 2015-2024) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2019) basés sur la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D 2015-2019) et tenant compte des perspectives de l'agenda mondial post-2015.

Le PNDS 2015-2019 vise l'amélioration de l'état de santé et le bien-être des populations à travers un système national de santé performant qui permet à toute la population, en particulier les plus vulnérables et les démunis, d'accéder à des soins de santé de qualité, avec l'implication effective de tous les acteurs et parties prenantes publics et privés, dans un esprit de solidarité, d'égalité, d'équité et de justice sociale. Ce plan prend en compte les Soins de Santé Primaires (SSP) et l'Efficacité de l'Aide au Développement. Basé sur ces deux stratégies majeures, le renforcement du système de santé permettra d'améliorer l'état de santé des populations marqué par une mortalité élevée des couches les plus vulnérables, particulièrement la mère et l'enfant.

Ce défi passe également par une plus grande mobilisation de tous les acteurs du secteur de la santé et une forte appropriation nationale. Outre l'augmentation du financement de la santé, la participation communautaire et le partenariat public-privé, le Ministère en charge de la santé compte sur un engagement plus accru des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs locaux autour de l'Harmonisation pour la Santé aux Comores.

Aussi, pour garantir les éléments essentiels à la mise en œuvre de ce plan à travers un budget unique et un cadre de suivi-évaluation unique, un Compact national sera signé entre le Ministère en charge de la santé et les Partenaires Techniques et Financiers, en vue d'améliorer la performance du secteur. Ce Compact est un engagement éthique et moral entre le Gouvernement et ses partenaires, qui permettra de mettre ensemble les efforts du Gouvernement, de la société civile, des partenaires bilatéraux et multilatéraux en vue d'obtenir plus d'efficacité dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS) à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

L'exécution du PNDS 2015-2019, contribuera à garantir à tous les citoyens, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

A nos partenaires techniques et financiers, nous vous demanderions de bien vouloir continuer à inscrire vos appuis sur les priorités de notre action en matière de santé qui tourne autour du renforcement des systèmes de santé, de la médecine préventive et de proximité, de la santé de la mère et de l'enfant et les maladies non transmissibles.

J'exhorte donc l'ensemble des acteurs du secteur de la santé aussi bien public que privé à s'approprier le PNDS et à s'en inspirer pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels, car il constitue notre boussole pour les cinq prochaines années.

Enfin, je voudrais remercier et féliciter tous les acteurs de la santé qui ont participé à la conception et au processus d'élaboration et de validation de ce document pour leur engagement permanent dans le développement sanitaire et l'amélioration de la santé de la population comorienne.

Dr Fouad MOHADJI,

Vice-président en charge du Ministère de
la Santé, de la Solidarité, de la Cohésion
Sociale et de la Promotion du Genre

INTRODUCTION

L'Union des Comores s'est engagée dans un processus de réformes d'amélioration de l'état de santé de sa population à partir des années 90, convaincue que la santé est une composante déterminante du développement national et que la santé et le bien-être sont des objectifs primordiaux. Le système national de santé s'est construit progressivement à travers l'élaboration de la Politique nationale de santé, perspective 2005-2014 et du Plan national de développement sanitaire (PNDS), perspective 2010-2014, suivi de plusieurs stratégies nationales en vue de le rendre plus performant et plus accessible aux populations surtout les plus vulnérables.

Compte tenu des changements importants intervenus aux plans national et international, il s'est avéré nécessaire de définir une nouvelle stratégie nationale de développement, intitulée Stratégie de Croissance accélérée et de développement durable (SCA2D), perspective 2015-2019. Cette dernière a comme but d'accélérer la croissance économique, de renforcer l'accès aux secteurs sociaux de base, renforcer son caractère inclusif et générer des emplois décents afin de réduire la pauvreté.

En conséquence, vu aussi que le PNDS actuel arrive à terme, les autorités comoriennes ont entrepris de doter le pays d'un nouveau Plan national de développement sanitaire (PNDS) couvrant la période 2015-2019, s'articulant avec celui de la SCA2D 2015-2019. Pour y parvenir, elles ont lancé un processus participatif pour la révision de sa Politique nationale de santé 2005-2014 et l'élaboration de ce présent PNDS. Ce processus a connu les étapes clés suivantes : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale qui a été validée par un atelier de consensus regroupant les responsables du ministère de la santé, (ii) l'élaboration d'un projet de politique nationale de santé par un comité technique du ministère de la santé et qui a été validé par le Comité de pilotage du processus, (iii) l'élaboration d'un projet de PNDS 2015-2019 par la même équipe technique. Ce document a été amendé par le Comité de pilotage du processus et validé par le même Comité de pilotage avant son adoption par le Gouvernement.

L'ensemble du processus est mis en œuvre selon une approche participative et multisectorielle impliquant toutes les parties prenantes (Prestataires, PTF du secteur, secteurs connexes, société civile, secteur privé,...etc.).

Ce Plan national de développement sanitaire (PNDS 2015-2019) est l'instrument par excellence de mise en œuvre et de suivi de la Politique nationale de santé (PNS 2015-2024). Dans cette perspective, le PNDS est organisé autour des huit orientations stratégiques de la PNS qui découlent des trois objectifs stratégiques de la politique nationale de santé. Ces orientations sont les suivantes :

1. Élargissement et renforcement de l'accessibilité aux services de santé et de nutrition de qualité ;
2. Renforcement du système de prévention et de promotion de la santé ;
3. Développement du leadership et de la gouvernance
4. Développement des ressources humaines pour la santé ;
5. Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
6. Accroissement du financement de la santé ;
7. Développement du système d'information sanitaire ;
8. Promotion de la recherche et de la gestion des connaissances.

Chacune de ces orientations stratégiques est traduite en objectifs spécifiques, axes d'interventions et actions prioritaires.

Afin de s'assurer de la réussite de ce présent PNDS, un Plan national unique de suivi et d'évaluation sera élaboré pour assurer un suivi optimal de sa mise en œuvre. Ensuite, il sera décliné en Plan régional de développement sanitaire (PRDS) et en plans opérationnels annuels.

I. CONTEXTE GENERAL

1.1. Situation géographique

L'Union des Comores est un archipel composé de quatre îles situées à l'entrée septentrionale du canal du Mozambique entre Madagascar et la côte orientale de l'Afrique : Ngazidja, Ndzuwani, Mwali et Maoré. Sa superficie totale est de 2.236 km², soit respectivement 1148 km² (Ngazidja), 290 km² (Mwali), 424 km² (Ndzuwani) et 374 km² (Maoré). Les Comores abritent le «Karthala», volcan encore en activité culminant à 2361 m d'altitude et disposant du plus grand cratère du monde.

Les îles sont distantes les unes des autres d'environ 30 à 40 km et sont séparées par de profondes fosses sous-marines. Ngazidja est éloignée de 300 km de la côte du Mozambique ; et la même distance sépare Maoré de Madagascar.

Le climat est tropical et caractérisé par : (i) une saison chaude et humide, marquée par de fortes pluies et de violents cyclones, nommés «Kashkazi» et (ii) une saison sèche et fraîche avec des vents de mousson Nord à Nord-Ouest nommé «Kussi» où les températures varient entre 24 et 27°C.

1.2. Situation démographique

La population comorienne est estimée à 763 952 habitants¹ (389 445 habitants à Ngazidja, 323 653 habitants à Ndzuwani, 50 854 habitants à Mwali). Le taux de croissance annuel moyen est de 2,6% avec des différences d'une île à l'autre. La densité moyenne démographique est d'environ 341 habitants /km² et varie d'une île à l'autre : 763 habitants/km² (Ndzuwani), 175 habitants/km²(Mwali), et 339 habitants/km² (Ngazidja).

La structure démographique est particulièrement marquée par le poids des jeunes et adolescents (15-24 ans) qui représentent 22,34% de la population. La proportion des moins de 5 ans est de 14,8%. Une telle structure d'âge ne va pas sans poser d'énormes défis au pays, surtout dans la prise en charge en matière d'éducation, de santé, de nutrition, de formation professionnelle, d'emploi, de loisirs, etc.

Les femmes représentent environ 50% de la population totale² et celles en âge de procréer, 24,7%. L'Indice Synthétique de Fécondité³ (ISF) est estimée à 4,3 enfants par femme. Il est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 4,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,5 enfants). Il varie également d'une île à une autre : 3,5 à Ngazidja, 5 à Mwali et 5,2 à

¹RGPH, 2003

²RGPH, 2003

³EDS-MICS 2012

Ndzuwani. Et selon le niveau d’instruction des femmes : 3,1 chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus, contre 5,9 chez celles sans instruction. Mais aussi, selon le niveau de vie du ménage dans lequel vit la femme : 3,4 pour les femmes appartenant au ménage du quintile le plus élevé contre 6,7 pour celles des ménages du quintile le plus bas.

Tableau 1 : Évolution de la population selon l’Ile de résidence de 2009 à 2019

Iles	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Ngazidja	342 201	360 117	379 324	399 919	421 884	445 102
Ndzuwani	283 522	298 816	315 108	332 466	350 859	370 168
Mwali	43 604	46 443	49 365	52 360	55 404	58 454
Union	669 327	705 376	743 797	784 745	828 147	873 724

Source : RGPH, Comores, 2003

Cette croissance démographique exerce une très grande influence sur l’évolution de la demande sociale d’une part et une forte pression sur les ressources disponibles d’autre part. On assiste à : (i) une augmentation de la demande des services sociaux de base (éducation, santé, logements, transports etc.) ; (ii) un accroissement des naissances induisant une augmentation permanente des besoins de protection de la mère et de l’enfant ; (iii) Un accroissement des besoins de santé et de protection de la population se traduisant par une demande conséquente en personnel de santé, en infrastructures sanitaires, en matériels de soins et en produits médicaux.

Par ailleurs, la population comorienne est également très mobile. Elle migre en fonction des opportunités économiques, des campagnes rurales vers les villes mais aussi vers l’extérieur du pays, notamment vers la France, et, Madagascar.

L’espérance de vie à la naissance⁴ est de 65,5 ans avec une variation entre les hommes (64,3 ans) et les femmes (66,9 ans). Ce qui doit pousser le pays à la réflexion sur la prise en charge sociale et sanitaire future des personnes âgées.

Les taux bruts⁵de natalité et de mortalité sont respectivement de 33,7 et de 6,6 pour mille. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile⁶sont respectivement de 36 décès et 50 décès pour 1000 naissances vivantes. Ils sont largement dépendants des affections telles que les maladies diarrhéiques, les IRA, la malnutrition. Quant à la mortalité néonatale, elle est estimée à 24 pour 1000, et les principales causes sont liées à l’asphyxie, aux infections néonatales et à la prématurité. Au cours des dix dernières années le taux de mortalité maternelle est passé de 380 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2003 à 172 pour 100 000 naissances vivantes en 2012.

⁴MICS, Comores, 2004

⁵RGPH, 2003

⁶EDS-MICS II, Comores, 2012

1.3. Situation socio-culturelle

La population comorienne est le fruit d'un brassage de plusieurs cultures et civilisations venues d'Afrique, d'Arabie et d'Asie du Sud/Est. L'organisation sociale est profondément enracinée dans la tradition et est très hiérarchisée. L'individu se fonde dans la communauté et ne peut s'affirmer qu'à travers les mécanismes imposés par cette communauté ; la famille restant le socle de l'organisation et du fonctionnement de la société. Perçue et vécue dans son sens le plus large, la notion de famille intègre quatre niveaux : la famille conjugale, la famille élargie, le lignage et le clan. Le mariage consolide la suprématie de la famille. C'est le moyen par lequel elle s'étend et se renforce. C'est d'ailleurs en cela que le mariage constitue l'acte par lequel l'individu accède aux hiérarchies sociales.

Sur le plan religieux, la quasi-totalité de la population comorienne est musulmane. L'Islam aux Comores s'articule bien avec des croyances et des pratiques sociales liées à la coutume et à la tradition. C'est ainsi que les notables qui acquièrent leur statut suite au Grand Mariage, constituent les principaux leaders de la prise de décision au niveau communautaire.

Malgré une organisation sociale variable d'une île à l'autre, les comoriens sont unis et solidaires entre eux pour assurer la pérennité des valeurs propres à la société aussi bien sur les plans structurel et traditionnel, que religieux et organisationnel. La société comorienne a connu au cours de ces dernières années, une évolution significative dans des domaines aussi importants que le statut de la femme ou de la santé sexuelle et reproductive y compris la lutte contre les IST/VIH/Sida. Cette évolution est matérialisée par l'adoption et la promulgation de lois telles que celle portant code de la famille et celle portant protection des personnes vivant avec le VIH et leur implication dans la réponse.

Cependant, beaucoup reste à faire dans le domaine de la protection des couches sociales les plus vulnérables notamment la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH et la lutte contre les abus et les maltraitances à l'encontre des femmes et des enfants.

Par contre, le système de protection sociale⁷ n'est pas très développé en Union des Comores. Les mécanismes de protection sociale existants ne couvrent qu'une infime partie de la population. Ils sont représentés par : (i) la caisse de retraite, pour les risques vieillesse, invalidité et décès des fonctionnaires et employés du secteur privé. Elle ne couvre que 10% de la population de plus de 65 ans ; (ii) la caisse de prévoyance sociale, pour la protection des employés contre les maladies professionnelles et accidents de travail ;(iii) la caisse militaire de retraite et la mutuelle nationale militaire pour les prestations de vieillesse et d'invalidité des militaires et la couverture médicale de leurs ayants-droits ; (iv) les mutuelles de santé communautaires et d'entreprises qui ne couvrent que 2,8% de la population en 2012.

En matière d'éducation, l'école coranique constitue le premier contact de l'enfant comorien avec le système éducatif avant d'intégrer l'école occidentale. Elle enseigne les principes de base de l'islam et les valeurs socio-culturelles en même temps qu'elle initie à la lecture du Coran et à l'écriture de l'Arabe. Cette école joue donc un rôle fondamental dans la formation de la personnalité du jeune Comorien et pourrait aussi être utilisée comme porte d'entrée du système de santé, plus particulièrement à travers les actions de communication pour le changement de comportements.

⁷Note politique sur la protection sociale aux Comores, 3 septembre 2013

Par ailleurs, le taux net de scolarisation⁸ a évolué de manière régulière. Il est passé de 62% en 1990 à 79,4% en 2011. Les indicateurs⁹ d'accès à l'instruction indiquent que 73% des enfants d'âge scolaire au primaire fréquentent effectivement l'école primaire et seulement 57% des enfants d'âge scolaire au secondaire fréquentent l'école secondaire. L'indice de parité entre les sexes (IPS) au primaire est de 0,94. Pour le secondaire, la fréquentation de l'école est presque égale pour les filles comme pour les garçons (IPS= 1,01).

S'agissant du niveau d'instruction des adultes (15-49 ans), l'enquête EDS-MIS II, indique que 63% des femmes et 77% des hommes sont alphabétisés. Cette situation doit attirer l'attention des parties prenantes du secteur de la santé d'agir sur ce déterminant social de la santé pour contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité chez la mère et l'enfant. Il est à noter que ce déterminant est un facteur influant sur le changement de comportement, plus particulièrement, de la mère sur : (i) l'hygiène et assainissement (ii) la fréquentation des services de santé (la fréquence du suivi des grossesses, etc.), (iii) la connaissance des causes des maladies, (iv) l'autonomie et le pouvoir de décision de la femme dans le ménage, (v) l'amélioration de la qualité de l'eau, etc.

1.4. Situation économique

L'Union des Comores fait partie des Petits États Insulaires en Développement (PEID). En 2013, l'Indice de Développement Humain (IDH)¹⁰ est estimé à 0,429, plaçant ainsi le pays 169ème rang sur 186 pays dans le classement mondial. Dans la même année la croissance du PIB réel¹¹ a atteint 3,5% contre 1,8% en 2009 et le taux d'inflation a été de 3,2% malgré un pic de 7% en 2011.

Le taux de pauvreté reste très élevé, soit 45,6% en 2012. Le taux de chômage a été estimé à 14,3% en 2004. Il est plus élevé chez les jeunes de 15-29 ans (25%) et chez les femmes (18,5%) pendant que chez les hommes il est de 11,9%. Il est à noter que l'emploi est un déterminant de santé important avec les possibilités qu'il offre : (i) à l'Etat pour investir dans la santé, et (ii) aux ménages pour améliorer leur accessibilité financière aux services de santé.

Les recettes fiscales ont progressé de 10,9% par rapport au PIB en 2009 à 12,1% en 2013. Les dons extérieurs se sont accrus au cours de ces dernières années, passant de 7,5% du PIB en 2011 à 9,3% en 2013.

Les dépenses publiques totales continuent de progresser, passant de 22,1% en 2010 à 25,1% en 2013, à la fois sous l'impulsion des dépenses en capital financées sur ressources propres (de 0,7% du PIB à 3,4% en 2013) et sur ressources extérieures (de 4,8% à 6,4%). Les dépenses courantes ont accusé une baisse, passant de 16,6% du PIB en 2011 à 14,8% en 2013.

Le pays a bénéficié des allègements de dettes obtenus au titre de l'initiative PPTE (144,8 millions en valeur actuelle nette, fin 2009), des ressources en plus pour appuyer les secteurs sociaux, notamment la santé, l'éducation et la protection sociale.

⁸SCA2D

⁹EDS-MICS II 2012

¹⁰Rapport Mondiauxur le Développement Humain 2011

¹¹SCA2D 2015-2019

Cependant, malgré tous les efforts accomplis et l'amélioration des indicateurs de développement, les problèmes liés à l'énergie et à l'accessibilité à l'eau potable ainsi qu'au paiement régulier des fonctionnaires demeurent une préoccupation majeure et freine sans aucun doute le développement socio-sanitaire et économique du pays.

1.5. Situation politique et administrative

Les Comores se sont dotées d'une Constitution en 2001, révisée par une loi référendaire en 2009. Cette Constitution, qui confère aux îles une large autonomie, a consacré le nom du pays en «Union des Comores».

Au niveau de l'Union est institué le principe de la Présidence tournante entre les îles et le Président est élu pour cinq ans avec trois Vice-présidents dont un par île. Une Assemblée Nationale et des Conseils des îles sont mis en place. La définition claire des compétences de ces différentes institutions manque, et cela entraîne périodiquement des conflits sur les prérogatives des entités autonomes et celles de l'Union.

La majorité de l'opinion publique et des partis politiques a de plus en plus conscience de la nécessité d'améliorer la gouvernance politique et de lutter contre la corruption. En dépit des avancées politiques constatées, les problèmes de l'inégalité et de l'iniquité du genre persistent, l'accès des groupes vulnérables aux services sociaux de base restent faibles et les conditions de vie de la population restent toujours précaires.

1.6. Justification du PNDS

Face à un système de santé peu performant, et malgré les réformes sanitaires engagées depuis les années 90, les politiques et stratégies sectorielles sont élaborées et mises en œuvres. L'adoption en 2005 d'une politique nationale de santé (PNS 2005-2014) actualisée en 2012 et axée autour des OMD pour une amélioration durable de la santé des populations, les différentes évaluations du secteur s'accordent sur la faiblesse de la réponse sectorielle avec une insuffisance de l'accès, de l'utilisation et de la qualité des services essentiels de santé.

Cependant, des opportunités s'offrent pour le développement d'une action sectorielle plus efficace, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays et centrée autour des interventions à haut impact scientifiquement prouvé sur la santé maternelle et infantile, sur les principales endémo-épidémies y compris la malnutrition, le paludisme, le VIH-sida et la tuberculose. Trois opportunités retiennent plus particulièrement l'attention :

- L'engagement politique de haut niveau en faveur du secteur qui constitue l'une des principales priorités du programme du Président de la République, particulièrement orienté vers la lutte contre la pauvreté ;
- L'élaboration de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D) comme orientation stratégique intégrée du Gouvernement, résolument orientée vers une augmentation de la croissance économique et un développement durable des secteurs sociaux ;
- L'adhésion du pays, le 24 Juillet 2014, à l'initiative IHP+ concrétisant son engagement en faveur de l'esprit et des principes de la Déclaration de Paris – avec (i) leadership et appropriation nationale, (ii) harmonisation de l'aide publique au développement et (iii) responsabilité mutuelle ;

Pour bénéficier de cet élan international, le pays requiert une politique et un plan stratégique sectoriels adaptés au contexte actuel du système de santé, une prise en compte des défis liés à l'atteinte des OMD et une intégration de l'approche Ethique, Genre et Droits Humains, mais aussi, du changement climatique et de la gestion des risques et catastrophes, lesquels, stratégie sectorielle à moyen terme, devra disposer de son cadrage financier et d'un système national unique et consensuel de suivi et d'évaluation.

Tenant compte de cette situation sanitaire, de la mise en œuvre très partielle de la PNS 2005-2014, de l'élaboration de la politique nationale de santé 2015-2024, des opportunités nationales et internationales, il devient essentiel, et même urgent, de disposer d'une orientation stratégique claire, pertinente et consensuelle couvrant la période 2015-2019, en harmonie avec les priorités définies dans la Stratégie Nationale de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D 2015-2019).

Ce Plan National de Développement Sanitaire 2015-2019 doit prendre en compte les aspects suivants, tirés de l'évaluation de la PNS 2005-2014 et du PNDS 2010-2014. Il s'agit de :

- **Analyse de la situation du secteur** : Développer les aspects et les thématiques qui ont été sous évalués dans la précédente analyse.
- **Processus d'élaboration** : Impliquer tous les acteurs et parties prenantes au développement sanitaire.
- **Domaines prioritaires, vision, objectifs et orientations stratégiques** : (i) mettre un accent particulier sur les couches vulnérables et les démunies dans l'expression de la vision et (ii) formuler des objectifs axés sur les résultats et orientations stratégiques plus réalistes.
- **Modalités de financement et d'audit** : (i) développer des procédures de gestion et d'audit du secteur de la santé conformes aux normes internationales, (ii) élaborer un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et (iii) instituer progressivement des modes de financements innovants dont l'assurance maladie qui mettrait les ménages à l'abri des dépenses catastrophiques.
- **Modalités de mise en œuvre** : (i) redynamiser les structures de suivi et de coordination dans les régions et les districts, (ii) renforcer l'implication de la communauté dans le fonctionnement du secteur de la santé et (iii) élaborer les plans de développement sanitaire et opérationnel au niveau régional et au niveau des districts.
- **Résultats, suivi et évaluation** : (i) développer l'analyse de la performance dans le PNDS et (ii) prioriser les interventions réalisables à entreprendre durant la période de mise en œuvre du PNDS.

