

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 الرئيس المكلف بوزارة الصحة
والتضامن و التماسك الاجتماعي
ومشاركة المرأة



POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

2015-2024

Décembre 2014

Sommaire

SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES	3
PREFACE	4
INTRODUCTION.....	5
I. CONTEXTE GENERAL ET SANITAIRE	6
1.1. Contexte général	6
1.2. Profil épidémiologique	7
1.3. Gouvernance et Leadership	13
1.4. Prestations des services et des soins	16
1.5. Ressources Humaines	17
1.6. Produits médicaux, Vaccins, Infrastructures et Matériels	17
1.7. Système d'Information Sanitaire	18
1.8. Financement de la santé	19
II. PROBLEMES PRIORITAIRES.....	19
III. DEFIS.....	21
IV. PERSPECTIVES	21
V. VISION	22
VI. VALEURS ET PRINCIPES.....	22
VII. OBJECTIFS.....	22
VIII. STRATEGIES PAR OBJECTIF	23
IX. MISE EN OEUVRE ET SUIVI-EVALUATION	24
9.1. Cadre de mise en œuvre	24
9.2. Suivi et évaluation	25
X. CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE	25
10.1. Analyse des contraintes	25
10.2. Conditions de succès	25
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27

SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
ASCOBEF	Association comorienne pour le bien-être familial
CA	Conseil d'Administration
CAMUC	Centrale d'Achat des Médicaments en Union des Comores
CARITAS	Réseau caritatif de France - Secours catholique
CGP	Commissariat Général au Plan
CHN	Centre Hospitalier National
CHRI	Centre Hospitalier de Référence Insulaire
CMC	Centre Médico-Chirurgical
CNS	Comité National de Santé
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPN	Consultation Périnatale
CSF	Centre de Santé Familiale
CSD	Centre de Santé de District
CTNS	Comité Technique National de Santé
DAF	Directeur Administratif et Financier
DGEPSS	Direction générale des études, de la planification et des statistiques sanitaires
DRS	Direction Régionale de la Santé
EIM	Enquête à Indicateurs Multiples
FENAMUSAC	Fédération Nationale des Mutuelles de Santé des Comores
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
HP	Hôpital de Pôle
IRA	Infections Respiratoires Aigues
MD	Maladies Diarrhéiques
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PASCO	Projet d'Appui au Secteur de la Santé des Comores
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAC	Pharmacie Nationale Autonome des Comores
PNDRH	Plan National de Développement des Ressources Humaines
PNDSIS	Plan National de Développement du Système d'Information Sanitaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLC	Programme National de lutte contre la Cécité
PNS	Politique Nationale de Santé
PNLF	Programme National de Lutte contre la Filariose
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Poste de Santé
PSE	Paquet de Service Essentiel
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SFE	Sage-Femme d'Etat
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
UNFPA	United Nations Funds for Population Activities
UNICEF	United nations funds for children
VIH	Virus Immunodéficience Humaine

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 d'une nouvelle de la Politique Nationale de Santé (PNS 2015-2024) conformément à la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D 2015-2019) et tenant compte des perspectives de l'agenda mondial post-2015.

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

L'on escompte atteindre des résultats tangibles avec cette politique à travers différents programmes; la Gestion des Risques de Catastrophes, la promotion de la médecine traditionnelle; l'intégration de l'Ethique, du Genre et des Droits de l'homme dans la Politique et les Programmes de santé ; l'introduction des concepts nouveaux de mécanismes de financement, de planification orientés vers les résultats, des techniques de qualité et de performance, des interactions entre la formation des médecins, des paramédicaux et des infirmières tout en utilisant la Cyber-santé. L'élimination du Paludisme est la priorité nationale dans le secteur d'ici 2015.