II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

L'analyse de la situation sanitaire est abordée sous deux aspects :

- **le profil épidémiologique** mettant en exergue l'état de santé des populations et dégageant les principales pathologies et problèmes de santé caractérisant la morbidité et la mortalité de la population comorienne ;
- **le profil du système de santé** décrivant son organisation et analysant ses composantes à travers les six piliers du système de santé qui sont: (i) Gouvernance et Leadership, (ii) Prestation des services et des soins, (iii) Ressources Humaines pour la

santé, (iv) Infrastructures, Équipements et Produits de santé, (v) Financement de la santé et protection sociale et (vi) Information, recherche et gestion de la connaissance.

2.1. Etat de santé

2.1.1. Maladies transmissibles

Paludisme : Jusqu'en 2007 le paludisme constituait un fardeau économique et épidémiologique lié au paludisme. Depuis 2010, on observe une diminution considérable du nombre de cas de paludisme dans l'ensemble du pays à la suite d'interventions combinées telles que la prise en charge correcte des cas, la couverture universelle en MILD, le TPI, la PID et le traitement de masse. Les données statistiques de 2013 montrent une décroissance régulière des cas.

En effet, le Gouvernement s'est engagé depuis 2007 dans un processus d'élimination du paludisme dans tout le territoire par le traitement de masse (Mwali en 2007, Ndzuwani en 2012 et Ngazidja en 2013). D'où une baisse de la prévalence du paludisme en 2013 de plus de 98%. Actuellement, elle est estimée à 1%¹²(2014). La mortalité et la morbidité liées au paludisme ont fortement diminué. Le nombre de décès est passé de 53 en 2010 à 15 en 2013, dont 14 à Ngazidja (avant la campagne), 1 à Ndzuwani et 0 à Mwali. Parmi ces décès, 9 concernaient des enfants de moins de 5 ans. Une baisse réelle et progressive de la létalité liée au Paludisme est ainsi constatée entre 2005 (20,49 pour 10 000) et 2013 (0,2 pour 10 000).

En 2013, on constate une décre importante de l'affection palustre et une diminution considérable de sa transmission avec un nombre de cas avoisinant zéro à Ndzuwani (Incidence de 0,21 pour 1000) et à Mwali (1,68 pour 1000). En 2012, l'incidence était encore élevée à Ngazidja (142 pour 1000) ; cela s'explique par le fait que le processus d'élimination du Paludisme par le traitement de masse n'y avait pas encore commencé.

Les évaluations cliniques et parasitologiques réalisées placent Mwali et Ndzuwani en situation de pré-élimination et Ngazidja en situation de contrôle. Les résultats des efforts ainsi engagés constituent une base solide pour progresser vers l'élimination sur l'ensemble du territoire national. Les stratégies et interventions futures doivent mettre l'accent sur la prévention et la surveillance épidémiologique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Lèpre et Tuberculose : la lèpre est endémique aux Comores avec une prévalence de 4 pour 10 000 habitants. Il est important de signaler que 90% de cas sont dépistés à Ndzuwani où la prévalence est estimée à 11,8 pour 10 000 habitants. Le taux de dépistage est de 17 cas pour 100 000 habitants soit 49% des cas attendus.

La prévalence de la Tuberculose est de 37 pour 100 000 habitants avec un taux de guérison de 94%. Le traitement de la tuberculose se déroule en deux phases : la phase intensive avec une prise de médicaments supervisée par le personnel de santé et une autre phase de continuation où le patient est responsabilisé et reçoit le traitement pour 15 jours à un mois sous le contrôle des membres de la famille. Il existe des pavillons de prise en charge à Ndzuwani, Mwali et Ngazidja. Il existe un Laboratoire de tuberculose et lèpre à Ndzuwani.

¹² MIS, PNL, Comores, 2014

En ce qui concerne le financement des activités, l'Etat prend en charge les fonctionnaires et met à la disposition les infrastructures, l'OMS et la Fondation Damien donnent un appui technique et financier.

IST/VIH/SIDA : Dès la notification du 1er cas de VIH en 1988, le pays a mis en place immédiatement un système de surveillance de l'épidémie. Depuis 2006, le traitement par les ARV est gratuit pour toute personne ayant besoin.

Les différentes enquêtes de séroprévalence réalisées jusqu'en 2012 font ressortir une prévalence inférieure à 0,5%, ce qui classe les Comores parmi les pays à épidémie peu active. Le pays a investi depuis le début de la surveillance dans des actions de prévention.

En 2014, le pays s'est doté d'une stratégie nationale d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'une loi relative aux droits des personnes vivant avec le VIH et leur implication dans la réponse nationale.

Selon l'EDS-MICS II, des facteurs de vulnérabilité à la contamination du VIH existent : (i) la pauvreté des ménages (48%), (ii) seulement 23% des femmes et 30% des hommes de 15-49 ans en ont une connaissance considérée comme « approfondie », (iii) parmi les hommes ayant eu au moins 2 partenaires sexuels au cours de 12 derniers mois, 37% ont déclaré avoir utilisé un condom ; et 15% parmi les femmes, (iv) parmi les femmes de 15-49 ans, 86% n'ont jamais effectué de test du VIH ; et 83% parmi les hommes.

Bien qu'aucune enquête de séroprévalence sur les hépatites virales n'ait été réalisée sur le plan national, l'analyse des données des laboratoires montrent une prévalence élevée des hépatites B et C.

Les fièvres hémorragiques : Durant ces dernières années aucun cas de fièvre hémorragique n'a été enregistré au niveau du pays. Cependant, compte tenu de la situation épidémiologique mondiale actuelle, le pays a développé un plan national de Prévention et de Riposte à fièvre Ebola.

2.1.2. Maladies tropicales négligées

Parmi les maladies tropicales négligées existantes dans les stratégies nationales, deux seulement seront traitées dans cette partie. Il s'agit de :

- **Filariose :** En 2001, le Pays a mis en place un Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique conformément à la résolution WHA 50.29 de l'OMS, « *appelant tous les Etats endémiques à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique identifié parmi les Maladies Tropicales Négligées (MTN) d'ici 2020* ». L'enquête TAS (2011) qui apprécie le niveau de transmission de la maladie, après les quatre campagnes de masse, a révélé 49 ICT positives. La valeur du seuil critique de 18 a été dépassé ; par conséquent, les îles Comores sont considérées parmi les pays n'ayant pas encore éliminé la Filariose. Cette recrudescence de la transmission est probablement liée à l'interruption des campagnes de traitement de masse depuis 2007.

- **Géo-Helminthiases :** Une enquête qualitative menée en 2003 a montré que 80 % des enfants ont été déclarés avoir eu des vers intestinaux : Ascariidoses 45 %, Trichocéphaloses 43 % et les autres parasitoses pour plus de 12 %. Pour ce qui concerne les ectoparasites, l'évaluation en milieu scolaire à Ngazidja montre que les poux infectaient 18 à 27 % des enfants, la gale de 5 à 25 % et les puces et chiques 2 à 4 % d'enfants. Depuis 2003, le pays n'a réalisé aucune enquête qui permettrait d'apprécier la prévalence réelle et la cartographie de ces maladies.
- **Les arboviroses :** La Dengue et le Chikungunya constituent les arboviroses les plus observés aux Comores et dans la sous-région de l'Océan Indien. On note que des épidémies de dengue ont eu lieu entre 1984 et 1995 et une épidémie de Chikungunya a eu lieu en 2006 ; leur impact sur la santé et l'économie a été considérable.
- **Les zoonoses :** La fièvre de la vallée du Rift (FVR) est une zoonose virale touchant pratiquement les animaux et pouvant affecter l'homme. La mise en place d'un système de surveillance active de la santé animale pour détecter les cas est essentielle pour alerter rapidement les autorités des services vétérinaires et de santé publique. En 2012, trois cas humains de FVR ont été notifiés à Ngazidja.

2.1.3. Maladies non Transmissibles

Les données de l'enquête¹³ sur les facteurs de risque des Maladies non Transmissibles réalisée en 2011, montrent que :

Cancer : La distribution des cas de cancers recensés fait ressortir une prédominance des cancers gynécologiques (46,06%), suivi des localisations digestives (15,15%), urologique (12,93%), hématologiques (7,2%) et pleuro-pulmonaires (4%). Sur les 228 cancers gynécologiques observés, le cancer du col occupe la première place (46,5%), suivi des cancers des seins (28%), et de l'utérus (17,5%)

Face à cette situation le pays ne dispose que de peu de moyens matériels et humains pour offrir une prise en charge adéquate à ces maladies ; les patients doivent recourir à des évacuations sanitaires très coûteuses à l'étranger.

Diabète : la prévalence nationale du diabète est de 4,8%. Elle est plus fréquente chez les hommes (5,4%) que chez les femmes (4,3%). Les sujets plus âgés sont les plus touchés que les autres avec 8,6% chez les 55-64 ans. Cependant, ce phénomène se présenterait différemment entre l'île de Ngazidja (4,2%), Ndzuwani (5,2%) et Mwali (5,4%).

Maladies cardiovasculaires : Les maladies cardiovasculaires avec leur double fardeau infectieux (cardiopathies rhumatismales) et métaboliques (AVC, infarctus du myocarde et HTA) augmentent de façon préoccupante dans le pays compte tenu des cas et des décès observés en milieu hospitalier.

Cette augmentation est appréhendée à travers les résultats de l'enquête qui montrent un taux de prévalence de HTA et d'hypercholestérolémie de 25%, de la surcharge pondérale à 39,4%

¹³ Enquête Steep-Wise, Comores, 2011

et 13,5% d'obésité. Il est à souligner que 86% de la population consomme moins d'une portion de fruits et légumes par jour et 62% reste assise ou couchée au cours d'une journée.

Toutefois, il convient de noter une faiblesse du système d'information sanitaire en milieu hospitalier.

Maladies respiratoires chroniques : La situation épidémiologique de ces maladies respiratoires chroniques reste non appréciable à défaut de disponibilité des données. Pourtant il est établi que ces maladies partagent les mêmes facteurs de risque que les autres maladies non transmissibles (consommation de tabac, obésité, etc.).

Tabac, alcool, drogues et substances psycho-actives : Les résultats de l'enquête de 2011 révèlent que 13% de la population interrogée consomme de la cigarette. Selon le sexe, les hommes représentent 23,8% contre 2% chez les femmes. Ce phénomène est beaucoup observé chez les personnes âgées de 25-54 ans (13%) contre 9% chez les sujets âgés de 55 ans et plus. En outre, 0,9% des personnes interrogées ont consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois précédant l'enquête dont 17,7% l'ayant consommé quotidiennement. Il convient de souligner que le pays ne dispose pas hélas de données sur la consommation des substances psycho-actives chez les jeunes et adolescents.

Handicap : Les handicapés représentent 3,7% de la population totale. Parmi eux 39,9% sont des malades mentaux et 6% des aveugles. Il n'existe pas de politique et stratégie de prise en charge des handicapés.

Affections bucco-dentaires : Les affections bucco-dentaires constituent une des causes fréquentes de consultations en Odontostomatologie 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 cariées¹⁴.

En octobre 2011, une enquête a été réalisée en milieu scolaire sur les enfants de 4-8 ans dans l'île de Ngazidja. Les données ont permis d'obtenir les informations sur la fréquence de la carie dentaire dont une prévalence de 90%, la technique et les moyens de brossage utilisés pour l'hygiène buccodentaire. Environ 87% des enfants affirment posséder une brosse à dents, mais son usage reste insuffisant. Il faut souligner que les structures de prise en charge de cette pathologie se trouvent essentiellement dans les grands centres hospitaliers (CSD, HP, CHRI et CHN) mis à part les cabinets privés dans les capitales. Cela montre qu'il y a une insuffisance de prise en charge bucco-dentaire et d'actions préventives au niveau périphérique.

Affections oculaires : Dans notre pays un certain nombre d'affections cécitantes existe avec des taux de prévalence variables. Ces affections sont dans la plus grande partie d'entre elles curables ou évitables dans au moins 80%. La couverture oculaire primaire est de 60%. Les opacités cornéennes, la conjonctivite néonatale et le glaucome primitif à angle ouvert sont également à prendre en sérieuse considération.

Les épidémies de conjonctivites (virales, bactériennes et allergiques) surviennent de façon épidémique. La capacité de prise en charge de la cataracte est moindre que l'incidence

¹⁴Enquête nationale sur la santé buccodentaire, 1997

annuelle des cas de cécité dus à cette maladie. Il existe donc une accumulation de personnes non opérées qui demeurent inutilement aveugles.

Santé mentale : Les services en charge de la Santé mentale sont peu développés et quasi inexistant. Le pays dispose d'un seul psychiatre et de trois Infirmières psychiatriques qui assurent les consultations au niveau des hôpitaux de référence et au Centre Hospitalier National d'El Maarouf à Moroni. D'autres consultations sont effectuées par deux Infirmiers psychiatriques aux Centres Hospitaliers de Références Insulaires de Hombo et de Fomboni.

Des consultations effectuées en 2007-2008 enregistraient une file active de 785 patients à Ndzuwani, 112 patients à Mwali et 380 patients (77,1% de troubles psychiatriques) à Ngazidja. Par contre en 2011-2012, on a enregistré 844 consultations (182 nouveaux cas) à Ndzuwani et 285 nouveaux patients à Ngazidja.

Cette situation est inquiétante surtout qu'il n'existe pas de politique, ni de stratégie de prise en charge des maladies mentales.

2.1.4. Santé de la mère

Le taux de mortalité maternelle est passé de 517 en 1996 à 380 décès pour 100 000 naissances vivantes¹⁵ en 2003 et à 172 décès pour 100 000 naissances vivantes¹⁶ en 2012. Cette évolution positive pourrait s'expliquer par :

- Au moins 92% des femmes enceintes ont effectué une consultation prénatale auprès d'un personnel qualifié ; et 49% au moins, les quatre visites recommandées ;
- Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est de 82%, et 76% des accouchements attendus se font en milieu hospitalier.

Malgré les efforts fournis pour réduire la mortalité maternelle, des insuffisances sont notées quant à la qualité des services rendus lors du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des consultations post-natales. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- paupérisation de la population touchant spécialement les femmes ;
- mauvais accueil dans les formations sanitaires ;
- coût relativement élevé de certains médicaments et prestations ;
- faiblesse du système de référence et de contre référence, spécialement en cas d'urgences obstétricales et néonatales ;
- mauvaise gestion des ressources humaines ;
- insuffisance de personnel qualifié et de plateau technique.

En outre, il existe de nombreux déterminants socioéconomiques qui influencent l'état de santé de la mère notamment le mariage précoce, les avortements provoqués clandestinement, la faible accessibilité aux services socio-sanitaires, la faible qualité des services et les pesanteurs socio-culturelles.

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes est plus élevée en milieu urbain (21%) qu'en milieu rural (11%). C'est dans l'île de Ndzuwani que la prévalence est plus élevée

¹⁵Enquête Démographie Santé (EDS), Comores, 1996

¹⁶Enquête Démographie Santé et Intégrale des Ménages (EDS-MIC II), Comores, 2012

(15%) suivi de Ngazidja (14%) et de Mwali (9%). Les besoins non satisfaits en Planification familiale restent très importants ; ils sont estimés à 32%.

L'accès et l'utilisation des services de planification familiale sont confrontés à l'insuffisance de sensibilisation adaptée au contexte local, l'influence des croyances religieuses et culturelles, la non-implication des hommes dans le programme de Santé de la Reproduction et le niveau d'instruction des utilisatrices. Le taux de prévalence contraceptive est passé de 21% en 1996 à 19,4% en 2012.

2.1.5. Santé de l'enfant

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont encore élevés. Ils sont respectivement de 50 décès pour 1000 naissances vivantes et de 36 décès pour 1000 naissances vivantes. C'est à Ngazidja que le taux de mortalité infanto-juvénile est le plus élevé, avec 57 décès pour 1000 naissances vivantes contre 45 décès pour 1000 naissances vivantes à Ndzuwani et 41 décès pour 1000 naissances vivantes à Mwali.

Vaccination : la couverture vaccinale complète¹⁷ varie d'une île à l'autre. Elle est de 78% à Ngazidja, de 63% à Mwali et de 50% à Ndzuwani (EDS-MICS 2012). L'Enquête a aussi montré que 62% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 11% n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (27%) ont donc été partiellement vaccinés. En outre, 75% des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été donnée à 81% des enfants. Il faut noter qu'en plusieurs endroits, les stratégies avancées ne sont plus organisées, suite à l'absence ou à la défaillance de la chaîne de froid ou au manque de moyens de déplacement. Certaines structures ne disposent pas de vaccins depuis le mois de janvier 2014, suite à des ruptures au niveau supérieur (district, région, etc.).

La couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est peu élevée : seulement quatre femmes sur dix (43%) ont reçu le nombre requis d'injections.

Le financement des programmes de vaccination est en grande partie assuré par GAVI Alliance et d'autres partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF, et le JICA. Ces dernières années le Gouvernement comorien participe au financement de la vaccination à travers les contributions financières et les campagnes de vaccination.

Infections Respiratoires Aigües et les Maladies Diarrhéiques : Chez les enfants de moins de 5 ans, les principales pathologies sont les Maladies diarrhéiques, les Infections respiratoires aiguës (IRA), et les parasitoses. Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées. En 2012¹⁸, 21% des enfants ont eu de la fièvre, 17% ont souffert des diarrhées et 2,8% ont présenté des symptômes des IRA au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Pour 38% des enfants ayant présenté des signes d'IRA, des traitements ou des conseils ont été recherchés dans un établissement sanitaire ou auprès d'un professionnel de santé. Globalement, 60% des enfants ayant eu la diarrhée ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale et 16% n'ont reçu aucun traitement. La prise en charge de la diarrhée avec la SRO est en baisse passant de 29,1% en 1996⁶ à 17 % en 2012. Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 40 % de ces enfants.

¹⁷ EDS-MICSII, Comores, 2012

¹⁸ EDS-MICSII, Comores, 2012

Selon les résultats de l'analyse situationnelle sur la survie de l'enfant en 2012, les Infections Respiratoires Aigües représentent 39,5% des pathologies enregistrées dans les structures sanitaires, dont 53,5% d'enfants de 1 à 4 ans. Aussi, 14% des cas des maladies diarrhéiques ont été enregistrés pour la même période.

Nutrition et Allaitement maternel : Beaucoup de facteurs contribuent à l'aggravation de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans en Union des Comores. Il s'agit notamment de la pauvreté des ménages, de la fragilité du système de santé avec l'absence de services de prise en charge de la malnutrition, des croyances, tabous et interdits alimentaires dus au manque d'information et de sensibilisation de la population.

Face à cette situation nutritionnelle alarmante, les actions suivantes sont mises en œuvre pour réduire les méfaits de la malnutrition notamment la mortalité infantile :

(i) l'adhésion du pays au mouvement SUN, (ii) l'adoption de documents stratégiques telle la politique nationale de l'alimentation et de la nutrition, (iii) le protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe, (iv) la loi sur la commercialisation des substituts du lait maternel, (v) la mise en place du dépistage actifs au niveau communautaire et l'ouverture des centres de prise en charge des cas.

Bien que 94% des enfants soient allaités, seulement 12% d'entre eux bénéficient de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de leur vie. Environ 30% des enfants de moins de six mois reçoivent en plus de l'allaitement maternel, de l'eau, 24% reçoivent des aliments de complément, 21% reçoivent d'autres types et 7% différents liquides non lactés.

2.1.6. Santé des adolescents

Les jeunes et adolescents de 10-24 ans représentent une proportion importante de la population avec 35% selon le dernier recensement de 2003. Selon l'EDS-MICSII, 11% des jeunes filles de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 10% sont déjà mères et 1% sont actuellement enceintes pour la première fois. La fécondité précoce est quatre fois plus élevée parmi les jeunes filles instruites (27%) que les jeunes filles ayant un niveau secondaire ou plus (6%). Seulement 50.7% des jeunes de 15- 19 ans ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risque durant l'année 2012

En 2011, les différentes statistiques ont fait état de 579 cas de violence dans le pays essentiellement à l'égard des enfants : 73 à Ngazidja, 39 à Mwali et 467 à Ndzuwani

En outre, le pays ne dispose pas d'une politique nationale de la jeunesse. Bien qu'il existe trois centres jeunes animés par l'ASCOBEF, c'est en 2014 que le ministère de la santé a élaboré une stratégie nationale sur la santé des jeunes et des adolescents. Malgré l'absence des données sur les avortements clandestins et la consommation des substances telles l'alcool, la cigarette, les drogues chez les jeunes et les adolescents, ces phénomènes sont devenus monnaie courante.

2.1.7. Santé communautaire

Les structures communautaires ne fonctionnent que lorsqu'elles sont soutenues par des partenaires de proximité, plus particulièrement à travers des associations communautaires avec des niveaux/ formations sanitaires différenciés parfois non autorisés par le Ministère de la santé et ne figurant même pas dans la carte sanitaire. Face à l'impérieuse nécessité d'assurer l'accès universel aux soins de santé, la demande des populations devient de plus en plus insistante et pousse souvent à des choix inappropriés de création de structures de santé (PS ou CS). Actuellement, il existe environ 500 agents de santé communautaire qui ont été formés par les différents programmes de santé (Vaccination, Paludisme, SIDA, SR, etc.).

On constate certaines insuffisances dans les réseaux de santé communautaire, notamment : (i) l'absence de reconnaissance formelle et d'ancrage institutionnel, (ii) le manque d'accompagnement de ces relais par des institutions à base communautaire responsables pour la promotion des pratiques, (iii) l'inexistence d'un système pérenne de motivation, et au-delà (iv) l'insuffisance des financements alloués aux activités à base communautaire. Il est à noter que le pays vient de se doter d'une stratégie nationale de santé communautaire pour la période 2014-2016. Cette dernière constitue le document de référence en matière de santé communautaire pour l'amélioration de la santé de la population au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans.

2.1.8. Hygiène et Assainissement

En matière d'hygiène et d'assainissement les populations sont livrées à elles-mêmes pour se débarrasser des eaux et déchets domestiques et industriels et peu d'investissements sont réalisés en matière d'assainissement pluvial. La situation du secteur hygiène et assainissement n'est pas reluisant malgré les efforts déployés par le Gouvernement et les Partenaires au développement.

La situation actuelle est caractérisée par :

- une insuffisance dans l'accès à l'eau potable. Globalement 72% des ménages (88% en milieu urbain et 63% en milieu rural) s'approvisionnent en eau de boisson auprès d'une source améliorée ;
- une gestion non acceptable des déchets de toute sorte et une pénurie d'ouvrages d'assainissement ;
- une très faible disponibilité des fosses septiques, des latrines à chasses manuelles et des latrines à fosses ventilées par les ménages. Plus de 6 ménages sur 10 disposent de toilettes non améliorées ; L'assainissement des eaux vannes et eaux usées de ménage est principalement autonome. En 2012, la proportion de la population utilisant des latrines est faible (37,7%).
- une mauvaise gestion des déchets biomédicaux qui sont le plus souvent mélangés aux ordures ménagères pour se retrouver dans les dépôts sauvages à l'intérieur des grandes villes. Cette mauvaise gestion s'explique par l'insuffisance d'incinérateur dans les formations sanitaires et le déficit de formation des agents de santé dans le domaine.

2.1.9. Environnement et Santé

Les problèmes environnementaux¹⁹ sont nombreux en l'absence de mesures d'hygiène et d'assainissement de base et un contrôle sanitaire adéquats. Les autres facteurs sont les gîtes larvaires que constituent les citernes d'eau non couvertes, les déchets domestiques dont la gestion n'est pas assurée de manière adéquate. La quantité²⁰ de déchets domestiques estimés à 124.362 tonnes en 2000 augmentera de 34% en 2020 en passant à 353.159 tonnes. Il est à noter aussi que 16,8% des ménages comoriens²¹ sont desservis par un système d'enlèvement des ordures. Il faut ajouter à ces problèmes, le manque quasi-total de système de drainage et d'évacuation des eaux usées. Il existe également des risques environnementaux potentiels liés à la pollution marine, aux catastrophes naturelles (volcan Karthala, cyclones et inondations).

Diverses menaces ayant des impacts directs sur l'environnement et la santé en Union des Comores, résultent notamment d'une forte pression démographique dans un espace insulaire très exigu, d'une surexploitation des ressources forestières et littorales pour l'urbanisation et autres usages, d'une fragilisation de l'environnement insulaire naturel due au changement climatique par des pluies intenses, des cyclones et des éruptions volcaniques. Ces diverses pressions et menaces exercées sur l'environnement engendrent une baisse de la production agricole, une augmentation de l'insécurité alimentaire, un accroissement de la pauvreté en milieu rural, une détérioration de la qualité et de la quantité des eaux des rivières et des puits, et la recrudescence des maladies diarrhéiques et du paludisme.

Le Gouvernement s'est engagé à La Déclaration de Libreville et a procédé à l'ASSEB et mis en place une Commission nationale

2.1.10. Sécurité sanitaire des aliments

Plusieurs causes de l'insécurité sanitaire des aliments existent :

- En effet, l'union des Comores importe la plupart de ses besoins alimentaires en raison de ses productions agricoles et piscicoles insuffisantes pour une population en constante progression. L'insuffisance des contrôles des produits alimentaires aux frontières expose les populations à des risques d'insécurité sanitaire des aliments (les intoxications alimentaires pour les moins graves). Ainsi, des mesures correctrices devront être envisagés en collaboration avec les autres secteurs concernés ;
- la mauvaise conservation des aliments due entre autres aux problèmes liés à l'énergie (Seulement 69% des ménages disposent d'électricité sans compter les délestages réguliers).
- une mauvaise condition de stockage et de conservation des aliments, l'exposition des denrées aux mouches, à la poussière et aux gaz d'échappement des véhicules ; la manipulation non hygiénique des aliments et l'utilisation d'ustensiles ou de récipients malpropres. La moitié des ménages dispose d'un endroit où se laver les mains mais seulement 1/3 dispose de savon et d'eau.

¹⁹Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, Mars 2012

²⁰Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, Mars 2012

²¹Eléments d'analyse fondés sur l'Enquête intégrale auprès des ménages de 2004, Comores, février 2005, Jean Pierre Lachaud.

2.1.11. Gestion des Risques et Catastrophes

L'Union des Comores, de part les aléas dues à sa position géophysique (Tsunami, cyclones, séismes, activités volcaniques, etc.), a connu un grand nombre de catastrophes et leurs conséquences négatives ne sont pas encore couvertes. Il existe un point focal du secteur santé chargé des risques et catastrophes ; et malgré que le pays ait été à maintes reprises confronté à des épidémies de choléra et d'arboviroses, à des éruptions volcaniques, à des conflits sociaux quelquefois armés, les capacités nationales en matière de législation, d'organisation, de préparation, d'alerte et de réponse restent insuffisantes.

En 1997 et 2009 deux crashes d'avion ont coûté la vie à plus des deux cent personnes. Les naufrages en mer sont quasi-permanents dans les transports entre les îles. La traversée des passagers pour rejoindre l'île de Mayotte entraîne des dizaines de décès et des disparus en mer chaque année. Le mardi 09 août 2011, 54 personnes sont décédées parmi les 152 passagers en naufrage au large de Maoré.

Ces dernières années, les pluies diluviennes causent des dégâts matériels et humains et des déplacements des populations. Les inondations d'avril 2012 ont fait 57,232 sinistrés pour 118,585 personnes affectées. Il n'existe pas de pré-positionnements de médicaments pour les urgences dans les formations sanitaires et la plupart des personnels de santé n'ont pas de notion de gestion des risques et catastrophes. Dans tout cela, Il n'existe pas encore de politique et de stratégie sectorielle de gestion des risques et catastrophes.

2.1.12. Traumatismes et Violences

En Union des Comores, les causes des traumatismes telles que les accidents de la circulation, la violence, les noyades, les brûlures, les chutes,...etc., deviennent de plus en plus inquiétantes. . En matière de violence, il est noté une augmentation de la violence basée sur le genre, des conflits sociaux et intercommunautaires.

Bien que depuis 2009, le pays a mis en place un système de collecte des données au niveau des 2 Centres Hospitaliers de Référence Insulaire et au Centre Hospitalier National afin d'évaluer la fréquence et causes de traumatismes et de violences, la situation dans ce domaine n'est pas suffisamment connue. Au cours de la période de février à mai 2009, les cas de traumatismes enregistrés au niveau de ces Hôpitaux ont été de 1035.

Au niveau du service des urgences du Centre Hospitalier National El-Maarouf, les cas de traumatismes ont représenté 53 % des admissions totales. Bien que ces données n'ont pas couvert toute l'année, les accidents de la circulation occupent une place non négligeable, soit 20 %. Les cas des traumatismes intra-domiciliaires concernent les brûlures et les chutes (37%). Pour l'année 2011²², les différentes statistiques ont fait état de 579 cas de violence dans le pays essentiellement à l'égard des enfants : 73 à Ngazidja, 39 à Mwali et 467 à Ndzuwani. Par exemple, 503 cas de violence et de maltraitance à Ngazidja envers les femmes ont été enregistrés en 2013 (DNPG 2013). Le manque de prise en charge juridique, psychologique et sanitaire des victimes pose un problème de suivi de ces femmes qui sont maltraitées et agressées.

²²Rapport annuel, Ministère de la santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et la Promotion du Genre, Services d'écoute, 2011

Malgré tout cela, le pays ne dispose pas d'une Politique et d'une stratégie de prise en charge des Traumatismes et Violences,

2.2. Profil du système de santé

Cette partie doit porter la description de la situation actuelle des six piliers du système de santé tout en ressortant les principales insuffisances qui entravent la couverture universelle en services essentiels de santé. Il s'agit de :

2.2.1. Gouvernance et Leadership

Depuis l'accès du pays à la souveraineté nationale, l'approche sectorielle santé a été concrétisée par la création d'un Ministère en charge de la santé, qui a conduit le pays à l'adhésion à toutes les initiatives, stratégies, résolutions, déclarations mondiales en matière de santé.

En 1994, le Ministère de la santé a procédé à une réforme du système de santé visant la définition de politiques et de normes, l'adoption de lois et autres conventions relatives à la santé, l'accroissement de ressources en faveur de la santé grâce au développement du partenariat y compris avec les communautés.

Le système national de santé comprend les secteurs publics, privés et celui de la médecine traditionnelle. Dans le domaine de la gouvernance, il a enregistré des progrès notables tant sur le plan organisationnel que fonctionnel.

L'adhésion du pays en juillet 2014 à l'initiative IHP+ a concrétisé son engagement en faveur de l'esprit et des principes de la déclaration de Paris avec (i) leadership et appropriation nationale, (ii) harmonisation de l'aide publique au développement (APD), (iii) responsabilité mutuelle ; ce qui devra permettre au pays de bénéficier de cet élan international en faveur de la santé.

A) Politiques et plans :

Le pays a lancé en 1994 un processus de réforme de son système de santé. Dans le cadre, de cette réforme, plusieurs stratégies de développement sanitaires ont été élaborées, notamment le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) «perspective an 2010», le Plan National de Développement des Ressources Humaines (PNDRH) perspective 2001-2010,...etc.

Inspirée de l'Initiative de Bamako, ce processus avait orienté une réforme majeure du système de santé en constituant le partenariat Etat et communauté comme élément clef et novateur pour le développement du concept de Centre de santé géré par un Comité de gestion (COGES) ou Conseil d'Administration (CA) ; ce qui a permis d'asseoir une vision à long terme sur le renforcement du système de santé.

Dans la constitution de 2001 révisée en 2009 qui a conservé l'autonomie des îles tout en renforçant le leadership du pouvoir central, il est clairement stipulé que l'Etat doit assurer la protection et la promotion sanitaire de l'individu, de la famille et de la collectivité. La Politique nationale de santé 2005-2014 révisée en 2012 s'inspire des orientations du DSRP et

de la nouvelle configuration du système national de santé en prenant en compte l'essentiel des priorités nationales en matière de développement sanitaire.

Malgré ces avancées, certaines insuffisances persistent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les principaux constats sur le dysfonctionnement du système de santé ont été dus entre autres à la persistance du conflit de compétences entre le niveau central et insulaire bien que la loi portant code de la santé définit clairement les missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il est en outre noté que la faible contribution de l'Etat au fonctionnement des structures de santé, l'utilisation inadéquate des ressources humaines existantes, la faible capacité de mobilisation des ressources pour soutenir le processus de réforme et l'insuffisance de coordination des intervenants dans le secteur de la santé constituent des contraintes majeures à la performance du système de santé.

B) Organisation et gestion du système national de santé :

Le système de santé est composé de deux (2) secteurs : le secteur public et le secteur privé.

Secteur public

Le secteur public en Union des Comores est régi par la loi N°94-016/AF, portant cadre général du système de santé et définissant les missions du service public de la santé et l'arrêté n°09-032/MSSPG/CAB du 03 décembre 2009 portant carte sanitaire. Le dispositif du système de santé mis en place est pyramidal et comprend trois (3) niveaux : niveau central, régional et périphérique avec des pôles de santé. Il est à noter que cette partie est traitée par niveau conformément à la pyramide sanitaire.

a) Niveau central : Le système de santé est géré par la Vice-présidence en charge du Ministère de la santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et de la Promotion du Genre. Ce dernier constitue le niveau central dont l'organisation s'articule autour des entités suivantes :

- **Le Cabinet du Ministre (CAB) :** placé sous l'autorité directe du Ministre, il a pour missions d'impulser, de coordonner, d'évaluer et de contrôler les services du Ministère. Il est constitué, du Directeur de cabinet, des conseillers et du secrétaire particulier ;
- **L'Inspection Générale de la Santé (IGS) :** il s'agit d'une structure hors hiérarchie administrative sous l'autorité directe du Ministre. Elle a pour mission de veiller au respect des textes législatifs et réglementaires régissant le fonctionnement du système de santé ;
- **Le Secrétariat Général (SG) :** assure la mise en œuvre et le suivi de la politique du Gouvernement, la coordination avec les autres Ministères, supervise, coordonne et contrôle les activités de la Direction des affaires administratives et financières, de la Direction des Ressources Humaines et des autres directions et programmes du secteur de la santé ;

- **La Direction Administrative et Financière (DAF)** : assure la logistique et la gestion financière et administrative des programmes et projets avec les structures du Ministère de la Santé ;
- **La Direction des Ressources Humaines (DRH)** : assure l'administration et la gestion du personnel en collaboration avec toutes les structures concernées ;
- **La Direction Générale de la Santé** : assure la conception, la coordination, la supervision des programmes de santé conformément à la Politique Nationale de Santé et les stratégies nationales, définies par le Gouvernement en collaboration avec la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques. Elle est composée de : (i) la Direction de la Lutte contre les Maladies non Transmissibles (DLMNT), (ii) la Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT), (iii) la Direction d'Elimination et de Surveillance du Paludisme (DESP), (iv) la Direction de la Lutte contre le SIDA (DLS), (v) la Direction de la Vaccination (DV), (vi) la Direction des Etablissements de Soins Publics et Privés (DESPP), (vii) la Direction de la Santé Familiale et Infantile (DSFI), (viii) la Direction de la Promotion de la Santé (DPS), (ix) les Directions Régionales de la Santé (DRS) ;
- **La Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques (DGEPS)** : assure la coordination, la planification, les études économiques, la recherche, le suivi et l'évaluation des directions et des programmes de santé conformément à la politique nationale de santé et les stratégies nationales en collaboration avec les autres départements sectoriels. Elle est composée de : (i) la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche (DPER) et (ii) la Direction de l'Information et des Statistiques (DIS).

Il existe aussi des structures de prestation de soins sous la tutelle directe du niveau central. Il s'agit de :

- **Les Centres Hospitaliers Nationaux (CHN) et de Référence Insulaire (CHRI)** : Ils constituent respectivement le cinquième et quatrième recours en soins de santé et assurent des missions de prévention, de formation et de recherche. Ils sont supposés offrir une gamme de soins médico-chirurgicaux. Toutefois l'accomplissement de ces fonctions n'est pas toujours évident du fait du manque de personnel qualifié et d'équipements appropriés ;
- **L'Ecole de Médecine et de Santé Publique (EMSP)** est un établissement public d'enseignement et de recherche qui a pour mission la formation initiale et continue du personnel de santé ;
- **Les structures rattachées** : sont les Etablissements ou organisations publics de l'Etat ainsi que les Projets et Programmes de développement concourant à la réalisation des missions du Ministère de la santé. Elles sont régies par leurs textes de création et leurs statuts y compris les accords et conventions ;
- **Les structures de mission** : sont créées pour exécuter et assurer des missions conjoncturelles ou temporaires des départements du Ministère de la santé. Elles ont des statuts de comités ou commissions nationaux, régionaux ou techniques, relevant du Ministère de la santé ou des Commissariats en charge de la santé.

b) Niveau Intermédiaire ou Régional : Les services régionaux du Ministère de la santé constituent le niveau intermédiaire du système de santé. Il est sous la tutelle administrative du Commissariat en charge de la santé. Il existe à ce niveau :

- **Les Directions Régionales de la Santé (DRS) :** Conformément aux normes standards et aux textes régissant le système de santé, chaque région sanitaire comprend une Direction Régionale de la Santé qui représente le Ministère de la santé dans chaque île. Elle est chargée de la mise en œuvre des politiques et stratégies au niveau opérationnel. Elle assure la coordination et la supervision de toutes les activités curatives et préventives menées dans les différentes formations sanitaires de l'île ;
- **Les structures rattachées au niveau de l'île :** A ce niveau, on note les CHRI et les hôpitaux de pôles qui se situent au niveau de chaque île autonome. Par contre les Centres Hospitaliers de Référence Insulaire sont sous la tutelle administrative et financière directe du Ministère de la santé.

c) Niveau périphérique : Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire. C'est à ce niveau que s'exécute le programme de santé de façon intégrée. On compte actuellement 17 districts répartis ainsi : 7 à Ndzuwani, 7 à Ngazidja et 3 à Mwali.

Chaque district comporte un Centre de Santé de District (CSD) et un certain nombre de Postes de Santé ou dispensaires. En ce moment, le système de santé dispose de 17 CSD et 48 Postes de Santé. Ces derniers constituent le 1^{er} échelon pour la prise en charge des soins curatif et préventif. A ce niveau, les prestataires de soins sont des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), des Sage-femmes Diplômées d'Etat (SFDE) et des Agents de santé communautaire (ASC). Quant aux Centres de Santé de District (CSD) et Centres Médico-chirurgicaux (CMC), ils sont administrés par des médecins généralistes ayant des compétences en santé publique et gynécologique ou un médecin en santé publique.

La gestion de ces structures est assurée par : (i) les comités de gestion pour les postes de santé (PS) et Centres de santé familiale (CSF) et (ii) les conseils d'administration pour les centres de santé de district (CSD).

Il est à signaler que ces organes ne sont pas toujours présents et leur fonctionnalité est parfois défaillante. Cela est souvent dû à la méconnaissance des textes réglementaires par les membres de ces organes. Cela entraîne des problèmes dans le fonctionnement et la gestion de ces structures qui ne se limitent pas qu'aux problèmes relatifs aux recettes et aux dépenses. Les ressources financières et matérielles de ces structures proviennent des recouvrements de coûts, de la participation communautaire, de l'appui des ONG et des institutions internationales. Le budget alloué de l'Etat couvre les salaires des fonctionnaires²³ et les factures d'eau et d'électricité.

D'autres secteurs de l'Etat peuvent avoir un service de santé. En effet, l'Armée dispose de trois (3) Centres de santé dans les Iles dont le plus grand est celui de Ngazidja. C'est ainsi que les services de santé militaires disposent d'une unité de consultation et d'hospitalisation

²³Voir plus loin la partie Financement du système de santé

et d'un laboratoire ; et offre des soins aux militaires, à leurs familles et au public. Un service de maternité et un cabinet dentaire sont en cours de construction et leur ouverture est prévue début 2015.

Secteur privé

Le secteur privé est subdivisé en : (i) privé à but lucratif, (ii) privé à but non lucratif et (iii) médecine traditionnelle.

a) Secteur privé lucratif : On peut distinguer deux catégories dans ce secteur : (i) secteur privé de soins curatifs et (ii) secteur privé pharmaceutique. Parallèlement au secteur public, ce système privé est localisé surtout dans les principaux centres urbains (Moroni, Mutsamudu et Fomboni). Ce secteur connaît une réelle croissance, et est composé de : (i) Cliniques médico-chirurgicales, (ii) cabinets médicaux de consultations externes, (iii) cabinets dentaires et (iv) cabinets de soins, (v) pharmacies et dépôts pharmaceutiques.

Le secteur privé pharmaceutique reste très désorganisé et largement dominé par des non professionnels. Il se compose de deux parties : les officines et dépôts pharmaceutiques. Ces derniers, dont le circuit d'approvisionnement échappe parfois à tout contrôle pour la plupart, ne répondent pas aux normes requises et entraînent un approvisionnement du marché local en médicaments de qualité parfois douteuse.

Ce secteur très convoité reste dépendant du secteur public. Cependant, son développement n'est ni maîtrisé, ni structuré et ne se fait pas en complémentarité et en synergie avec le système public de soins. Un recensement réactualisé devrait donner une physionomie plus exacte de ce secteur.

b) Secteur privé non lucratif : Il est constitué par les ONG et les groupements intervenant dans le domaine socio-sanitaire : Caritas Comores (4 Centres de santé), Croissant Rouge Iranien (2 Cliniques), ASCOBEF (2 Cliniques), Croissant Rouge Comorien, FENAMUSAC, etc.

Des problèmes de coordination des soins avec le secteur public se posent ainsi que la collaboration avec l'administration de tutelle. Des réflexions sur la réorganisation de ce secteur s'imposent dans la mesure du possible.

c) Médecine traditionnelle : La médecine traditionnelle est pratiquée et utilisée par une partie de la population, souvent comme premier recours pour les petites affections et pour certaines pathologies spécifiques (troubles mentaux, stérilité, handicaps physiques, etc.). Cette pratique reste tolérée bien qu'il n'existe aucune législation reconnaissant la médecine traditionnelle, ni de processus d'attribution d'autorisations pour cette pratique, encore moins de procédures d'approbation officielle des remèdes traditionnels. Le nombre important de tradipraticiens utilisés parfois comme relais communautaires et le recours d'une bonne partie de la population à ces acteurs et aux plantes médicinales fait de cette pratique un levier additionnel qui pourrait servir l'amélioration de la couverture sanitaire.

Les tradipraticiens ne sont toujours pas suffisamment impliqués dans le système national de soins ni dans les différents programmes de santé, en particulier ceux visant la prévention et les soins communautaires. Par contre, la médecine traditionnelle a été évoquée dans les

documents de la politique pharmaceutique nationale (PPN) et de la politique nationale de santé 2005-2014 de l'Union des Comores. Il y a été prévu d'élaborer des stratégies d'intervention en prévoyant de promouvoir et de développer la production de médicaments traditionnels améliorés, en vue d'encourager leur introduction dans le système de soins.