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

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,

INTRODUCTION

Depuis 1994, l'Union des Comores a entrepris en collaboration avec ses partenaires des réformes du système de santé. Des politiques et plans nationaux ont été définis dans le secteur de la santé avec des perspectives allant jusqu'en 2015. Cette politique avait visé les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé notamment les OMD 4, 5 et 6 et s'est aussi inspirée des initiatives mondiales et régionales, notamment, l'initiative de Bamako, les déclarations d'Ouagadougou sur les soins de santé primaires et d'Alger, la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, et la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement.

L'équité et l'égalité du Genre, le droit à la santé ont été bien stipulés dans la Constitution de 2009 et dans la loi portant Code de la santé des Comores de mars 2011, ainsi que la Politique Nationale de Santé (PNS 2005-2014), révisée en 2012 et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2010-2014).

En 2014, le Gouvernement a lancé un nouveau processus d'élaboration d'une Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D), perspective 2015-2019, qui constitue le cadre d'intervention pour tous les partenaires au développement. Les principaux défis sont la coordination de toutes les interventions, la fourniture des soins préventifs et de proximité de qualité accessibles et équitables en faveur des populations les plus vulnérables et les plus démunies, la lutte contre les maladies non transmissibles et la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé élabore cette nouvelle Politique Nationale de Santé 2015-2024 prenant en compte les défis majeurs en matière de santé et qui sera traduit par un Plan National de Développement Sanitaire 2015-2019, à mettre en œuvre durant les cinq premières années de la PNS.

I. CONTEXTE GENERAL ET SANITAIRE

1.1. Contexte général

Située à l'entrée septentrionale du canal du Mozambique entre Madagascar et la côte orientale de l'Afrique, l'Union des Comores est un archipel composé de quatre Iles dont la superficie totale est de 2.236 km², soit respectivement 1148 km² (Ngazidja), 290 km² (Mwali), 424 km² (Ndzuwani) et 374 km² (Maoré). Elle est caractérisée par une diversité (une saison chaude et humide, marquée par de fortes pluies et de violents cyclones, nommées «Kashkazi») et (ii) une saison sèche et fraîche avec des vents de mousson Nord à Nord-Ouest nommé «Kussi» et des températures variant entre 24 et 27°C pendant le reste de l'année.

Avec un taux d'accroissement annuel de 2,1%, la population est estimée à 763 952 habitants (389 445 habitants à Ngazidja, 323 653 habitants à Ndzuwani, 50 854 habitants à Mwali,) en 2014¹. Cette population est très jeune puisque la proportion des moins de 20 ans représente 57,4% et l'âge moyen est de 24,1 ans. Une telle structure d'âge ne va pas sans poser d'énormes défis au pays, surtout dans la prise en charge de la jeunesse en matière d'éducation, de santé, de nutrition, de formation professionnelle, d'emploi, de loisirs, etc.

L'espérance de vie à la naissance² est passée de 55 ans en 1991 à 65,5 ans en 2004 avec une variation entre les hommes (64,3 ans) et les femmes (66,9 ans).

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile³, largement dépendantes des affections telles que les maladies diarrhéiques, les IRA, la malnutrition, sont respectivement de 36 décès pour 1000 et 50 décès pour 1000. 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 ratio de mortalité maternelle est passé de 380 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2003 à 172 pour 100 000 en 2012.

Le taux net de scolarisation⁴ a évolué de manière régulière. Il est passé de 62% en 1990 à 79,4% en 2012 avec une faible disparité entre les sexes.

L'Union des Comores fait partie des Petits États Insulaires en Développement (PEID). Son Indice de Développement Humain (IDH)⁵ est estimé à 0,429 en 2012, plaçant ainsi le pays 169ème sur 187 pays dans le classement mondial.