C) Partenariat et domaines d'interventions :

De 2002 à 2012, dans le cadre du développement du secteur de la santé en Union des Comores, le Ministère de la santé a bénéficié de nombreuses aides à travers des partenariats bilatéraux et multilatéraux avec les pays et institutions suivantes :

- **France :** Les actions de la France dans le secteur de la santé en Union des Comores durant ces dernières années ont été réalisées à travers l'Agence Française de Développement (AFD) du secteur de la santé. A travers le projet PASCO, elle intervient dans la réhabilitation des formations sanitaires, la maintenance hospitalière, le renforcement des capacités techniques du personnel de santé, la santé mentale, le financement basé sur la Performance, l'assistance technique et la formation ;
- **Chine :** Les actions de la Chine dans le développement de santé, sont basées sur (i) l'appui technique à travers l'envoi d'équipe médicale avec équipements et produits médicaux dans les trois grands hôpitaux (2 CHRI et CHN), (ii) la stratégie d'élimination rapide du paludisme par le traitement de masse à base d'Arthémisinine (FEMES), (iii) le renforcement des capacités techniques des structures de santé de référence à travers la formation continue et initiale des médecins spécialistes et des infirmiers, et (iv) la construction d'infrastructures sanitaires (Hôpital de l'Amitié Comoro- chinoise) ;
- **Émirat de Sharjah :** Dans le cadre de la coopération décentralisée entre le Sharjah et l'Île Autonome de Ngazidja, des accords ont été signés en 2006 pour le renforcement des capacités techniques du système de santé. Un Centre Hospitalier de Référence Insulaire a été construit à Sambakouni. Il a intervenu en 2002 dans la construction de manière ponctuelle, des bâtiments de la direction, des services des Urgences et de la Pédiatrie (y compris les équipements) du Centre Hospitalier National d'El-Maarouf ;
- **Qatar :** Après la conférence de Doha, le Qatar a mené des actions de coopération bilatérale avec les Comores à travers le Ministre de la santé pour le renforcement des capacités techniques du système de santé. Des accords des principes ont été signés pour des projets de : (i) Réhabilitation des Hôpitaux, Centres et Postes de santé, (ii) construction du Complexe hospitalier, (iii) Appui pour l'Élimination du Paludisme, (iv) formation des personnels de santé. L'ONG Qatar Charity a conclu des accords avec le gouvernement comorien après la conférence de Doha de : Construire un Hôpital à Fomboni d'une capacité de 120 lits ;
- **Maurice :** Des accords de partenariat ont été signés entre les deux Ministères de la santé de l'Union des Comores et de l'Île Maurice sur : (i) la prise en charge des patients comoriens ayant besoin d'une évacuation sanitaire dans les Hôpitaux publics mauriciens ;

- **Japon** : L'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) intervient sur l'achat des équipements et logistiques de la vaccination et de nutrition, la réhabilitation, la construction des infrastructures sanitaires, et la formation continue du personnel de santé :
- **Egypte** : a créé l'Unité de Dialyse au Centre Hospitalier National El-Maarouf avec l'appui technique d'un personnel médical égyptien. Elle a financé la réhabilitation des bâtiments et les stages de formation continue du personnel (Infirmiers et médecins) qui travaille dans cette unité. En outre, elle assure le fonctionnement de l'unité en approvisionnement des consommables et produits médicaux et la charge du personnel ;
- **Turquie** : La Turquie a appuyé le Ministère de la santé par la dotation des équipements de cardiologie au Centre Hospitalier de Référence Insulaire de Hombo ;
- **Sultanat d'Oman** : Il apporte son appui au renforcement du système de santé notamment dans le domaine des infrastructures ;
- **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** : La coopération de l'OMS avec les Comores a commencé avec l'accord cadre signé en janvier 1976. L'OMS intervient sur le Renforcement du système de santé, la réduction d'incapacité, de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies non transmissibles et transmissibles, l'amélioration de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments, et la promotion de la santé ;
- **Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)** : l'appui se porte sur : (i) la nutrition a haut impact de qualité des femmes, femmes enceintes, nouveaux nés et des enfants de moins de 5 ans, (ii) le renforcement des capacités institutionnelles des programmes de santé, (iii) les fournitures des vaccins, des matériels de vaccination et l'introduction des nouveaux vaccins, la formation du personnel de santé, (iv) la préparation et réponse aux actions humanitaires (v) la prise en compte des droits humains et égalité des genres dans la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation des interventions de santé y compris le VIH et de nutrition (vii) le soutien des initiatives globales et régionales ;
- **Fonds des Nations Unies Pour la population (UNFPA)** : Il intervient dans les domaines de la santé de : (i) la santé de la reproduction, (ii) la lutte contre les IST/SIDA, (iii) la formation, de la promotion de la santé et du système d'information sanitaire et accorde un appui particulier à la thématique population et genre ;
- **Fonds Mondial (GFATM)** : Il intervient dans : (i) la réhabilitation des infrastructures, (ii) la dotation des équipements sanitaires, (iii) la formation continue, (iv) la lutte contre le paludisme et VIH/SIDA, la tuberculose, (v) la promotion de la santé, (vi) l'assistance technique et (vii) l'approvisionnement en médicaments ;
- **Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)** : Elle intervient aux Comores dans le cadre du renforcement du Système de santé (RSS-GAVI) pour l'amélioration de la couverture vaccinale et a l'introduction des nouveaux vaccins et des vaccins sous utilisés dans le cadre du programme élargi de Vaccination ;

- **Banque Islamique de Développement (BID) :** Le Ministère de la santé bénéficie de l'appui de la BID à travers le Projet d'Appui Technique aux Secteurs de la Santé au Comores (PATSCO). Ses actions se situent dans l'assistance technique, la construction d'un Service de Cardiologie, la formation des médecins spécialistes, la mise en place d'un réseau électrique de suppléance à partir de l'énergie solaire et l'appui en réactifs de laboratoire ;
- **Banque Mondiale :** En 2004, elle a apporté des appuis dans la réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires, le renforcement institutionnel du système de santé ;
- **FAO :** Elle intervient dans le cadre de la sécurité alimentaire conjointement avec le Ministère de la production et de l'environnement ;
- **Union Européenne (9ème FED) :** Elle intervient dans les domaines de l'assainissement et l'hygiène du milieu ;
- **ONUSIDA :** Elle apporte un appui technique à la lutte contre le SIDA ;
- **Commission de l'Océan Indien (COI) :** Elle contribue au renforcement de la réponse nationale, au soutien technique et matériel, à la formation des médecins et des paramédicaux sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et la mise en place d'un système de veille épidémiologique et sanitaire dans la région de l'océan indien ;
- **COMESA :** L'Union des Comores est membre de la COMESA. Des rencontres de concertations et de coordinations sont organisés à l'extérieur, soit dans la région de la zone des pays de l'Afrique Centrale et de l'Est, et au niveau mondial.

ONG internationales et autres institutions:

- **AMA (Agence Musulmane d'Afrique) :** elle dispose des dispensaires et les orphelinats
- **Fondation DAMIEN et AIFO :** interviennent dans la lutte contre la tuberculose et la lèpre ;
- **Croix-Rouge française :** intervient dans l'éducation pour la santé, la santé scolaire, la lutte contre le paludisme, VIH/SIDA ; et dans le cadre des urgences et la gestion des catastrophes ;
- **Réseau Caritatif de France-Secours Catholique (CARITAS) :** Implanté sur les trois îles, il apporte une offre de soins principalement dirigée vers les populations vulnérables et défavorisées.
- **Diaspora Comorienne :** A travers les associations villageoises et la coopération décentralisée, elle intervient dans l'appui institutionnel, la réhabilitation, la dotation aux équipements, consommables et produits médicaux des structures sanitaires.

- **Association Comorienne pour le Bien Etre de la Famille (ASCOBEF) :** Affiliée à l'International Programme de Planification Familiale (IPPF), l'ASCOBEF intervient dans la santé de la reproduction et la lutte contre le SIDA ;
- **Perspectives de collaboration avec :** (i) ONG Santé Diabète (Lutte contre les maladies non transmissibles) et (ii) Grand Challenge Canada (Santé mentale) qui intervient sur la santé mentale dans l'organisation de lutte à base communautaire contre la schizophrénie et l'épilepsie.

D) Coordination et collaboration intersectorielle :

Le Ministère de la santé dispose d'instances de coordination pour la validation technique, l'adoption politique et la mise en œuvre des politiques et stratégies dans le domaine de la santé :

- Le Comité National de la Santé (CNS), présidé par le Ministre de la santé, est l'organe suprême d'orientation et de prise de décision ;
- Le Comité National d'Ethique, des Sciences de la Vie et de la Santé (CNESS) ;
- Le Comité National de la lutte contre le SIDA (CNLS), présidé par le président de la République, dont la mission est le coordonner et d'orienter les interventions de lutte
- Le Comité Technique National de la Santé (CTNS) présidé par le Secrétaire Général est l'organe technique qui est chargé du suivi et de la coordination technique des programmes Santé ;
- Le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), présidé par un membre élu, est chargé du suivi et de la coordination des activités de vaccination ;
- Le CCM (Country coordinating Mechanism) ou l'Instance Nationale de Coordination des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose est une structure multisectorielle associant l'ensemble des parties prenantes impliquées ou intéressées dans la lutte contre une ou les trois pathologies. Ses missions principales sont le suivi stratégique des subventions en cours et la coordination du processus de mobilisation des ressources financières pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et la tuberculose. Elle est dotée d'une autonomie financière, soutenue par le Fonds Mondial et d'autres partenaires.
- Les Comité de pilotage (RHS, Comptes nationaux de la santé, SR, etc.) ;
- L'Observatoire des ressources humaines en santé.

Les rencontres de concertations périodiques se réalisent dans le cadre de l'élaboration des politiques, des stratégies, des plans et des rapports de programmation et des réunions ou ateliers de réflexion et de travail sur le suivi et évaluations des plans opérationnels du pays, de la région Afrique ou au niveau mondial.

Au niveau national, les agences du système des Nations Unies participent activement à l'élaboration du bilan commun des pays (CCA), des rapports intérimaires sur les documents de stratégie nationale (DSRP et SCA2D) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), mais aussi à la mise en œuvre du Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) et au fonctionnement des groupes thématiques sectoriels Santé, Genre et Solidarité.

Par ailleurs, deux sous-comités techniques sont chargés des programmes et de la communication pour toutes les institutions opérationnelles du Système des Nations Unies aux Comores.

Dans le cadre des autres interventions des autres partenaires, le Ministère de la santé avec l'appui des partenaires a mis en place un mécanisme de coordination par la création d'un Groupe Technique Sectoriel (GTS) pour le suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies. Des réunions mensuelles, trimestrielles et annuelles sont organisées en vue de faire le suivi des plans d'actions annuels.

Cependant, malgré tous les efforts menés pour assurer une certaine cohérence et une coordination harmonieuse des interventions, des difficultés persistent dans la transversalité des différents programmes pour la mise en œuvre des activités. Ceci entraîne des dysfonctionnements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

E) Régulation (règlementation nationale et internationale) :

La loi portant code de la santé de juillet 2011 n'est toujours pas mise en application en l'absence des textes d'application.

L'environnement institutionnel complexe influe évidemment, sur le bon fonctionnement du système de santé d'où la nécessité pour le pays de : (i) moderniser le cadre juridique, (ii) renforcer les institutions administratives et judiciaires, (iii) harmoniser les lois aux conventions ratifiées par le pays, (iv) décentraliser politiquement, administrativement et financièrement, (v) renforcer les institutions en services d'appui et en capacités de gestion et de planification

Le pays dispose des textes législatifs et réglementaires dans le secteur de santé entre autres :

- La Loi N°94-016/AF, portant cadre général du système de santé et définissant les missions du service public de la santé
- La Loi N°11-001/AU du 26 mars 2011, portant Code de la Santé Publique, promulguée par le décret n°11-141/PR du 14 Juillet 2011 ;
- La Loi N°11-002/AU du 26 mars 2011, portant sur la lutte anti-tabac, promulguée par le décret n°11-140/PR du 14 Juillet 2011 ;
- La Loi N°11-003/AU du 26 mars 2011, portant organisation et réglementation des activités statistiques aux Comores, promulguée par le décret n°11-141/PR du 14 juillet 2011 ;
- Le Décret N°94-53/PR portant organisation et fonctionnement des Etablissements Publics de Santé
- Le Décret N°06-170/PR portant application de certaines dispositions de la loi organique N°05-003/AU et portant modification de l'application de l'article 9 de la constitution 2001 ;
- Le Décret N°07-092/PR du 31 mai 2007 portant mise en place d'un Comité National de Santé ;
- Le Décret N°08 portant régimes de spécialisation et qualification ;
- Le Décret N°11-197/PR du 15 septembre 2011 portant statuts, organisation et fonctionnement du Centre Hospitalier National ;
- Le Décret N°12-045/PR du 27 février 2012 portant statuts des Centres Hospitaliers de Référence Insulaire ;

- Le Décret N°12-046/PR du 29 février 2012 portant statuts des Centres de Santé de Le District et des Postes de Santé ;
- Le Décret N°12-048/PR du 03 mars 2012 portant statuts des Hôpitaux de pôle;
- L'Arrêté n°93-038/MSP/CAB du 17 avril 1993 fixant la carte sanitaire
- L'Arrêté n°01-0061/MSPASCF/CAB du 21 février 2001 portant création du Comité de Coordination Inter-Agences pour le Programme Elargie de Vaccination ;
- L'Arrêté n°07-022/MSSPG/CAB du 20 juillet 2007 portant mise en place d'un Comité Technique National de Santé ;
- L'Arrêté n°09-032/MSSPG/CAB du 03 décembre 2009 portant carte sanitaire ;

F) Procédures comptables et gestionnaires

Il existe au Ministère de la santé une direction administrative et financière sous l'autorité directe du Secrétaire Général. En termes de gestion financière, il n'existe pas un manuel de procédures comptable spécifique pour le secteur. Concernant la gestion administrative, le secteur ne dispose pas d'un mécanisme d'évaluation, d'orientation, de promotion ou de recrutement des agents de santé.

G) Autonomisation et contractualisation des services

Les structures sanitaires sont semi-publiques et privées avec une large autonomie intégrant les communautés. Mais elles sont confrontées au versement irrégulier des subventions, faible capacités de gestion et des organes de régulation (CA)

H) Redevabilité (rapport des progrès réalisés)

Le principe de redevabilité des acteurs n'est pas systématiquement de mise dans l'administration et les services sanitaires. Ceci s'explique par un environnement professionnel non favorable, une faiblesse sur le respect des engagements pris.

2.2.2. Prestations des services et des soins

Carte sanitaire : Depuis 1993, les prestations des services et des soins évoluent à travers une carte sanitaire. La première est fixée par l'arrêté n°93-038/MSP/CAB du 17 avril 1993. La dernière est fixée par l'arrêté ministériel n°09-032/MSSPG/CAB du 03 décembre 2009. Selon la nouvelle carte de 2009 et pour plus d'efficacité, les districts sanitaires ont été regroupés en pôles de santé.

Ainsi, l'Union des Comores est divisée en trois (3) régions sanitaires et sept (7) pôles de santé. Chaque pôle est composé d'un ou plusieurs districts. Une structure de santé est désigné e au niveau de chaque district comme centre de santé de district ou hôpital de pôle ou de référence où seront assurés l'appui et la référence de toutes les activités de santé. Un centre de santé familiale du pôle est désigné comme formation sanitaire où seront réalisées l'ensemble des activités préventives et promotionnelles de la santé de la mère et de l'enfant. Mais cette réorganisation tarde à être opérationnelle. Dans chaque district, il existe au moins deux postes de santé avec un réseau d'agents de santé communautaires (ASC).

Malgré cette restructuration, la mise en oeuvre de cette carte n'est pas respectée. On assiste à des implantations anarchiques et des transformations de statuts de certaines structures sans

respectant cette carte. On peut citer entre autres la construction du centre hospitalier de Bambao et la transformation des certaines structures de santé, entre autres : (i) les Centres de santé à vocation chirurgicale de Ivembeni, de Itandzeni, de Mbeni, (ii) le centre médico-chirurgical de Sambakouni en Centre hospitalier de référence Insulaire, (iii) les postes de santé à vocation de centre de santé, notamment les PS de Ntsoudjini, PS de Douniani, PS de Tsidjé,

Normes standards : il existe un document des normes et standards du système de santé élaboré en 2008 qui indique les paquets minimums d'activité (PMA) par niveau de prestation de certaines catégories des structures de santé, notamment : les Postes de santé, Centre de santé de district, Centre de santé médico - chirurgical et le Centre hospitalier régional qui est actuellement érigé en Centre hospitalier de référence insulaire. Le respect des PMA et la disponibilité de tous les services ne sont pas encore effective vue l'insuffisance en ressources humaines qualifiés et en matériels. Cependant ces normes et standards du système n'ont jamais été mis en œuvre.

Accessibilité : l'accessibilité géographique à une structure de prestations de soins de santé dans un rayon de 5 km est estimée à 45% à Ngazidja, 74% à Ndzuwani et 69% à Mwali soit une moyenne nationale de 63%. L'ensemble de la population comorienne a accès à une structure de soins de santé dans un rayon de 15 km. Cependant, cette accessibilité n'est que théorique car la mauvaise qualité des routes et le nombre réduit de formations sanitaires fonctionnelles, faute de personnels qualifiés entravent l'accès des populations aux services de santé de qualité dans plusieurs régions du pays. Il est à noter aussi que plusieurs structures de santé connaissent des difficultés en électricité et en approvisionnement en eau.

Utilisation : l'analyse des principales activités de santé fait ressortir les taux d'utilisation suivants : (i) Ils sont respectivement de 14,7%, de 20,21% et 8,92% à Ngazidja, Ndzuwani et Mwali pour une moyenne nationale de 10,25% ; ce qui reste très éloigné du taux souhaitable de un (1) contact par an et par habitant et (ii) le taux moyen d'occupation des lits de 20 à 60% avec de fortes variations selon les saisons et selon les formations sanitaires, entraîne des difficultés économiques au niveau des structures.

On constate une insuffisance sur l'utilisation des structures de santé qui est due entre autres :

- au manque de pertinence dans la création de certaines structures au niveau des districts ;
- à la faible accessibilité financière due entre autres à l'absence d'une tarification de soins équitable, pertinente et efficace (prenant en compte la subvention de l'Etat) et la faiblesse (<3%) de la population bénéficiant de couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé (environ 2,8%) sont à l'origine d'un coût jugé élevé par la grande majorité de la population ; les études menées placent le frein financier comme premier obstacle à l'utilisation des services de santé ;
- à l'insuffisance de confiance des populations dans le système de soins en général ;
- au retard et à l'absentéisme du personnel dû en particulier à l'exercice mixte public/privé (inadaptation de la réglementation régissant l'exercice public/privé).

En ce qui concerne le système de référence et de contre référence, on observe l'inexistence d'un cadre formel, le manque d'outils techniques, l'insuffisance de moyens de déplacement (sur 17 CSD du pays 9 ne disposent pas d'ambulance, etc..) et des moyens de communication pour les évacuations sanitaires. Dans la plupart des formations sanitaires, la référence se fait par une note portée sur le carnet ou par une note verbale. La contre référence est encore plus rare. Le manque d'outils (guide, fiches), et de logistique sont les causes les plus évoquées. Le manque de moyens de communication (téléphone), et d'évacuation (ambulances) handicape ce système. L'utilisation des transports privés est un recours fréquent et coûteux.

2.2.3. Ressources humaines

Les Ressources Humaines en Santé sont sous la responsabilité directe du Secrétaire Général du Ministère de la Santé à travers la Direction Administrative et Financière. Il existe un Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé 2010-2014. Pour assurer la coordination et la collaboration en matière des ressources humaines en santé, il est créé au sein du Ministère de la santé des Comités de pilotage et un Observatoire des Ressources Humaines en Santé en Union des Comores. Malgré leur existence, ces instances ne sont pas fonctionnelles.

En outre, depuis 2001, un recensement du personnel de santé se réalise à tous les niveaux y compris dans le secteur privé avec la facilitation des points focaux en charge des ressources humaines au niveau des Iles. Un outil de collecte est utilisé depuis 2007 en vue de produire un rapport de situation du personnel de santé et c'est tous les deux ans.

Ces dernières années, des réformes ont été engagées par le gouvernement sur l'organisation de la gestion des ressources humaines et des actions sont en cours depuis le début de l'année 2014. Il s'agit entre autres :

- la révision des cadres organiques de la Vice-présidence en charge de la santé de la solidarité, de la cohésion sociale et de la promotion du genre qui sont en cours d'informatisation au niveau de la fonction publique ;
- la création des directions des ressources humaines respectivement au sein du Secrétariat général du Ministère de la santé et dans les quatre Hôpitaux de référence ;

Gestion des RHS²⁴ : les personnels de santé sont gérés suivant le niveau de la pyramide sanitaire :

- **Au niveau national** : la fonction des RHS est assurée par la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAF). Elle est confiée à un chargé des ressources humaines, de la formation et du perfectionnement. La gestion des RHS du Ministère de la santé se limite à une seule personne. Il en résulte une surcharge de travail du responsable ;
- **Au niveau insulaire** : la gestion des RHS est assurée par la Direction Régionale de la Santé à travers un responsable chargé des ressources humaines ;
- **Au niveau des Centres Hospitaliers** : la gestion des RHS est assurée par des chargés du personnel, surveillants (es) générales et Majors de service, qui, après avoir été formées comme majors au niveau de l'École de médecine et de santé publique,

²⁴PNDRH 2010-2014

assurent à la fois la gestion des RHS et d'autres missions de soins dans les services hospitaliers ;

- **Au niveau des districts sanitaires :** la gestion du personnel est sous la responsabilité directe des Médecins Chefs avec l'appui technique d'un gestionnaire dans les Centres de santé et des Infirmiers ou Sages-femmes Chefs de poste au niveau des Postes de santé en collaboration avec les Comité de gestion ou les CA.

Par ailleurs, l'insuffisance de données fiables sur les RHS est un autre handicap à la gestion efficace des RHS. En effet, Il est à noter que l'absence de véritables structures en charge de la gestion des RHS et le manque en quantité et en qualité d'un personnel spécialisé en ressources humaines en santé, constituent un sérieux handicap pour une meilleure planification, coordination et gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Disponibilité des Ressources Humaines : le pays compte 1758 personnels de santé en 2012²⁵ dont 84,5% du secteur public y compris des contractuels et des décisionnaires. Le secteur privé utilise 15,5% du personnel de santé dont 13,1% sont employées par le secteur privé à but lucratif et 2,4% par le secteur privé à but non-lucratif.