Le taux de croissance du PIB a positivement évolué depuis 2008 en partant de 0,4% pour atteindre 2,2% en 2010 et 3% en 2012. La croissance économique moyenne de 2% sur ces cinq dernières années (2008 à 2012), est légèrement inférieure à la croissance démographique de 2,1%. Ceci montre que le PIB réel par tête d'habitant a enregistré une évolution négative

¹RGPH 2003

²MICS, Comores, 2004

³EDS-MICS II, Comores, 2012

⁴Rapport de la revue OMD «Secteur Education» OMD 2, juillet 2013

⁵Rapport Mondial sur le Développement Humain 2011

traduisant, sous certaines hypothèses, une dégradation des conditions de vie des ménages. Le taux d'inflation a explosé entre 2011 et 2012 en passant de 1,8 % à 6,4% à cause d'un taux de change défavorable et aux intempéries qui ont frappé le pays en avril 2012.

L'Union des Comores est admise à l'allègement de la dette dans le cadre de l'IPTE en décembre 2012 avec une réduction du service de la dette de 59% sur une période de 40 ans. Le taux de couverture des importations par les exportations a chuté de 40% en 2003 (RGPH 2003) contre 9% en 2012 (EDS-MICS II).

L'emploi est un facteur important de croissance économique et d'amélioration des revenus des populations. Ainsi, il demeure un déterminant important de la santé avec les possibilités qu'il offre à l'Etat pour investir dans la santé et aux travailleurs pour collecter des revenus pouvant induire une amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé. Le taux de chômage a été estimé à 14,3% en 2004. Il était plus élevé chez les jeunes de 15-29 ans avec un taux de 25% et chez les femmes avec un taux de 18,5% pendant que chez les hommes il était de 11,9%. Les secteurs qui emploient le plus sont l'agriculture-élevage-pêche avec 45,5% des emplois, le commerce-hôtels-restaurants avec 12,4%, l'administration publique avec 12,4%, les industries manufacturières avec 10, 5%, les bâtiments-travaux publics avec 8,9% et les transports-communications avec 6,5%.

Le système de protection sociale⁶ n'est pas très développé en Union des Comores. Aussi, les formes de protection sociale qui existent ne couvrent qu'une infime partie de la population. Elles sont représentées par : (1) 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 ; (2) la caisse de prévoyance sociale, pour la protection des employés contre les maladies professionnelles et accidents de travail. Elle couvre moins de 6% des actifs de Ngazidja ; (3) la caisse militaire de retraite et la mutuelle nationale militaire pour les prestations de vieillesse et d'invalidité des militaires et la couverture médicale des militaires et de leurs familles ; (4) les mutuelles de santé, dont le développement et la viabilité ne sont pas encore bien assurés de manière adéquate et qui ne couvrent que 3,3% de la population en 2012.

1.2. Profil épidémiologique

La situation épidémiologique est marquée par des maladies transmissibles et non transmissibles, avec prédominance chez les enfants de moins de 5 ans des maladies diarrhéiques et des IRA, aggravées par la malnutrition. On constate une augmentation des maladies non transmissibles ces dernières années.

Paludisme : il a connu un recul considérable. Après le traitement de masse dans les trois îles combiné à la distribution élargie des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée (MILD) et au Traitement Préventif Intermittent, la prévalence a baissé de plus de 98%. Elle est passée de 9% (Rapport OMD 2013) à moins de 1% (MIS 2014), plaçant le pays dans un contexte de faible prévalence.

Les évaluations cliniques et parasitologiques réalisées placent les îles de Mwali et de Ndzuwani en situation de pré-élimination et l'île de Ngazidja en situation de contrôle. Les

⁶ Note politique sur la protection sociale aux Comores, 3 septembre 2013

résultats des efforts ainsi engagés constituent une base solide pour progresser vers l'élimination sur l'ensemble du territoire national.

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 8,57 pour 10 000 habitants.

Le taux de dépistage pour l'ensemble du pays est de 6,45% et la proportion de patients ayant terminé le traitement est de plus de 91%. A Ndzuwani, il est de 13,14 pour 10 000 habitants avec une proportion de patients ayant terminé leur traitement de plus de 91% (Rapport épidémiologique de l'Union des Comores, 2013 PNLT).