Tableau 2 : Récapitulatif des effectifs du personnel clé de 2005-2012

Catégories	2005	2007	2009	2012
Médecins y compris les spécialistes	115	123	121	188
Pharmaciens	15	17	18	29
Dentistes	17	19	21	27
Infirmiers Diplômés d'Etat	157	189	252	338
Sage femmes d'Etat	107	168	199	238
Techniciens de laboratoire	44	72	100	60
Total	455	588	711	880

Sources : Rapports des recensements 2007, 2009 et PNDRH 2010-2014

On constate dans ce tableau que sur l'ensemble des ressources humaines en santé, l'effectif des médecins a sensiblement augmenté passant de 5% en 2009 à 11% en 2012. Les effectifs des infirmiers diplômés d'État (19%) et les sages-femmes diplômées d'État (14%) ont également connus une nette augmentation. Les dentistes (1%), les techniciens de laboratoire (0,6%) et les pharmaciens (1,6%) sont en relative stagnation.

En termes de ratios par habitant, ce tableau ci-dessus montre qu'entre 2005 à 2012, les ratios ont été par catégorie respectivement en 2005 et 2012 de :

Personnel médical et médico - technique :

- Médecins : 1,90 pour 10000 habitants ;
- Pharmaciens : 0,23 pour 10000 habitants ;
- Chirurgien-dentiste : 0,26 pour 10000 habitants.

Personnel paramédical :

- Infirmier Diplômé d'Etat : 2,60 pour 5000 habitants ;

²⁵PNDRHS 2010-2014

- Sages-femmes Diplômées d'Etat : 2,01 pour 5000 habitants ;
- Techniciens de Laboratoire : 0,06 pour 5000 habitants.

Malgré cette légère augmentation des ratios, le problème d'insuffisance de personnel de santé persiste, et le peu qui existe se concentre beaucoup plus dans le milieu urbain qu'en milieu rural. Cette situation en défaveur du milieu rural compte certainement parmi les causes de la faible performance des structures de santé au niveau des districts (CMC, CSD, CSF et PS) en empêchant l'appropriation des programmes de santé par les équipes de santé de district.

Production des RHS: Le pays dispose d'une Ecole de Médecine et de Santé Publique rattachée à l'Université des Comores pour la formation initiale des paramédicaux (Infirmiers Diplômés d'Etat, Sages-femmes Diplômées d'Etat, etc.) et la formation continue du personnel de santé en collaboration avec d'autres Institutions d'enseignement régionales et internationales. En moyenne l'EMS forme 50 paramédicaux par an pour la formation initiale.

L'Union des Comores ne dispose pas de faculté de médecine. La formation du personnel de santé est effectuée dans différents pays à l'étranger (France, Chine, Cuba, Russie et en Afrique surtout, etc.). Il est à noter qu'une partie du personnel de santé formé à l'extérieur ne rentre pas au pays. Ainsi il apparaît que les formations sanitaires publiques continuent à souffrir de pénurie de personnel qualifié.

Depuis août 2014, une nouvelle filière a été créée pour former des Techniciens supérieurs en gestion des services de santé. Un curriculum pour intégrer d'autres filières est en cours d'élaboration. L'école traverse de nombreux problèmes d'ordre organisationnel et fonctionnel.

2.2.4. Infrastructures, Équipements et Produits de santé

Infrastructures sanitaires : L'accessibilité géographique à une structure de prestations de soins dans un rayon de 5 km est estimée à 45% en Ngazidja, 74% à Ndzuwani et 69% à Mwali soit une moyenne nationale de 63%. L'ensemble de la population comorienne a accès à une structure de soins de santé dans un rayon de 15 km.

Cependant, la mauvaise qualité des routes et le nombre réduit de formations sanitaires fonctionnelles, faute de personnels qualifiés, entravent l'accès des populations aux services de santé de qualité dans certains districts. Il faut noter que plusieurs structures de santé connaissent des difficultés en électricité et en approvisionnement en eau. En l'absence d'une réglementation appropriée, le développement incontrôlé du secteur privé nuit à la qualité des soins, à leur accessibilité, contribuent aux coûts élevés et non harmonisés des prestations sanitaires.

Le pays compte : deux (2) Centre Hospitalier National (CHN), trois (3) Centres Hospitaliers de Référence Insulaire (CHRI), trois (3) Hôpitaux de pole, deux (2) Centres Médico-Chirurgicaux), quatorze (14) Centres de Santé de District, 3 Centres de Santé Familiale et 48 Postes de Santé.

L'évaluation réalisée en août 2014 a montré que des nombreuses infrastructures sont à un niveau de délabrement total et vétuste (Postes de santé de : Ankibani, Siri-Ziroudani, Itsamia,

Idjinkoudzi, Vassi, CSD Fomboni, Oichili, Mitsoudjé etc.). L'ensemble de ces infrastructures sanitaires est longtemps resté sans véritables travaux d'entretien. Par contre, des réhabilitations et constructions sont en cours de réalisation (Douniani, Itsinkoudi, Memboidjou, Bambadjani, Hatsindzi, etc.), soit par les communautés, soit par les partenaires ou l'Etat.

Par ailleurs, certaines structures sont complètement abandonnées et d'autres sont placées dans des endroits inappropriés (Jimlimé, Ankibani, Vassi, ect.). Cela demande certaines constructions et déplacement des structures dans d'autres zones.

Equipements et matériels : Les équipements sont insuffisants, mal entretenus à défaut d'un système de maintenance et d'un personnel qualifié. . L'évaluation du système de santé a montré que si le petit matériel de diagnostic existe et pour la plupart en bon état, les équipements lourds demeurent insuffisants tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Dans le sentiment de qualité perçue par les bénéficiaires, la place accordée à l'équipement est importante. Les appareils et instruments, même élémentaires sont considérés comme un gage de crédibilité et d'efficacité. Pour la gestion des équipements des services de santé, il n'existe pas d'outils de gestion et de suivi (fiches de stocks, tableau d'amortissement, inventaire permanent...etc.).

Il est à souligner qu'une bonne partie des équipements et matériels proviennent de dons privés. Certains ne sont pas adaptés et d'autres sont déjà amortis. En réponse en ce phénomène, le pays s'est doté d'une Charte de don. Cependant, aucune structure de la pyramide sanitaire ne dispose pas les équipements requis conformément aux normes standards de 2008.

Un système de communication adapté entre les services et les formations sanitaires font défaut, ce qui rend difficile le partage des informations statistiques, la surveillance épidémiologique, et la déclaration des cas de maladie à potentiel épidémique mais aussi l'appel en cas d'urgence d'une personne d'astreinte. Ceci est dû à un manque de culture d'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de communication.

Maintenance des équipements : Des efforts ont été développés dans le domaine de la bio-maintenance. Le pays s'est doté d'une charte de don avec la réalisation régulière de l'état des lieux sur les équipements biomédicaux. Le défi majeur est l'utilisation du logiciel Gestion des Matériels Assistés par Ordinateurs (GMAO) dans les activités de suivi et de gestion des équipements biomédicaux d'une part. D'autre part le Ministère prévoit la mise en place de l'Agence Nationale des Technologies Hospitalières (ANTH).

Produits de santé : depuis 1990, le système d'approvisionnement en médicaments essentiels y compris les produits de vaccins, et l'augmentation des ressources qui y sont consacrés et la poursuite de l'implantation des pharmacies hospitalières et de cessions, ont permis d'améliorer l'approvisionnement, la distribution, la disponibilité permanente des médicaments dans les formations sanitaires et l'accessibilité des médicaments de qualité à moindre coût.

En 2012, la loi n°90-012/AF portant création de la Pharmacie nationale autonome des Comores (PNAC) a été abrogée par la loi n°12-010/AU transformant celle-ci en Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels de l'Union des Comores (CAMUC). La couverture en médicaments génériques par rapport à la liste des médicaments essentiels est d'environ 60%.

Les faiblesses constatées portent essentiellement sur : (i) l'insuffisance de ressources humaines qualifiées dans le secteur pharmaceutique, (ii) les points de vente des médicaments de la CAMUC et les structures de santé qui ne répondent pas aux normes de conservation et de sécurité des médicaments et de contrôle qualité, (iii) les coûts élevés et non harmonisés des médicaments, (iv) le système de pharmacovigilance mis en place qui n'est pas opérationnel et (v) l'importation et la vente illicite des médicaments.

Le Ministère de la santé ne dispose pas des structures de stockages adéquates des produits de santé (vaccins, contraceptifs, moustiquaires imprégnés, matériels de dons...)

L'introduction prochaine des nouveaux vaccins impliquera plus de ressources et un renforcement conséquent. Elle entraînera une augmentation considérable des volumes d'où la nécessité d'augmenter les capacités de stockage et de conservation (la chaîne de froid) au niveau central mais également au niveau régional et des districts.

Des efforts non négligeables sont en cours en vue de remédier à l'insuffisance et l'inadéquation des équipements et du matériel technique avec l'appui des partenaires.

Transfusion sanguine : Dans un contexte de mortalité maternelle élevée due notamment aux hémorragies de la délivrance, aux anémies fréquentes chez les enfants et la recrudescence des infections virales et hémorragiques, la sécurité transfusionnelle, constitue une exigence prioritaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le développement de Centre de transfusion sanguine, la formation des ressources humaines et le renforcement des associations de donneurs de sang, devraient contribuer à améliorer la disponibilité d'un sang sécurisé dans les établissements de soins.

Examens de diagnostic : L'offre de l'imagerie médicale et de laboratoire est insuffisante et de faible qualité dans les structures sanitaires. La dotation en équipements, la formation du personnel et le système d'approvisionnement régulier en réactifs, films et autres consommables doivent constituer des préoccupations majeures sur l'organisation et la gestion des services.

Gestion des déchets biomédicaux : cette gestion constitue un véritable défi pour l'ensemble des structures de soins. Il n'existe que très peu d'incinérateurs fonctionnels et à l'intérieur des services cette gestion n'est pas organisée depuis le tri à la destruction en passant par la collecte et le transport. Seules les techniques d'enfouissement ouvert ou fermé semblent être utilisées. La dotation des formations sanitaires d'incinérateur conformément aux normes et d'un programme de gestion des déchets biomédicaux permettra de résoudre cette problématique.

2.2.5. Financement du système de santé

Le financement de la santé est conjointement assuré par les fonds publics, les partenaires techniques financiers (PTF), les fonds privés y compris les ménages, la diaspora et la solidarité internationale (ONG). L'Etat joue un rôle prépondérant dans ce financement à travers les budgets alloués au Ministère de la Santé Publique et aussi aux départements ministériels apparentés. Ces fonds sont destinés à la construction des infrastructures sanitaires, l'acquisition des équipements techniques et des équipements d'exploitation, le paiement des salaires et primes des personnels de santé ainsi que la formation du personnel de santé. Les tableaux relatifs aux différentes recettes et dépenses sont présentées ci-après.

Ces dernières années, les dépenses de santé ont été sous estimées dans la publication des documents des politiques et plans à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par manque d'études basées sur le financement de santé en Union des Comores.

C'est ainsi qu'en 2014, le pays a élaboré son premier rapport des Comptes Nationaux de la Santé à travers l'outil de production SHA 2011 dont la dépense globale de santé a été estimée à 12 650 464 465 KMF. Par tête d'habitant, elle est de 17 943 KMF, soit 49,57 USD. En pourcentage du Produit intérieur brut (PIB), elle représente 13,27%. Les dépenses en capital (HK) ou les dépenses d'investissement du système de santé ont été estimées à un milliard cinquante six millions neuf cent cinquante et un mille trois cent quarante sept francs comoriens (1 056 951 347 KMF), soit 8,36% de la dépense totale de santé. Les principaux indicateurs de santé entre autres sont présentés dans le tableau ci-après :

Tableau 3 : Principaux Indicateurs de santé selon les CNS 2011

Indicateurs CNS 2011	Valeur
Dépenses de l'Etat allouées à la santé en % du Budget Global de l'Etat	10,00
Dépenses totales de santé en dollars US par habitant	49,57
Dépenses de santé en % du Produit intérieur Brut (PIB)	13,27
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	27,17
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	18,64
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	49,80
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	12,34
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	66,87
Dépenses de produits pharmaceutiques en % des dépenses totales de santé	7,00
Dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales de santé	5,10
Ratio en % formation de capital sur dépense nationale de santé	8,36
Ratio en % salaires payés par l'Etat au personnel de santé sur les DNS	22,09

Sources : Rapport des Comptes de la santé 2011, Comores, 2014

Tableau 4 : Indicateurs de Dépenses Totales de Santé de 2005 à 2011

Indicateurs	Données du TOFE		Données CNS 2011
	2005	2010	
Dépense de la santé totale (DST) en millions francs comoriens (Hors dépenses des ménages)	732	1 681	6 467
Part des ressources externes en %	90,46	91,91	27,17
Dépenses publiques générales pour la santé en %	9,54	8,09	10,00
Dépense totale de la santé par habitant aux taux de change (en FC)	1 211	2 447	18 192
Fond publics pour la santé par habitant (en FC)	116	198	4 873

Sources : DNB, TOFE 2010, 2011 et Rapport des CNS 2011, 2014

On constate que de 2005 à 2010, les DTS ne prenaient pas en compte ni les dépenses des ménages ni les dépenses de l'Etat allouées à la santé au niveau des Iles Autonomes (Recettes propres et part de l'Etat alloué aux Iles par rapport au Budget Global de l'Etat à travers les taux respectifs de répartition de chaque Ile) d'où leur sous-estimation.

Il est à noter que d'une manière générale, les administrations publiques n'ont pas fourni toutes leurs données sur les dépenses de santé. Le suivi d'élaboration des comptes nationaux en cours devra apporter la lumière sur le volume réel des dépenses publiques en santé.

a) **Financement interne**

Budget de l'Etat

Selon les CNS 2011, les dépenses de l'Etat allouées à la santé en pourcentage du budget global de l'Etat représentent 10%, part rapport au- 15% que les chefs d'Etat africains avaient recommandés en 2001 au sommet d'Abuja. Les dépenses nationales de santé en pourcentage du PIB sont de 13,27% en 2011. Ces deux indicateurs montrent que l'Etat comorien doit multiplier les efforts pour l'augmentation des ressources allouées à la santé et leur utilisation efficiente avec l'appui de la communauté internationale.

Malgré l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la santé, on constate que le système de santé du pays est presque totalement tributaire de l'aide extérieure dans le financement de certains programmes (Vaccination, SIDA, Paludisme, Tuberculose, etc.) et des infrastructures. Il est visiblement impératif de définir très rapidement de nouvelles orientations visant à la mise en place de nouveaux mécanismes locaux de financement de la santé.

Contribution des ménages : Jusqu'en 1994, l'accès aux soins de santé était gratuit. La réforme du système de santé intervenue cette année là, a instauré un système de recouvrement des coûts, et une implication de la communauté dans le fonctionnement des établissements sanitaires, à travers des Associations Gestionnaires sans but lucratif et représentatives de la population.

On doit noter que le pays depuis 1993 n'a pas révisé les textes réglementaires relatifs à la tarification. Comme ces textes ne sont pas réactualisés, on ne dispose pas de textes tenant compte des problèmes des indigents et des modes de gestion. Quelques principes communs

sont respectés plus ou moins (compte séparé pour les médicaments, marge sur les médicaments pour leur gestion, forfait pour certains actes) mais sont plus issus d'initiatives des structures, de projets et programmes que d'une politique d'ensemble au niveau du pays. Par ailleurs, ces dernières années les dépenses des ménages représentaient 49,80% des dépenses totales de santé. Elles constituaient la première source de financement du secteur de la santé. L'OMS recommande que ces dépenses soient en dessous de 20%. (source) La classification des dépenses totales de santé selon les agents de financement montre l'Etat occupe la deuxième place avec 27,17%.

On constate que le Gouvernement doit développer des mécanismes de financement innovant, par la mise en place d'un système d'Assurance maladie obligatoire, la création d'un Fonds de solidarité, etc. en vue de réduire le poids des dépenses des ménages.

Autres sources : Les cotisations sociales ont représenté 3,08% seulement des dépenses totales de santé. Enfin, la part des prépaiements obligatoires autres que ceux provenant des assurances n'a représenté que 0,19% tandis que les autres recettes non classées ailleurs ont représenté 1,31%. Depuis 2008²⁶, un système de protection sociale à travers les mutuelles de santé a été mis en place dont 87 mutuelles créées. Le mouvement mutualiste n'a pas suscité l'engouement espéré et son développement n'a atteint que 53% des effectifs prévus avec 38 mutuelles (511 membres par mutuelle en moyenne), dont 12 (32%) ayant atteint 3 ans de fonctionnement. La population couverte reste très réduite (2,8% de la population totale). C'est ainsi que le Ministère de la santé a réalisé une étude de faisabilité depuis 2012 pour la mise en place d'une Assurance Maladie Obligatoire pour les Fonctionnaires et les Agents de l'Etat.

Aide extérieure : Le secteur de la santé bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires : PNUD, OMS, UNICEF, UNFPA, AFD, BID, FM, JICA, GAVI Alliance, Chine, Cuba, Egypte, Qatar, les Emirats Arabes Unies, Soudan, Fondation Damien, IPPF, etc. En 2011, leur contribution s'est élevée à environ 18,64%²⁷ des dépenses totales de santé. Mais le financement extérieur de la santé est difficile à évaluer dans sa globalité, du fait de la faible coordination de certains partenaires dans ce domaine. Il est à noter que depuis 2011, le pays a mis en place un mécanisme de financement basé sur la performance à travers l'appui technique et financier de l'AFD. Ce mécanisme a été introduit dans tous les districts de Ndzuwani (2011) et de Mwali (2012). A Ngazidja, le processus a commencé en 2013, mais uniquement, dans le district de Mitsamiouli.

2.2.6. Système d'Information Sanitaire

Depuis 2010, la Vice-présidence en charge du Ministère de la santé dispose d'une Direction de l'Information et des Statistiques. Le pays dispose d'une loi Statistique et d'un Institut national des statistiques et des études économiques et démographiques.

Il existe des documents d'orientation et de référence du système d'information sanitaire. Il s'agit de :

- Schéma Directeur du système d'information sanitaire en 2005 ;
- Plan National de Développement du Système d'Information Sanitaire 2010-2014 ;

²⁶Rapport final d'évaluation du programme d'institutionnalisation d'une association nationale des mutuelles de santé aux Comores, janvier 2012

²⁷Rapport des CNS de 2011, 2014

- Cadre normatif du système d'information sanitaire en 2013 ;
- Outil de gestion du système d'information sanitaire (GESIS) depuis 2013.

Gestion de l'information : Malgré, la mise en œuvre de ces documents de référence, notamment le cadre normatif du système d'information sanitaire et l'informatisation du SIS à travers le logiciel GESIS depuis 2012, le système de complétude est faible²⁸ avec un taux de 65%. La situation est variable d'une Ile à l'autre. Les rapports mensuels des données de routine de l'année 2013, montrent que le taux de complétude est de 65,25%. Il est de 89,06% à Ndzuwani contre 72,50% à Mwali et 44,75% à Ngazidja.

Ce handicap persistant implique que les données ne peuvent pas être utilisées pour apprécier de manière crédible la situation sanitaire. Quand on ajoute à cela toute la masse d'activités du secteur privé dont aucune information n'est transmise au SIS, il n'est plus besoin de dire que le SIS a besoin d'appui pour être à mesure de servir à l'appréciation des progrès et à la prise de décision. On peut affirmer sans se tromper que les causes les plus plausibles de cette situation sont essentiellement la multiplicité des systèmes parallèles et la faible capacité des structures chargées du SIS aux différents niveaux.

La situation des données de routine de 2013 montre que :

- les informations collectées au niveau district ne sont ni organisées, ni analysées localement ;
- le niveau intermédiaire compile périodiquement les informations sanitaires sans aucune analyse, ni rétro-information au niveau périphérique ;
- les tableaux de synthèse sont produits, occasionnellement, le plus souvent à la suite de demandes ponctuelles des services ;
- le remplissage des canevas mensuels (RMA) dans les formations sanitaires (qualité, insuffisance d'information, etc.) n'est pas maîtrisé ;
- les personnes ressources formées pour l'outil GESIS ne sont pas toujours en place ;
- l'encodage se fait dans les DRS et plus particulièrement à Ngazidja, au lieu de l'être dans les CSD (non-respect du circuit). D'où la non utilisation du GESIS au niveau des structures de santé ;
- l'utilisation de l'information se fait essentiellement au niveau central et très peu au niveau périphérique.

Supervision, Suivi et évaluation : Les normes nationales indiquent le rythme de supervision suivant :

- du district sanitaire vers les formations sanitaires périphériques une fois par mois ;
- de la région vers le district une fois par trimestre ;
- du niveau central vers la région une fois par semestre.

Ces normes ne sont pas respectées et le Ministère ne dispose pas d'un outil standardisé (Guide de supervision, liste de contrôle, fiche de supervision et modèle de rapport de supervision). Au niveau central, chaque programme effectue sa propre supervision sans véritable intégration et n'effectue pas systématiquement de rétro-information au niveau périphérique. Les monitorages ne sont pas réguliers.

²⁸ Analyse de la situation de la santé aux Comores, sept 2014 (page23)

Pour les évaluations des politiques, plans et programmes, prévues à mi-parcours et/ou à la fin, certaines ont été réalisées (PNS, PNDRH, Stratégies des programmes, etc.) et d'autres non (PNDS, PNDSIS, etc.).

2.2.7. Recherche en santé et gestion des connaissances

La Recherche pour la santé n'est pas systématiquement «institutionnalisée». A la demande du Ministère de la santé, en collaboration avec les partenaires, des recherches opérationnelles au niveau des Programmes prioritaires de santé sont menées de façon périodique. Cependant, le domaine de la Recherche en santé est quasi inexistant. La coordination de la Recherche au niveau du Ministère de la santé est assurée par la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires.

Un Comité National d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la Santé (CNESS), est mis en place en 2014 par décret N°14-11 /PR du 10/01/2014. Sa mission principale est de donner des avis sur les problèmes d'éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans le domaine de la biologie, de la médecine et de la santé, et de publier les recommandations sur ces sujets

En outre, d'autres institutions existent dans le pays pour le développement de la Recherche et la gestion des connaissances. On peut noter entre autres :

- *L'Université des Comores (UDC) abrite l'École de Médecine et de santé Publique*, qui assure seulement la formation des sages-femmes et Infirmiers d'État. Les soutenances des travaux de recherche sur les terrains sont sollicitées à la fin du cycle des étudiants. Actuellement l'EMSP ne dispose pas d' Enseignants formés dans le domaine de la recherche;
- *Le Centre National de Documentation et de Recherche Scientifique (CNDRS) a été créé par décret le 11 janvier 1979 en tant qu'établissement public en charge de la recherche scientifique. Il a pour vocation l'étude et la conservation des patrimoines culturels et naturels des Comores. Ce centre pourrait servir pour appuyer le développement de la médecine traditionnelle;*
- *L'Institut National de Recherche Appliquée, de la Pêche et de l'Environnement (INRAPE), créé en 1994, est un Établissement Public à caractère scientifique et technique placé sous l'autorité technique du (des) Ministère (s) de tutelle. Il a pour mission notamment la conception et l'animation des programmes de recherche touchant à des problématiques agricoles, halieutiques et environnementales.*

Pour améliorer ce domaine, il reste à développer un partenariat effectif avec différentes institutions dans la sous-région COI et au niveau international, et assurer une supervision et un contrôle effectif sur les activités de recherche.

2.3. Problèmes prioritaires et Défis

Le principal défi pour le Gouvernement est d'asseoir un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé pour tous, en particulier les plus vulnérables. C'est pourquoi, il va engager, en priorité, une réforme visant à augmenter

les interventions dans les zones les plus pauvres et auprès des populations les plus démunies et les plus vulnérables et ce, en réorientant les ressources au profit de ces zones pour lutter contre les maladies et les affections qui touchent les pauvres de façon disproportionnée.

Les principaux problèmes prioritaires du système de santé à prendre en compte sont présentés comme suit :

2.3.1. Gouvernance et Leadership :

Les problèmes de la gouvernance sont surtout liés à la régulation, à la coordination et à la normalisation du secteur. S'y ajoutent les facteurs freinant la décentralisation et la mise en pratique d'une approche intersectorielle :

- Insuffisance des textes réglementaires d'application du Code de la santé publique ;
- Mauvaise application des textes réglementaires pour la mise en œuvre des interventions en santé ;
- Insuffisance de diffusion et vulgarisation des principaux documents clés du secteur ;
- Insuffisance de coordination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Faiblesse des mécanismes de coordination du secteur avec les partenaires ;
- Duplication des centres de prise de décision entre l'Union et les Iles ;
- Organes de gestion des CSD et PS peu fonctionnels ;
- Insuffisance dans la collaboration intersectorielle
- Insuffisance de management et de gouvernance des services hospitaliers.

2.3.2. Offre des soins et de services de santé et de nutrition de qualité

La finalité de l'organisation et la gestion des services de santé est de produire des soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation de qualité, conformément aux attentes et objectifs de la politique de santé. A ce titre, des prestations de qualité, demeurent une fonction principale qui traduit la performance du système de santé. Elles assurent également sa crédibilité auprès des utilisateurs.

Parmi les problèmes liés à la production de soins, les plus importants sont :

- Faible qualité des services offerts ;
- Insuffisance d'organisation des soins, circuit du patient non défini et non archivage des dossiers ;
- Manque de tarifs harmonisés des soins dans les structures publiques et dans les structures privées ;
- Manque de spécialistes dans certains domaines (Ex. Cancérologie, Anesthésie-Réanimation, Endocrinologie, etc.) ;
- Manque de banque de sang ;
- Services promotionnels et préventifs peu développés au niveau communautaire ;
- Manque d'un Document de stratégie nationale de référence et de contre référence.

2.3.3. Ressources Humaines pour la Santé (RHS) :

La situation des ressources humaines se caractérise essentiellement par la disproportion entre la disponibilité et les besoins actuels. Il est observé que le positionnement des agents est

inadéquat entre le profil de poste et l'affectation. Le déficit dans la gestion aura pour conséquence un ralentissement dans la mise en œuvre des normes d'activités.

Les principaux problèmes identifiés sont :

- Absence d'outils de gestion des ressources humaines ;
- Manque de fiches de description de poste ;
- Absence de plan de carrière ;
- Absence de mécanismes d'évaluation et de notation du personnel en santé ;
- Absence de système de motivation et de rétention du personnel ;
- Concentration du personnel dans les zones urbaines ;
- Inadéquation entre le recrutement, l'affectation du personnel et les normes du cadre organique ;
- Faible partenariat avec le personnel du secteur privé ;
- Insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé.

2.3.4. Infrastructures, Équipements et Produits de santé

Cet aspect se rapporte à la fiabilité au système d'approvisionnement en produits de santé, à la couverture en infrastructures et équipements adéquats, à la coordination de leurs implantations. Il s'intéressera aussi à l'élimination des déchets hospitaliers

Les principaux problèmes sont ainsi :

- Insuffisance de coordination dans le développement des infrastructures ;
- Insuffisance et vétusté des équipements et matériels ;
- Ruptures de stocks en médicaments et vaccins ;
- Insuffisance dans la chaîne de froid ;
- Initiatives communautaires incontrôlées ;
- Infrastructures non conformes aux normes de sécurité du personnel et des usagers ;
- Insuffisance de la logistique et manque d'uniformisation du parc ;
- Absence d'un système fonctionnel de maintenance biomédicale ;
- Absence de politique de gestion des déchets biomédicaux ;
- Manque de ressources humaines formées en logistique et système d'approvisionnement.

2.3.5. Financement de la santé :

Globalement les problèmes de ce domaine sont liés à l'insuffisance de financement par rapport aux besoins, à sa répartition, au manque de diversification des sources et à l'insuffisance des capacités gestionnaires.

Les principaux problèmes identifiés sont :

- Insuffisance des subventions pour le fonctionnement des structures de santé ;
- Absence de budget d'investissement sur ressources internes pour les structures de santé ;
- 49,80% du financement est assuré par le paiement direct des ménages ;

- Manque de procédures unifiées de gestion et d'audit du secteur de la santé conformes aux normes internationales/des Finances publiques ;
- Insuffisance de mécanisme pérenne et de mode de financements alternatifs innovants ;
- Absence de Cadre de Dépense Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT).

2.3.6. Système d'Information Sanitaire :

Les déficits dans ce domaine se situent essentiellement dans les ressources, la gestion et l'utilisation des données, notamment pour soutenir la prise de décision. Seront aussi évoquées les manques ou insuffisances dans le suivi-évaluation.

Les principaux problèmes sont :

- Insuffisance des ressources humaines et matérielles à tous les niveaux
- Les informations collectées au niveau district ne sont ni organisées, ni analysées localement ;
- Le niveau intermédiaire compile périodiquement les informations sanitaires sans aucune analyse, ni rétro-information au niveau périphérique ;
- L'utilisation de l'information se fait essentiellement au niveau central et très peu au niveau périphérique ;
- Les normes de supervision des agents et de monitoring des activités ne sont pas respectées dans certains programmes.
- L'Inexistence d'un outil standardisé (Guide de supervision, liste de contrôle, fiche de supervision et modèle de rapport de supervision) ;
- Faible financement du SIS

2.3.7. Recherche et gestion des connaissances

La recherche pour la santé n'est pas systématiquement «institutionnalisée». A la demande du Ministère de la santé, en collaboration avec les partenaires, des recherches opérationnelles au niveau des Programmes prioritaires de santé sont menées de façon périodique. Il n'existe ni Politique ou directives nationales sur la recherche en santé et peu de personnes au niveau national ont reçu des formations dans ce domaine.

III. PRINCIPES ET VALEURS

Pour l'élaboration, la planification des interventions et la mise en œuvre des politiques nationales de la santé, les valeurs et les principes directeurs ci-dessous sont essentiels :

3.1. Principes

- La stabilité politique et institutionnelle ;
- L'accès à une justice équitable ;
- Le leadership et la bonne gouvernance ;
- La participation individuelle et collective
- La programmation axée sur les résultats et la redevabilité ;
- Le financement adéquat, équitable et soutenu du système de santé ;
- La coordination et la collaboration intersectorielle, la décentralisation et la pérennité

3.2. Valeurs :

- Le respect des droits de l'homme et des us et coutumes ;
- La promotion et l'Egalité du Genre ;
- L'éthique dans le domaine de la santé ;
- L'équité et l'égalité à l'accès et à l'utilisation des services de santé ;
- La cohésion sociale
- La solidarité communautaire et nationale.

IV. VISION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

4.1. Vision

«L'Union des Comores dispose d'un système de santé performant qui permet à toute la population, en particulier les plus vulnérables et les démunis, d'accéder à des soins de santé de qualité, avec l'implication effective de tous les acteurs et parties prenantes publics et privés, dans un esprit de solidarité, d'égalité, d'équité et de justice sociale».

4.2. Orientations stratégiques

Au plan de sa structuration, le PNDS est organisé autour des huit orientations stratégiques de la PNS qui sont :

- Élargissement et renforcement de l'accessibilité aux services de santé et de nutrition de qualité ;
- Renforcement du système de prévention et de promotion de la santé ;
- Développement du leadership et de la gouvernance ;
- Développement des ressources humaines pour la santé ;
- Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé ;
- Accroissement du financement de la santé ;
- Développement du système d'information sanitaire ;
- Promotion de la recherche et de la gestion des connaissances.

V. OBECTIFS, AXES D'INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES

Objectif Général : Améliorer l'état de santé de la population comorienne à travers un système de santé performant et équitable.

Objectifs stratégiques :

- Assurer un accès universel à des services et soins de santé complets, promotionnels, préventifs et curatifs ;
- Renforcer la gouvernance, le leadership et le partenariat ;
- Améliorer la gestion des ressources du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs stratégiques liés à la SCA2D 2015-2019, des objectifs spécifiques, des axes d'interventions et des actions prioritaires sont déclinés dans les tableaux ci-après :

Objectif stratégique 1 : Assurer un accès universel à des services et soins de santé complets, promotionnels, préventifs et curatifs

Orientation stratégique 1-1 : Élargissement et renforcement de l'accessibilité aux services de santé et de nutrition complets et de qualité

Dans ce cadre seront élaborés ou complétés les paquets d'activités de toutes les structures sanitaires permettant de prendre en compte l'ensemble des besoins sanitaires des populations. L'accent sera mis sur les quatre principaux critères pouvant nous conduire vers la couverture sanitaire universelle : accessibilité, disponibilité, acceptabilité et qualité. L'attention sera également focalisée sur les cibles vulnérables constituées par les femmes en grossesse, les mères, les nouveaux nés, les enfants et les personnes démunies. L'utilisation combinée des diverses stratégies (fixe, mobile, avancée) et l'approche communautaire visera à augmenter l'accessibilité.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
<p>1-1 Augmenter au moins à 75% l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables</p>	<p>Amélioration de l'offre des services, des soins de santé et de nutrition de qualité</p>	<p>Fournir un PMA et PCA selon les structures et les normes y compris les supports au diagnostic (laboratoire, radiologie, échographie, ...)</p>
		<p>Promouvoir la culture du bon accueil, d'enregistrement (dossier médical) et de Counseling dans les services de santé</p>
		<p>Promouvoir la fourniture de soins intégrés y compris la prise en charge de la malnutrition et des maladies liées aux carences en micronutriments chez les enfants, les femmes enceintes et allaitantes</p>
		<p>Généraliser l'utilisation des ordigrammes et des guides thérapeutiques dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins</p>
		<p>Rendre effectives les stratégies intégrées avancées et mobiles en matière de vaccination, nutrition et planning familiale</p>
		<p>Mettre en place un système fonctionnel de référence et de contre référence</p>
		<p>Développer les programmes de «Santé des jeunes et des adolescents», et « Santé des personnes âgées »</p>
		<p>Promouvoir et développer des interventions en faveur d'une alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)</p>
		<p>Développer l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONUB et SONUC)</p>
		<p>Elaborer et mettre en œuvre le plan d'action du nouveau-né</p> <p>Intégrer la planification familiale dans les services de santé maternels et des adolescents</p>

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
1-1 Augmenter au moins à 75% l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables (Suite)	Amélioration de l'offre des services, des soins de santé et de nutrition de qualité (Suite)	Assurer la sécurisation des produits SR et des vaccins
		Renforcer les Capacités techniques du Programme élargi de vaccination (PEV)
		Appuyer l'introduction des nouveaux vaccins de 2015 à 2017
		Contribuer à la Gestion Efficace des Vaccins, GEV
		Assurer l'approvisionnement régulier des antigènes à tous les niveaux
		Généraliser les audits des décès maternels et néo natales dans les formations sanitaires et au niveau communautaire
		Développer la mobilisation sociale et la communication pour un changement de comportement dans les domaines de la santé maternelle et infantile, le PF et la lutte contre les IST/VIH/SIDA
	Mise en place des systèmes de prise en charge des plus démunis	Constituer des fonds de solidarité dans chaque formation sanitaire ou des Communes (financement de la santé).
		Contribuer à l'élaboration des textes réglementaires favorisant l'accès des indigents et des vulnérables aux soins.
		Appuyer un processus d'identification des démunis et des vulnérables Assurer le subventionnement ou la gratuité des soins pour les enfants de 0-5ans, la CPN, l'accouchement, la césarienne, la planification familiale, la consultation post-natale, et le dépistage des cancers génitaux de la femme
	Renforcement de la santé communautaire	Mettre en œuvre la stratégie nationale de la santé communautaire récemment adoptée en 2014
		Appuyer à la mobilisation des ressources en faveur de la santé communautaire
		Renforcer le plaidoyer auprès des décideurs et des leaders pour les initiatives de santé communautaire

Orientation stratégique 1-2 : Renforcement des interventions de prévention et de promotion de la santé

La prévention et la promotion de la sante sont les maillons faibles du système de santé. Il y a lieu de renforcer les interventions en s'appuyant sur toute les composantes du système de santé ; sur le dispositif communautaire et intersectoriel.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Assurer une surveillance épidémiologique intégrée des maladies	Renforcement du système de surveillance et la recherche active	Renforcer la surveillance épidémiologique des Maladies non transmissibles en les intégrant au système national de surveillance épidémiologique
		Renforcer le dispositif spécial de détection précoce et la réponse contre les maladies à potentiel épidémique y compris celles émergentes (fièvres hémorragiques, arboviroses...)
	Renforcement des interventions de promotion et de protection de la santé intégrant la prévention sanitaire en milieu scolaire, secondaire, universitaire et du travail	Elaborer une stratégie de promotion de la santé en milieu scolaire
		Mobiliser des ressources en faveur de la mise en œuvre des interventions promotionnelles en milieu scolaire
		Mettre en œuvre les interventions relatives à la promotion des pratiques essentielles familiales
Elaborer et mettre en œuvre une politique de santé en milieu professionnel		
Réduire les taux d'incidence des maladies hydrique et alimentaire	Renforcement des mécanismes de contrôle, de réglementation pour l'hygiène et assainissement	Restaurer les activités de contrôle et de surveillance en matière d'hygiène de l'eau, des denrées alimentaires, des entreprises et de l'industrie.
		Elaborer et mettre en œuvre les documents de la Politique nationale d'hygiène et d'assainissement.
	Amélioration la qualité des services en hygiène et assainissement	Renforcer les services d'hygiène et assainissement en ressources humaines, matérielles ; la capacité technique et managériale des structures.
		Elaborer une stratégie de gestion et traitement des déchets biomédicaux
Assurer la prévention, la prise en charge et la promotion des mesures contre les maladies MNT et les facteurs de risque.	Développement des programmes de communication et de sensibilisation pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre les facteurs de risques et les maladies	Mettre en œuvre le document de stratégie nationale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles
		Organiser des activités élargies de sensibilisation de la population sur les principaux facteurs de risque
		Intégrer des programmes de prévention et de lutte contre les maladies chroniques dans les PMA
		Promouvoir la recherche dans le cadre de la lutte contre les MNT
		Elaborer le Plan national de promotion de la santé
		Développer un partenariat avec les autres secteurs en matière de promotion de la santé.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Assurer la prévention, la prise en charge et la promotion des mesures contre les maladies MNT et les facteurs de risque (Suite)	Renforcement des capacités techniques pour la prise en charge des MNT notamment les cancers du foie et génitaux chez la femme.	Elaborer et mettre en œuvre le plan d'action prioritaire de la stratégie de MNT à tous les niveaux
		Organiser des campagnes de dépistage des MNT
		Renforcer les compétences du personnel de santé en matière de lutte contre les MNT
		Institutionnaliser de contrats de performance par niveau en liaison avec la prise en charge des principales maladies non transmissibles (cardiopathies, diabète, cancer)
Redynamiser la coordination, l'échange et la mobilisation des ressources additionnelles en faveur des MNT.	Développement du partenariat et des mécanismes de financement innovant	Mobiliser des ressources additionnelles et pérennes en faveur des Maladies non transmissibles
		Renforcer la coordination des partenaires et la collaboration intersectorielle des acteurs en faveur des Maladies non transmissible
		Promouvoir le partenariat national et international pour prévenir et combattre les Maladies non transmissibles
Préparer le secteur de la santé à la fourniture de prestations sanitaires dans la riposte des urgences et catastrophes	Mise à la disposition des structures en charge de la gestion des urgences et catastrophes des équipements et intrants	Evaluer les structures de prises en charge conformément aux dispositions du GRC (Gestion Risque et Catastrophe) au moins une dans chaque Ile.
		Renforcer les capacités techniques des équipes chargées de la gestion des urgences et de catastrophes (personnel de santé, société civile, communauté.....) et notamment des spécialistes en GRC (niveau maîtrise)
		Renforcer la capacité de la coordination des parties prenantes impliquées dans la GRC
		Réactualiser annuellement le plan de contingence du secteur de la santé
		Renforcer la communication et le partage d'expérience en direction des communautés, des médias, des partenaires nationaux et internationaux
		Elaborer et mettre en œuvre un plan de préparation aux situations d'urgence et de catastrophes
		Prédispositionner tous les intrants en GRC

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
<p>Réduire l'incidence du paludisme à moins de 1/1000 habitants afin de progresser vers son élimination.</p>	<p>Renforcement des capacités institutionnelles, techniques et managériales du PNLN en vue de la pré-élimination d'ici 2016</p>	<p>Renforcer les capacités techniques de la structure de coordination du PNLN et de ses antennes insulaires ; Renforcer le partenariat technique et financier pour la mise en œuvre de la politique nationale des stratégies d'élimination de la maladie ; Mettre en place d'un Comité Indépendant pour l'Élimination du Paludisme (CIEP) Organiser des Revues annuelles d'évaluation et planification des activités et des revues programmes ;</p>
	<p>Détection précoce des cas de paludisme et traiter selon le protocole</p>	<p>Mettre à jour la politique, le guide et les algorithmes de prise en charge du paludisme ; Développer les mécanismes de détection du paludisme au niveau communautaire Renforcer le système d'assurance qualité du diagnostic biologique du paludisme et des médicaments antipaludiques ; Renforcer le système national de pharmacovigilance ; Assurer le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes ;</p>
	<p>Protection de la population à risque à 100%</p>	<p>Mettre en place un système de lutte intégrée contre les Vecteurs du Paludisme Prophylaxie des voyageurs dans les zones de contrôle. Mettre en place une base de données appropriée au processus d'élimination du paludisme ;</p>
	<p>Renforcement de la surveillance épidémiologique, entomologique, le suivi et évaluation</p>	<p>Renforcer le système de prévention, de détection précoce et de riposte aux épidémies à tous les niveaux (central, régional et périphérique y compris communautaire) ; Mettre en place un système de recherche active et d'investigation des cas de Paludisme et systématiser la déclaration obligatoire ; Mener des Enquêtes et projets de recherche opérationnelle.</p>
	<p>Renforcement des connaissances, attitudes et pratiques de la population sur la prévention, contrôle et l'élimination du paludisme</p>	<p>Assurer une Communication adaptée au processus d'élimination ; Promouvoir l'IEC et la mobilisation sociale ; Organiser les activités IEC/CCC en faveur de la promotion des pratiques essentielles ; familiales (utilisation des MILD, CPN, accouchement, vaccination.</p>

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES	
Maintenir la prévalence du VIH à moins de 0,5%	Prévention du VIH et la prise en charge des PVVIH y compris la transmission du VIH de la mère à l'enfant.	Assurer le dépistage et la prise en charge médicale des cas ; Assurer la prise en charge nutritionnelle et sociale ; Organiser les activités de Communication pour le Changement de Comportement ; Promouvoir l'intégration des interventions à base communautaire ;	
	Renforcement de la surveillance épidémiologique, la gestion et le suivi des interventions.	Assurer l'approvisionnement des produits de santé ; Organiser la surveillance épidémiologique ; Renforcer les capacités des communautés et de la société civile ; Renforcer les capacités techniques et matérielles du Programme	
	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières additionnelles.	Assurer le fonctionnement des Comités de lutte contre le VIH/SIDA ; Organiser des tables rondes d'appel et mobilisation des fonds ;	
	Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose.	Maintien et Poursuite de l'extension d'une stratégie DOTS de qualité (selon les 5 éléments de base du DOTS)	Dépister les cas par un examen bactériologique de qualité avérée
			Procéder au Traitement standardisé, décentralisé et supervisé, avec une responsabilisation accrue des patients et de la communauté afin d'arriver à un traitement de qualité et sans interruption
			Assurer un système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments, produits et matériels de laboratoire
			Maintenir un système de collecte de données à tous les niveaux dans le cadre du suivi et évaluation
			Développer les mécanismes spécifiques et d'outils de gestion adaptés
			Renforcer la Collaboration dans le domaine de la lutte contre la coïnfection TB/VIH
Intégrer la prise en charge des patients co-infectés			
Assurer la surveillance de la résistance et la gestion des patients TB multi résistants comme des composantes de bases de la lutte contre la tuberculose			
Améliorer les compétences du laboratoire pour le diagnostic de la Tuberculose en introduisant des nouvelles méthodes.			
Prendre des mesures en faveur des prisonniers, d'autres groupes à risque et des situations particulières (les hommes en tenu, PVVIH....)			