La prévalence de la Tuberculose est de 62 pour 100 000 habitants et l'incidence est de 34 pour 100 000 habitants (rapport de l'OMS 2013). Le taux de dépistage est de 17 cas pour 100 000 habitants soit 49% des cas attendus, avec un taux de guérison est de 94%.

IST/VIH/SIDA : Le pays appartient au groupe des pays à épidémie peu active mais dont la progression est de plus en plus inquiétante. La prévalence du VIH/SIDA se situe à moins de 1%, avec pour voie de transmission dominante, l'hétérosexualité (95% des cas notifiés). Le traitement par les ARV a été introduit en 2006 et la file active en 2013 est de 27 PVVIH dont 11 nouveaux cas dépistés en 2013.

Maladies tropicales négligées : En prenant en compte certaines maladies tropicales négligées dans les stratégies nationales, deux maladies seront traitées dans cette partie.

Il s'agit de :

- **Filariose**

En 2001, le Pays a créé un Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique conformément à la résolution WHA 50.29 de l'OMS, «*appelant tous les états endémiques à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique identifié parmi les Maladies Tropicales Négligées (MTN) d'ici 2020* ».

- **Géo-Helminthiases**

Une enquête qualitative menée en 2003 a montré que 80 % des enfants ont déclaré avoir eu des vers intestinaux : Ascaridioses 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.

Autres maladies

- **Les arboviroses** : la dengue et le chikungunya sont les arboviroses les plus observés aux Comores.
- **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 la santé publique. En 2012, trois cas humain de FVR ont été notifiés.

Maladies non Transmissibles : l'enquête STEPS sur les facteurs de risque des Maladies non Transmissibles (2011) a donné les résultats suivants : (i) 39,4% des adultes ont un Indice de Masse Corporelle⁷ supérieur ou égal à 25 kg/m²; (ii) 25,9% sont en surcharge pondérale ; (iii) 13,5% sont obèses (iv) 25,4% ont une tension artérielle élevée dont 86% ne suivaient aucun traitement médical (v) et 61,7% d'entre eux ne pratiquent aucune activité physique.

Maladies mentales : d'après la RGPH 2003, les handicapés représentent 3,7% de la population totale. Les malades mentaux représentent 39,9% de la population handicapée et les aveugles sont de l'ordre de 6%.

Les données épidémiologiques fiables sur les troubles mentaux dans l'Union des Comores font défaut, la prise en charge des malades étant faite essentiellement par les marabouts et les guérisseurs traditionnels. Une enquête coordonnée par le Centre Collaborateur Français de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale réalisée à Ngazidja en 1998-1999, montrait que 10,6% de la population générale souffrait d'au moins un trouble mental .

Les affections bucco-dentaires constituent une des causes fréquentes de consultations en Odonto-stomatologie et en pédiatrie. L'enquête nationale de 1999 sur la santé bucco-dentaire aux Comores chez les enfants âgés de 12 ans a montré que 48,1% des enfants présentent du tartre et 60,3% une ou plusieurs dents cariées⁸.

En octobre 2011, une enquête a été réalisée en milieu scolaire sur les enfants de 4-8 ans dans l'île de Ngazidja a montré que la prévalence de la carie dentaire est de 90%. Les données ont permis d'obtenir les informations sur la fréquence de la carie dentaire, 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 des affections bucco-dentaires se trouvent essentiellement dans les Structures sanitaires de référence (CHRI, HP, CHN et CSD) et quelques cabinets privés dans les capitales.

Affections oculaires : des affections cécitantes existent avec des taux de prévalence variables ; la plupart d'entre elles (80%) sont curables ou évitables. La couverture en soins oculaires primaires 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 épisodique.