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose.	Contribution au renforcement du système de santé	Partager les nouvelles approches permettant de renforcer les systèmes, y compris de l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR) ;
		Renforcer les compétences des ressources humaines par la formation et supervision, en diagnostic clinique, de laboratoire, radiologique, gestion des médicaments et petits matériels.
		Améliorer la prestation de services et du système d'information par la standardisation de la prise en charge des affections respiratoires à tous les niveaux
	Implication de tous les prestataires	Développer le partenariat public-privé, santé militaire médecine pénitencière.
		Respecter et Faire connaître les normes nationales et internationales pour la prise en charge de la tuberculose à tout le personnel de santé.
	Renforcement de capacités d'action des personnes atteintes de tuberculose et des communautés	Mettre en œuvre de la Charte des patients pour les soins antituberculeux
		Promouvoir la communication et de la mobilisation sociale
		Développer les actions de lutte contre la stigmatisation et l'implication de la communauté dans toutes les composantes du PNLT.
	Favoriser et promouvoir la recherche et le Renforcer les capacités institutionnelles	Assurer la Recherche opérationnelle centrée sur les programmes de lutte contre la tuberculose
		Elaborer mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités institutionnelles
Systématiser la protection du Personnel de santé, recrutement, bilan périodique, en particulier pour les personnels exposés, services tuberculose, laboratoire		
Renforcer le contrôle de l'infection.	Mettre en norme les laboratoires de diagnostics de la tuberculose selon le protocole de l'OMS	
Réduire la morbidité et la mortalité liées à la Lèpre	Renforcement du dépistage des cas de lèpre et de complications	Renforcer les activités décentralisées de dépistage de la lèpre.
		Continuer à former et recycler tout le personnel de santé sur le dépistage.
		Intégrer le dépistage dans la politique de santé communautaire ;
		Assurer la disponibilité des médicaments PCT de la lèpre et les médicaments de lutte contre les réactions lépreuses
	Prise en charge adéquat des cas de lèpre	Assurer la prise en charge adéquate de tous les patients
		Continuer et renforcer la décentralisation du traitement de la lèpre jusqu'au niveau communautaire
		Assurer une prise en charge adéquate des réactions lépreuses et des infirmités

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Réduire la morbidité et la mortalité liées à la Lèpre	Prise en charge adéquat des cas de lèpre	Renforcer les activités de kinésithérapie de la lèpre dans les services appropriés
		Continuer à former des kinésithérapeutes liés à la lèpre
		Assurer une chirurgie réparatrice pour les patients ayant besoin
		Développer des activités pouvant aider à réduire l'incidence de cette maladie
		Assurer un dépistage précoce des réactions lépreuses
	Prévention de l'infirmité liée à la lèpre	Former tous les malades lépreux sur les signes précoces des réactions lépreuses et de la conduite à tenir
	Prophylaxie de la lèpre	Mobiliser les ressources nécessaires pour les activités de lutte contre l
Traitement préventif des personnes contact des MB		
Insertion sociale des lépreux	Identifier des personnes indigentes parmi les malades et les doter des moyens générateurs des revenus	
Eliminer la filariose lymphatique	Renforcement la sensibilisation de la population sur la filariose lymphatique	Organiser une enquête de prévalence sur la filariose
		Mener la cinquième Campagne de traitement de masse
		Assurer la surveillance épidémiologique
		Plaider pour la mobilisation des ressources
Eradiquer la poliomyélite	Préparer la certification de l'éradication de la poliomyélite	Améliorer la couverture vaccinale anti polio
		Maintenir la vigilance dans la surveillance des cas de PFA

Objectif stratégique 2 : Renforcer la Gouvernance, le leadership et le partenariat

Orientation stratégique 2-1 : Renforcement de la réglementation du secteur, de la coordination et le partenariat

Le secteur de la santé se caractérise par une multitude d'intervenants publics et privés, certains faisant partie du système, d'autres provenant de son environnement immédiat ou de départements collaborateurs. L'efficacité des interventions passera d'abord par la mise en place et l'application d'un cadre législatif et réglementaire rigoureux, prenant en compte les spécificités des uns et des autres, mais garantissant l'intérêt public et la sécurité des populations. L'exécution correcte des activités du PNDS nécessitera également la pleine implication de toutes les parties prenantes, à travers des mécanismes permettant des échanges réguliers. A cet effet, le Ministère de la santé prendra soin de renforcer au préalable ses propres capacités internes et le leadership, en se dotant de personnels spécialisés, formés et outillés.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
<p>Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la santé</p>	<p>Mise en application effective du cadre législatif et réglementaire du secteur de la santé</p>	<p>Actualiser les textes sur l'organisation et le fonctionnement du Ministère de la santé ;</p>
		<p>Elaborer la carte sanitaire ;</p>
		<p>Elaborer et diffuser les textes règlementaires et juridiques sur les normes et la classification des structures privées ;</p>
		<p>Elaborer et diffuser les textes règlementaires et juridiques fixant l'ouverture et le fonctionnement des structures médico-sanitaires privées ;</p>
		<p>Elaborer et diffuser les textes de tarification des actes professionnels ;</p>
		<p>Elaborer les textes règlementaires fixant les conditions d'ouverture et de fonctionnement des Etablissements privés de formation des métiers de la santé.</p>
		<p>Redynamiser les organes de gestion des structures sanitaires ;</p>
	<p>Renforcement des contrôles et de la vérification pour la mise en application effective du Code la santé</p>	<p>Assurer le renforcement de capacité des agents de l'Inspection à tous les niveaux;</p>
		<p>Recruter et affecter le personnel requis ;</p>
		<p>Doter des moyens adéquats aux services de l'Inspection Générale et régionales.</p>
<p>Assurer une coordination et une gestion effective et efficace des interventions de toutes les parties prenantes.</p>	<p>Renforcement du dialogue politique avec toutes les parties prenantes pour la mise en œuvre du PNDS ;</p>	<p>Organiser des séances de vulgarisation et de plaidoyer des documents clés du secteur aux autorités nationales, régionales (PNS, PNDS, Code de la santé...) ;</p>
		<p>Organiser les réunions périodiques d'information et d'échanges sur la mise en œuvre du PNDS entre le Ministère, les partenaires, les Organisations professionnelles et Organisations non gouvernementales ;</p>
		<p>Organiser des tables rondes de mobilisation des ressources.</p>

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Assurer une coordination et une gestion effective et efficace des interventions de toutes les parties prenantes. (Suite)	Renforcement de la coordination et l'harmonisation des différentes interventions de sante	Tenir des réunions périodiques des parties prenantes pour la mise en œuvre des programmes
		Organiser les revues des programmes et des Plans.
	Développement de capacités en gestion administrative, planification et suivi et évaluation	Renforcer les capacités des cadres du Ministère (Gestion et management des services, Planification, suivi et évaluation, etc. ...).
		Elaborer un manuel unifié de procédures

Objectif stratégique 3 : Améliorer la gestion des ressources du système de santé

Orientation stratégique 3-1 : Développement des ressources humaines pour la santé

Les ressources humaines en santé forment le noyau de chaque système de santé, elles sont indispensables pour l'offre de soins. Elles peuvent représenter plus de 60% des dépenses de fonctionnement. La réalisation des prestations de soins de qualité nécessite la présence de ressources humaines en santé suffisante en quantité et en qualité. Cela implique une bonne connaissance des besoins du système de santé en matière de ressources humaines pour la santé en fonction du profil épidémiologique.

L'évolution du profil épidémiologique et la relance des soins de santé primaires nécessitent une adaptation de la formation des personnels de santé aux besoins réels des populations. La révision des curricula de formation des personnels de santé est une exigence pour renforcer les compétences et améliorer la qualité des prestations. Cela implique une réforme de l'EMSP. La répartition équitable des personnels de santé dans toutes les régions sanitaires est un défi du système de santé. L'amélioration des conditions de travail du personnel (dotation en blouses et petits équipements) et de vie et donc de motivation pour faciliter leur fidélisation, leur déploiement à l'intérieur du pays et la qualité des soins.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
<p>Assurer le respect des normes en personnels dans 80% des services de santé</p>	<p>Rationalisation de la gestion des ressources humaines pour la santé</p>	<p>Elaborer et mettre en œuvre une politique et un plan de gestion des ressources humaines pour la santé</p>
		<p>Elaborer des plans spécifiques pour l'amélioration du système de gestion et d'administration des ressources humaines en santé (pour faciliter le recrutement, l'utilisation, l'affectation notamment à l'intérieur du pays) y compris au niveau communautaire ; de carrière des ressources humaines pour la santé</p>
		<p>Elaborer et mettre en œuvre des outils de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de ces plans ;</p>
		<p>Rendre fonctionnel l'observatoire des ressources humaines pour la santé</p>
		<p>Renforcer la coordination et les capacités opérationnelles de gestion des ressources humaines à tous les niveaux</p>
<p>Améliorer la qualité, la productivité et la motivation des ressources humaines pour la santé</p>	<p>Production de ressources humaines de qualité pour la santé</p>	<p>Redéfinir les profils des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé</p>
		<p>Redéfinir les curricula de formation des professions de santé à l'Ecole de Médecine et de santé publique (EMSP) aux besoins du système de santé ;</p>
		<p>Elaborer une stratégie nationale de formation avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux du système de santé</p>
		<p>Renforcer les capacités institutionnelles des institutions de formation</p>
		<p>Renforcer la coordination entre le ministère de la santé et les institutions de formation du personnel de santé</p>
		<p>Mettre en œuvre un système de supervision formative adaptée</p>
		<p>Promouvoir de meilleures conditions de travail pour le personnel</p>
		<p>Mettre en place une politique de motivation des ressources humaines en fonction des responsabilités et des niveaux hiérarchiques et institutionnels</p>

Orientation stratégique 3-2 : Développement des infrastructures, des équipements et disponibilité des produits de santé

Les infrastructures, les équipements et la disponibilité des produits de santé (Médicaments, produits et consommables médicaux y compris les vaccins), constituent les supports indispensables pour la mise en œuvre réussie des documents de politiques et stratégies en Union des Comores, d'ici 2024. Les axes d'intervention retenues seront basés sur : (i) la réhabilitation et la mise à niveau des infrastructures existantes ou la construction en cas de besoin conformément des normes. Les actions prioritaires à définir doivent tenir compte de la poursuite du développement des pôles au niveau national et la transformation de certaines formations sanitaires pour lutter contre l'inaccessibilité géographique aux soins ; (ii) le renforcement des équipements à tous les niveaux de la pyramide de sanitaire. Ces investissements doivent s'accompagner d'une politique de formation à l'utilisation de ces équipements mais surtout de maintenance biomédicale de ces derniers et (iii) la disponibilité, de l'accessibilité et l'utilisation rationnelle des produits de santé de qualité (médicaments, vaccins et autres intrants thérapeutiques). Ces aspects doivent être soutenus par le développement d'un système d'assurance qualité des produits de santé (médicaments et autres intrants médicaux y compris les vaccins).

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
<p>Augmenter la couverture en infrastructures sanitaires répondant aux normes à 85%</p>	<p>Renforcement des infrastructures conformément aux normes</p>	<p>Développer un environnement juridique en matière des infrastructures sanitaires par niveau de la pyramide sanitaire</p>
		<p>Réhabiliter et déplacer des infrastructures sanitaires (Postes Akibani, Vassy, Jimlimé, Idjikounzi, Itsamia, CSD de Miringoni et CSD de Fomboni,) conformément à la carte sanitaire et aux normes techniques de santé</p>
		<p>Construire des nouvelles infrastructures administratives répondant aux missions et attributions</p>
		<p>Réhabiliter et remettre à niveau au moins 85% des hôpitaux sous tutelle de l'Union et des îles autonomes conformément aux normes de l'OMS</p>
		<p>Réhabiliter et remettre à niveau au moins 40% des CSD et des postes de santé conformément aux normes</p>
		<p>Mobiliser des ressources pour construire un Ministère de la Santé abritant l'ensemble de ses structures</p>

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
<p>Assurer le respect des normes en équipement dans au moins 85% des structures sanitaires</p>	<p>Renforcement des équipements et l'introduction d'un système de maintenance approprié conformément aux norme</p>	Elaborer et mettre en œuvre la politique nationale d'infrastructure et d'équipement
		Réviser les normes en équipements des structures administratives et de soins
		Elaborer et mettre en œuvre la politique de maintenance
		Développer les innovations technologiques dans les structures de santé
		(Télémédecine, radiologie numérique, etc.)
		Renforcer les capacités des structures en maintenance biomédicale à travers une Agence nationale des technologies hospitalières
		Assurer la maintenance des équipements d'une manière efficace et pérenne
<p>Rendre disponibles et accessibles les produits de santé de qualité dans 90 % des structures sanitaires à tous les niveaux</p>	<p>Disponibilité, de accessibilité et l'utilisation rationnelle des produits de santé de qualité</p>	Développer un environnement favorable au renforcement des laboratoires et pharmacies
		Elaborer et mettre en œuvre la politique nationale de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle
		Renforcer le système d'Information de la Gestion de la Logistique (SIGL) et des produits de santé (approvisionnement, distribution, régulation, renforcement des capacités...)
		Promouvoir un système de pharmacovigilance et de l'usage rationnel des produits de santé
		Mettre en œuvre le plan stratégique de renforcement de la sécurité transfusionnelle sur l'ensemble du territoire

Orientation stratégique 3-3 : Accroissement de financement du secteur de la santé

Le financement de santé sera assuré par trois principales sources : (i) le financement de l'Etat, principal bailleur du secteur avec plus de 15% du budget alloué par rapport au budget global de l'Etat et environ 70% de l'ensemble de dépenses total de santé, (ii) le développement de mécanismes de partage de risque (mutuelles, assurance maladie, gratuité obstétricale) et de système de solidarité (fonds d'indigence ou de solidarité). L'objectif recherché étant une réduction substantielle des dépenses catastrophiques de santé des ménages dans ce cadre et (iii) les financements extérieurs viendront en complément à ces différents types de financements (avec 15 à 20% de l'ensemble des dépenses totales de santé).

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Mobiliser au moins 95% des ressources financières pour une mise en œuvre efficace et efficiente des interventions en santé	Mobilisation des ressources financières en faveur de la santé	Améliorer le système de recouvrement des recettes propres à tous les niveaux
		Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de financement de la santé
		Elaborer en relation avec le Ministère des Finances un Cadre de Dépense à Moyen Terme du secteur santé
		Renforcer la mobilisation des ressources extérieures
Assurer au moins 95% des formations sanitaires d'une gestion efficace et efficiente	Renforcement du système Gestion efficiente des ressources financières allouées à la santé	Mettre en place un dispositif de suivi des ressources financières mobilisées par l'Etat en faveur de la santé ;
		Poursuivre les audits internes et externes de fonds alloués à la santé par les parties prenantes du secteur de la santé ;
		Elaborer un manuel de procédures national de gestion administrative et financière pour le secteur de la santé ; GOUVERNANCE !!!!
Assurer l'accessibilité financière des populations aux soins essentiels de santé	Développement des différents types de tiers payant	Renforcer les capacités de gestion financière (budgétisation, planification, comptabilité, audit et suivi-évaluation) des formations sanitaires à tous les niveaux
		Instituer une Assurance maladie obligatoire pour le secteur formel (les fonctionnaires, les employés des grandes entreprises nationales et le secteur privé formel)
		Promouvoir de paquets de services prioritaires délivrés gratuitement de la population

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Assurer l'accessibilité financière des populations aux soins essentiels de santé (Suite)	Développement des différents types de tiers payant (Suite)	Mettre en place un dispositif de paquets de soins subventionnés pour des groupes de population ciblés par l'intermédiaire d'un Fonds d'équité ;
		Généraliser et élargir la gamme de prestations couvertes par l'approche de financement basé par la performance

Orientation stratégique 3.4 : Système d'Information Sanitaire

Le SIS constitue un élément fondamental pour la prise de décision rationnelle et la planification des interventions. Suite à l'évaluation du système avec l'appui du Réseau de Métrologie Sanitaire(RMS) en 2007, un Plan National de Développement du Système d'Information Sanitaire 2010-2014 a été élaboré. Aussi, un cadre institutionnel est mis en place avec la définition et l'harmonisation des indicateurs nationaux. Les difficultés auxquelles le système est confronté se résume ainsi : (i) insuffisance des agents formés en statistiques aux différents niveaux, (ii) insuffisance des moyens adéquats, (iii) faible utilisation des Nouvelles Technologie de l'Information et de la Communication.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Assurer la disponibilité et l'utilisation des données fiables suivant la CIM et le GPS	Renforcement des capacités matérielles et techniques des services chargés de l'information et des Statistiques	Renforcer les capacités institutionnelles de la Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires (locaux, équipements, ressources humaines...)
		Organiser le système de stockage des informations sanitaires.
	Développement de partenariat avec les parties prenantes en matière d'information et des statistiques au niveau national et régional.	Mettre en place une plateforme d'échanges et de partage sur l'information sanitaire ;
		Promouvoir l'utilisation des données pour la planification et la prise de décisions.
Développement de l'utilisation des NTIC		Généraliser l'informatisation des services sanitaires en GESIS
		Assurer l'exploitation des nouvelles technologies de l'information et de la communication et autre technologie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Renforcer l'intégration et la performance de du SIS	Mise en place des cadres organiques du système d'information sanitaire ;	Définir et harmoniser les cadres organiques des sous-systèmes du SIS (régions et structures sanitaires)
	Définition d'un cadre juridique permettant d'exiger des sous systèmes et du secteur privé leur collaboration	Définir le cadre juridique du SIS, incluant le secteur privé en matière de collaboration ; Elaborer les textes juridiques et réglementaires régissant le SIS conformément au Code de la santé publique ; Renforcer la collaboration inter et intra sectorielle y compris l'Etat civil.
	Renforcement du dispositif intégré de suivi et d'évaluation ;	Organiser les forums sur le SIS avec les parties prenantes ;
		Assurer la production et la diffusion des données statistiques sanitaires ;
		Procéder aux évaluations de la performance du SIS.

Orientation stratégique 3.5 : Promotion de la Recherche en santé et de la gestion des connaissances

La Recherche en santé est encore à l'état embryonnaire en Union des Comores. En dehors des appuis techniques et financiers pour la réalisation des études et enquêtes, le Secteur de la santé ne dispose pas d'institutions appropriées ainsi que le personnel requis pour favoriser le développement de la Recherche. La création du Comité National de Recherche en 2008 aurait pu être une occasion pour lancer l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies de recherche, mais rien n'a été initié. En premier lieu, il serait pertinent que le secteur s'oriente sur la recherche opérationnelle en se basant sur les données factuelles socioculturelles et épidémiologiques.

OBJECTIFS SPECIFIQUES	AXES D'INTERVENTION	ACTIONS PRIORITAIRES
Développer la recherche opérationnelle dans les domaines clinique, épidémiologique, organisationnelle et traditionnelle	Création d'un cadre institutionnel pour la promotion de la recherche.	Elaborer le profil pays recherche en santé et les priorités nationales de thèmes de recherche
		Elaborer une Politique et un plan directeur sur la recherche en santé ;
		Mettre en place et rendre fonctionnel le Comité technique coordination de la recherche en santé (CTRS) ;
		Rendre fonctionnel le Comité national d'éthique pour la science
		Créer un fonds d'appui pour la recherche en santé.
	Renforcement des capacités nationales en recherche sur la santé.	Former les cadres de la santé en méthodologie de la recherche ;
		Renforcer les capacités de recherche en santé de l'EMSP ;
		Introduction de la recherche opérationnelle dans le Curricula de l'EMSP ;
		Favoriser l'accès à l'information scientifique biomédicale.
	Développement de partenariat avec les institutions de recherche.	Développer un partenariat entre les Ministère de la santé et l'éducation nationale et l'INRAP en matière de recherche à travers respectivement le Laboratoire national de santé publique et l'UDC.

VI. CADRE DE MISE EN OEUVRE DU PNDS 2015-2019

La mise en œuvre du plan national de développement sanitaire 2015-2019 se concentrera sur les résultats des revues annuelles, des évaluations à mi-parcours et de fin de période. Des plans stratégiques des programmes et des projets pour l'appui du secteur de la santé seront développés pour améliorer l'efficacité de ce plan.

On distingue trois principales parties prenantes dans la mise en œuvre du PNDS :

- L'Etat et ses acteurs par niveau de la pyramide sanitaire y compris le secteur privé;
- Les partenaires au développement du secteur de la santé ;

6.1. Pilotage, coordination et suivi et évaluation

Le Ministère de la Santé assure le leadership en collaboration avec les Ministères partenaires (Finances, Economie, Education nationale, Agriculture, Eau, Intérieur, Environnement, Fonction publique, etc...), pour la mise en œuvre, la coordination, le suivi et l'évaluation du plan. Il mobilisera les ressources humaines, financières et matérielles pour la mise en œuvre de Plan et développera des stratégies de mobilisations de ressources en faveur du PNDS.

6.2. Processus de planification

La coordination des activités de planification sera assurée comme suit :

6.2.1. Cadre institutionnel

- **Au niveau national** par la Direction générale des études, de la planification et des statistiques sanitaires à travers la Direction de la planification, des études et de la recherche qui conduira techniquement le processus national. Ce travail se fera en étroite collaboration avec la Direction générale de la Santé et toutes les autres directions techniques du département chargé de la santé, les structures sanitaires privées et l'Inspection générale des services de santé. Les autres départements ministériels impliqués dans la mise en œuvre de ce plan intégreront leurs résultats dans les revues annuelles.

En outre, la Direction générale de la santé à travers la Direction des établissements de soins publics et privés s'assurera de l'élaboration des plans directeurs des Centres hospitaliers de référence, des plans d'action opérationnels, de la fonctionnalité des Conseils d'administration.

- **Au niveau régional** : Les Commissariats en charge de la santé des îles Autonomes sont le responsable direct de la mise en œuvre du plan au niveau régional à travers le plan régional de développement sanitaire. Cependant, les Directions régionales de la santé assurent la conception, la coordination, la supervision, le suivi et évaluation des interventions au niveau régional. L'état de mise en œuvre sera régulièrement fait lors des sessions des comités insulaires de pilotage qui valideront les rapports de synthèse et plans à soumettre respectivement au comité technique national de santé (CTNS) et au comité national de santé (CNS) ;

- **Au niveau périphérique :** Sous l'impulsion des Médecins chef, les équipes cadre des districts sont responsables de l'opérationnalisation des interventions et des plans annuels en collaboration avec les autorités communales et responsables communautaires à travers les comités de gestion et les conseils d'administration. Elles assureront également la coordination des activités, la supervision, la mobilisation des ressources additionnelles et le suivi des différents indicateurs.

6.2.2. Instances de coordination

Des instances de coordination vont appuyer l'Etat pour le pilotage de la mise en œuvre du PNDS. Les principales instances sont :

- **le Comité National de Santé (CNS) :** est chargé entre autres de: (i) adopter les politiques et stratégies du secteur, (ii) mobiliser les ressources techniques et financières auprès des parties prenantes du secteur, (iii) servir de cadre permanent de concertation sur la mise en œuvre du PNDS, (iv) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés dans la mise en œuvre de la PNS et (v) apprécier le degré des résultats atteints à travers les plans annuels et la revue à mi-parcours par du PNDS.
- **le Comité Technique National de Santé (CTNS) :** est chargé entre autres de : (i) valider les politiques et stratégies du secteur, (ii) coordonner la mise en œuvre et le suivi et évaluation du PNDS (voir système de suivi et évaluation) à travers des groupes thématiques.

Ces comités seront des cadres intégrateurs des structures gouvernementales, des organisations et associations de la société civile, des acteurs du secteur privé de la santé et des partenaires techniques et financiers, en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions liées à la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire 2015-2019.

6.3. Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS se fera dans le cadre du dispositif institutionnel de pilotage, de coordination, et de suivi - évaluation.

La première étape de l'opérationnalisation du PNDS consistera en l'élaboration des plans régionaux de développement sanitaire, d'un plan national intégré de suivi et évaluation, des plans d'action opérationnelle annuelle par chaque niveau de la pyramide sanitaire.

Après validation par les instances de coordination, les plans opérationnels seront soumis pour financement au Gouvernement, aux Exécutifs des Iles Autonomes et aux partenaires au développement.

Les directions régionales et centrales s'assureront de l'exécution et du financement des plans d'action opérationnels et leur suivi et évaluation.

6.4. Mobilisation des ressources

Le PNDS bénéficiera de financements du Gouvernement et de ses partenaires au développement sanitaire. Une table sera organisée pour la mobilisation des ressources. Chaque année les plans opérationnels seront soumis pour financement aux parties prenantes du secteur de la santé.

Le PNDS fera l'objet de diffusion et de promotion auprès de la Diaspora comorienne et à d'autres bailleurs potentiels dans le cadre des coopérations bilatérales.

VII. CONDITIONS DE SUCCES ET DE RISQUES

7.1. Conditions de succès

Les principales conditions de succès sont :

- l'engagement politique de haut niveau en faveur du PNDS, et en particulier en faveur des niveaux opérationnels à travers : (i) un leadership avéré, (ii) une mobilisation suffisante des ressources nécessaires, (iii) une régulation, une vérification et un contrôle efficace à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- l'engagement des partenaires techniques et financiers pour un réel accompagnement de cette stratégie ;
- la mobilisation, la préparation et l'encadrement des communes, de la société civile et des communautés pour leur implication active et leur appropriation dans la mise en œuvre du PNDS.

7.2. Conditions de risques

Les principales conditions de risques pour la mise en œuvre du PNDS sont :

- l'environnement socio-politique défavorable dû aux conflits de compétence entre les Exécutifs des îles et l'Union qui peut entraver la mise en œuvre du PNDS ;
- la dégradation des conditions environnementale et socio-économique de la population qui peut entraîner une insécurité alimentaire, l'émergence des épidémies et les catastrophes ;
- la non-maîtrise de la croissance démographique qui peut entraîner la paupérisation de la population notamment les femmes et le dysfonctionnement des services sociaux de base ;
- la non-implication effective, la démotivation du personnel de santé et la faible adhésion des organes de gestion et de régulation ;
- la persistance de la crise économique mondiale entraînant une diminution de l'aide au développement.
-

VIII. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Un plan national intégré de suivi et évaluation du PNDS, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PNDS, sera élaboré en début 2015. Ce plan devra être l'outil de travail qui déterminera le canevas à observer tout au long du processus de suivi et évaluation du PNDS. Les principales évaluations seront basées sur :

- **Revue annuelle :** Sur le plan organisationnel, des revues annuelles du PNDS seront organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elles se feront avec la pleine participation des partenaires techniques et financiers et de tous les acteurs du secteur, et d'autres revues pourraient être au besoin envisagées.
- **Revue à mi-parcours :** une évaluation à mi-parcours sera menée en 2017 par la Direction générale des études, de la planification et des statistiques à travers la Direction de la planification, des études et de la recherche pour mesurer les progrès réalisés et émettre des recommandations pour accélérer la mise en œuvre;
- **Revue finale :** une évaluation externe sera conduite par la Direction générale des études, de la planification et des statistiques à travers la Direction de la planification, des études et de la recherche en appui avec un expert international, pour mesurer les résultats d'impact, le niveau de réalisation du plan national de développement sanitaire 2015-2019.

Les indicateurs d'impacts et d'effets pour le suivi et évaluation sont présentés dans les tableaux ci-après :

Tableau 5: Suivi et évaluation du PNDS

Types d'évaluation, enquêtes et études	Fréquence de collecte					Structure de mise en œuvre
	2015	2016	2017	2018	2019	
Enquête Démographique et de Santé – Multiples Indicators Survey			X			INSEED
Evaluations du Plan national de développement sanitaire			X		X	DGEPSS
Recensement Général de la Population et de l'Habitat		X				INSEED
Malaria Indicators Survey						PNLP
Enquête CAP sur les paquets de services offerts		X				DGEPSS
Comptes nationaux de la santé	X		X		X	DGEPSS

Tableau 6: Objectifs et indicateurs d'impacts clés du PNDS 2015 –2019

Domaines d'interventions	Objectifs	Indicateurs d'impacts
Prestations des services et soins	Réduire les taux de morbidité et de mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles	Taux de prévalence du VIH/SIDA
		Taux de guérison de tuberculeux ;
		Taux de prévalence du paludisme
		Taux de prévalence du Diabète
		Taux de prévalence de HTA
	Réduire le ratio de mortalité maternelle	Taux de mortalité maternelle
	Réduire la mortalité néonatale	Taux de mortalité néonatale
	Réduire les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile	Taux de mortalité infantile
Taux de mortalité infanto-juvénile		
Taux de Malnutrition chronique chez des enfants les enfants de moins de 5 ans		

Tableau 7: Objectifs et indicateurs de résultats clés du PNDS 2015 –2019

Domaines d'interventions	Objectifs	Indicateurs de résultats
Gouvernance et leadership	Renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la santé	Nombre de textes règlementaires et juridiques du secteur santé publiés et appliqués
		Nombre de réunions de coordinations avec les partenaires.
		Disponibilité d'un Manuel unifié de procédures du Ministère.
	Assurer une coordination et une gestion effective et efficace des interventions de toutes les parties prenantes.	Nombre des Cadres du Niveau central formés en planification et management de service
		Nombre de revues conjointes organisées avec les partenaires.
		Pourcentage des organes de gestion fonctionnels
Partenariat	Institutionnaliser l'approche de contractualisation et le Partenariat Public Privé	Disponibilité des documents de référence sur la contractualisation des services et actes médicaux.
		Disponibilité des textes règlementaires et juridiques sur la Contractualisation
	Reconnaitre et veiller la pratique de la médecine traditionnelle	Disponibilité de document de référence sur la médecine traditionnelle.
	Augmenter l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables (proposition)	Taux d'utilisation des préservatifs chez les adolescents et jeunes
		Taux de dépistage des TPM+ ;
		Taux de dépistage du VIH/SIDA ;

Domaines d'interventions	Objectifs	Indicateurs de résultats
Prestations des services et soins	Réduire les taux de morbidité et de mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles	Taux de dépistage de la lèpre
		Taux de prévalence de la Lèpre pour 10 000 habitants
		Taux de prévalence des maladies cancéreuses
	Réduire la ration de mortalité maternelle	Taux de prévalence contraceptive
		Nombre des FE ayant effectué CPN3 et plus
	Réduire la mortalité néonatale	Taux d'allaitement maternel ;
		Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié ;
		Taux de césarienne ;
	Réduire le taux de mortalité infantile et infanto juvénile	Taux de couverture vaccinale en DTC-Hep3
		Taux de couverture de la rougeole ;
Assurer une surveillance épidémiologique intégrée des maladies à potentiel épidémique	Taux d'incidence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5ans ;	
	Taux des Infections Respiratoires Aigües chez les enfants de moins de 5 ans ;	
	Promptitude de déclaration des cas de maladies à potentiel épidémique	
Infrastructures, équipements, produits médicaux et vaccins	Augmenter la couverture en infrastructures sanitaires répondant aux normes à 85%	Accessibilité géographique aux structures sanitaires à moins de 5 km ;
		Taux de fréquentation des structures sanitaires ;
	Assurer le respect des normes en équipement dans au moins 85% des structures sanitaires;	Taux moyen d'occupation des lits ;
	Rendre disponibles et accessibles les produits de santé de qualité dans 90 % des structures sanitaires à tous les niveaux	Disponibilité des produits de santé à tous les niveaux
	Assurer le respect des normes en personnels dans 80% des services de santé	Ration des médecins pour 5 000 habitants ; Ration d'infirmiers /sage-femme pour 5 000 habitants ; Ration des médecins spécialistes pour 100 000 habitants ;
Ressources Humaines pour la Santé	Améliorer la qualité, la productivité et la motivation des ressources humaines pour la santé	Rémunération et revenus professionnels moyens des agents de santé ;
		Répartition des agents par secteur professionnel ;
		Répartition géographique
		Cumul d'emploi (proportion des RHS occupant un emploi sur plus d'un site)
		Taux d'absentéisme des agents
Coefficient de perte de personnel de santé (départs parmi le personnel)		

Domaines d'intervention	Objectifs	Indicateurs de résultats
Financement de la santé	Mobiliser au moins 95% des ressources financières pour une mise en œuvre efficace et efficiente des interventions en santé	Budget de l'Etat alloué à la santé ;
		Dépenses de santé en % du Produit intérieur Brut (PIB) ;
		Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé ;
		Dépenses totales de santé par habitant ;
		Contribution des partenaires au financement de la santé ;
Assurer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé particulièrement aux plus vulnérables	% de personnes couvertes par un système formel de couverture du risque maladie	
	Nombre de personnes couvertes par une assurance maladie	
Assurer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé particulièrement aux plus vulnérables	Nombre de cas sociaux pris en charge par les organes de gestion au niveau des formations sanitaires	
Système d'information sanitaire	Assurer la disponibilité et l'utilisation des données fiables suivant la CIM et le GPS	Nombre de Districts disposant des textes réglementaires du SIS ;
		Nombre de Districts possédant des moyens/matériels informatiques adéquats ;
	Renforcer l'intégration et la performance du SIS	Nombre de rapports des revues du SIS ;
		Taux de complétude et promptitude ;
		Nombres de bulletins et annuaires publiés.
Recherche en santé et de la gestion des connaissances	Développer la recherche opérationnelle dans les domaines clinique, épidémiologique, organisationnelle et traditionnelle	Disponibilité d'un Plan Directeur pour la recherche en santé ;
		Nombres des cadres formés sur la recherche ;
		Nombre des études publiées

IX. FINANCEMENT DU PNDS 2015-2019

9.1. Cadrage budgétaire

Les dépenses publiques représentent 10,0% des dépenses de l'Etat ce qui est au-dessous des 15% du budget national recommandé par la Déclaration des Chefs d'Etat à Abuja. Les dépenses des ménages représentent 49,80% dont 98,15% des dépenses directes et constituent la première source de financement du secteur de la santé. L'OMS recommande que ces dépenses soient en dessous de 20%. Pour la même période, la dépense publique de santé a représenté en moyenne 13,27% du PIB par an.

9.2. Hypothèses d'estimation

L'évaluation des coûts du PNDS 2015-2019 s'est faite à l'aide de l'outil One Health de planification et de budgétisation stratégique. Les données de base retenues sont celles validées par les enquêtes EDS-MICS 2012 et l'annuaire statistique 2011-2012. La procédure de budgétisation qui consistait à retenir des interventions «traceurs» par niveau de prestations en rapport avec la politique nationale de santé 2015-2024 a été appliquée.

Sur la base des données programmatiques prises en compte dans l'outil One Health, certains indicateurs atteindront ces niveaux dans le tableau ci-apès.

Tableau 8 : Niveau attendu des indicateurs d'impacts d'ici 2019

Indicateurs	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	172	168,57	164,78	161,06	157,39	146,11
Taux de mortalité néonatale pour 1 000 naissances vivantes	24,04	23,10	22,18	21,30	20,44	19,59
Taux de mortalité infanto-juvenile pour 1 000 naissances vivantes	50,13	46,09	41,48	38,55	36,13	33,97
Coût total par habitant (KMF)		7 877	9 229	10 254	8 392	9 514

Source : VP-MSSCSPG, One Health, Comores, décembre 2014

9.3. Coût prévisionnel global

Le coût global requis pour la mise en œuvre du plan est estimé à 37 565 509 264 milliards de francs comoriens (KMF), soit 102 919 203 milliards de dollar (US). Le tableau ci-après présente les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ce plan par orientation stratégique et par année.

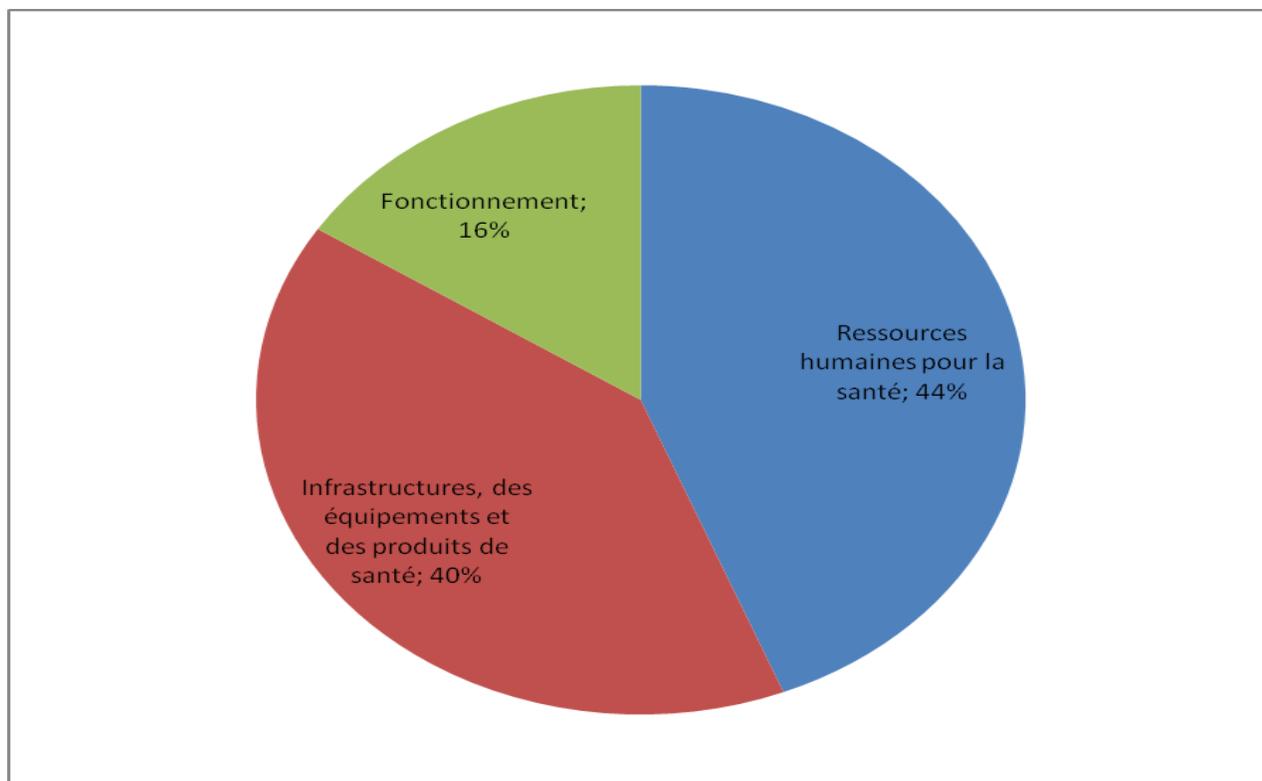
Il ressort que le budget prévisionnel est alloué prioritairement à l'objectif 3 dont : l'orientation stratégique 3 «Développement des ressources humaines pour la santé» à hauteur de 44,00% ; et l'orientation stratégique 4 «Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé» à hauteur de 40,00%.

Tableau 9 : Coût prévisionnel par orientation stratégique et par année

Orientations stratégiques	2015	2016	2017	2018	2019	Total
OS 1 : Élargissement et renforcement de l'accessibilité aux services de santé et de nutrition de qualité	118 609 910	150 844 545	177 570 483	204 716 180	217 011 039	868 752 157
OS 2 : Renforcement du système de prévention et de promotion de la santé	253 801 366	420 102 877	654 292 703	885 417 989	1 159 205 463	3 372 820 398
OS 3 : Développement du leadership et de la gouvernance	163 566 000	172 224 900	162 946 256	116 978 681	125 140 413	740 856 250
OS 4 : Développement des ressources humaines pour la santé	1 804 607 439	2 554 083 595	3 277 061 778	4 063 274 992	4 811 725 779	16 510 753 582
OS 5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé	3 673 362 565	3 997 625 493	3 985 280 120	1 720 554 666	1 720 554 666	15 097 377 510
OS 6 : Accroissement du financement de la santé	102 909 800	100 500 936	106 028 486	111 860 054	126 081 261	547 380 537
OS 7 : Développement du système d'information sanitaire	64 957 250	44 554 000	128 992 122	35 906 414	153 159 043	427 568 829
Total	6 181 814 330	7 439 936 347	8 492 171 948	7 138 708 976	8 312 877 663	37 565 509 264

Source : VP-MSSCSPG, One Health, Comores, décembre 2014

La répartition du financement annuel prévisionnel par tête d'habitant passe de 7 877 KMF en 2015 à 9 514 KMF en 2019. Cette budgétisation a pris en compte les réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de réhabilitation des postes de santé des centres de santé des chefs-lieux de communes rurales en centres médicaux, de transformation des centres médicaux en hôpitaux de pôle ainsi que les engagements pris par le Gouvernement en vue de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement en 2015.



Graphique 1 : Affection du budget par catégorie des dépenses

9.4. Sources de financement

Le financement du PNDS 2015-2019 sera assuré par le budget de l'Etat (50%), les ménages (20%), le secteur privé (10%) ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux (20%).

Tableau 10 : Sources de financement par année

Sous de financement	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Etat	3 090 907 165	3 719 968 173	4 246 085 974	3 569 354 488	4 156 438 832	18 782 754 632
Ménages	1 236 362 866	1 487 987 269	1 698 434 390	1 427 741 795	1 662 575 533	7 513 101 853
Privé	618 181 433	743 993 635	849 217 195	713 870 898	831 287 766	3 756 550 926
Partenaires	1 236 362 866	1 487 987 269	1 698 434 390	1 427 741 795	1 662 575 533	7 513 101 853
Total	6 181 816 345	7 439 938 363	8 492 173 965	7 138 710 994	8 312 879 682	37 565 509 264

Source : VP-MSSCSPG, One Health, Comores, décembre 2014

9.5. Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du PNDS 2015-2019 se fera suivant l'approche sectorielle dont les principes de base sont : (i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PNDS, (ii) l'utilisation des procédures nationales de gestion, (iii) l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, (iv) la gestion axée sur les résultats, (v) la responsabilité et (vi) la redevabilité mutuelle des partenaires techniques et financiers (PTF) et de l'Etat à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

9.6. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

Des audits (internes et externes) seront effectués et des rapports financiers, seront pour le suivi de. De même, des contrôles par les corps de contrôle de l'Etat seront maintenus et renforcés.

BIBLIOGRAPHIE

- la Déclaration de Stockholm sur l'Environnement Humain (1972) ;
- la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (20 janvier 1986) ;
- l'Initiative de Bamako (IB) en 1987, mettant l'accent sur la participation communautaire et le recouvrement des coûts des soins de santé, soutenant ainsi la mise en oeuvre du Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires (PEV/SSP) ;
- la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, 3 août 1990) ;
- la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (12 mars 1992) ;
- la Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant (2 juin 1996).
- l'appel d'Alger pour l'intensification de la lutte contre le SIDA en Afrique adopté par la 2ème session de la Commission du Travail et des Affaires Sociales de l'OUA (Avril 2000) ;
- la déclaration d'Abuja sur l'initiative « Faire reculer le paludisme » en Afrique (Avril 2000) ;
- l'engagement d'actions d'Ouagadougou pour la mise en oeuvre des décisions et recommandations des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (9 mai 2000) ;
- la Déclaration d'Abuja par les Chefs en 2001
- le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique : NEPAD (mai 2002)
- la Stratégie pour la Santé en Afrique de l'Union africaine (2007) ;
- la déclaration d'Alger sur la recherche pour la Santé dans la Région Africaine de juin 2008 ;
- Réaffirmation de la déclaration d'Alma Ata (1978) à la conférence d'Ouagadougou d'avril 2008 en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux gouvernements de veiller à la santé de leurs populations ;
- la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique d'août 2008
- Politique Nationale de la Santé 2005 -2014
- Politique Nationale de la Nutrition et Alimentation ,2012
- Plan National de développement des RHS 2010- 2014, révisé
- Stratégies de la Santé des adolescents et des jeunes 2011-2015
- Rapport des OMD 2013
- Document stratégique Santé- Environnement et Changement Climatique, 2012
- Plan National de Contingence des Hôpitaux
- Politique Nationale de l'équité et du genre, 2009
- Plan stratégique du Paludisme 2007-2011
- PPAC 2010 - 2014
- Feuille de route pour la Réduction de la mortalité maternelle et infantile
- Enquête Step - Wise sur les Maladies non Transmissibles ,2011
- Enquête MICS 2000
- Enquête EDS-MICS 2012
- Enquête RGPH 2003
- PNDRH 2010 -2014(version révisée)
- Le Code de la santé publique, version 2011.
- Rapport annuel de la Banque Centrale des Comores, 2010