Santé des enfants : En 2012⁹, 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. 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% ont touché les enfants de 1 à 4 ans. De même, 14%

⁷ Enquête STEP Wise sur les facteurs de risque des Maladies non Transmissibles en Union des Comores, 2011

⁸ Enquête nationale sur la santé bucco dentaire, 1997

⁹ EDS-MICSII, 2012

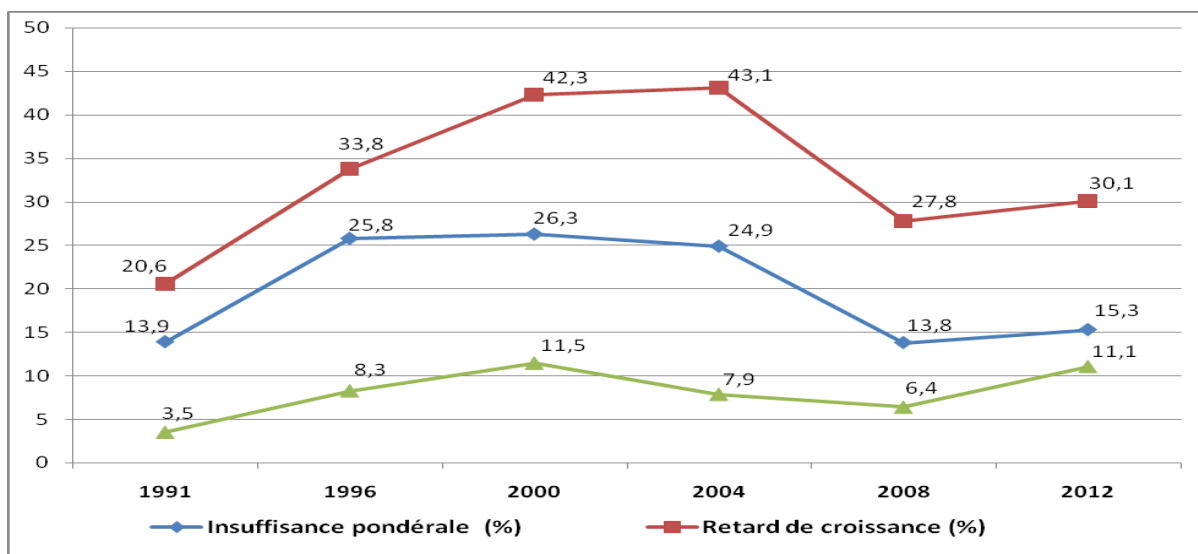
des cas des maladies diarrhéiques ont été enregistrés pour la même période. Parmi les enfants ayant présenté des signes d'IRA, de fièvre, et de diarrhée, un traitement médical a été recherché auprès d'un professionnel de santé, respectivement pour 38%, 45% et 40%, d'entre eux. Ainsi on peut constater que les enfants paient un lourd tribut de ces maladies.

Nutrition et Allaitement maternel : La malnutrition constitue un problème de santé publique. Bien que 94% des enfants soient allaités, seulement 12% d'entre eux bénéficient de l'allaitement maternel exclusif au sein pendant les six premiers mois de leur vie.

Environ 30% des enfants de moins de 6 mois reçoivent en plus de l'allaitement maternel, de l'eau, 24% reçoivent des aliments de complément en plus du lait maternel, 21% d'autres types de lait en plus du lait maternel et 7 % des différents liquides non lactés. (EDS MICS2012).

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 30% souffrent de malnutrition chronique et 11% de malnutrition aigüe. La malnutrition chronique est plus répandue en milieu rural (32%) qu'en milieu urbain (25%) Beaucoup des facteurs contribuent à ce mauvais état nutritionnel : pauvreté des ménages, insuffisance de service de prise en charge de la malnutrition, croyances erronées, tabous et interdits alimentaires liés au manque d'information et de sensibilisation de la population.

Figure 1 : Evolution de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans à l'Union des Comores de 1991 à 2012.

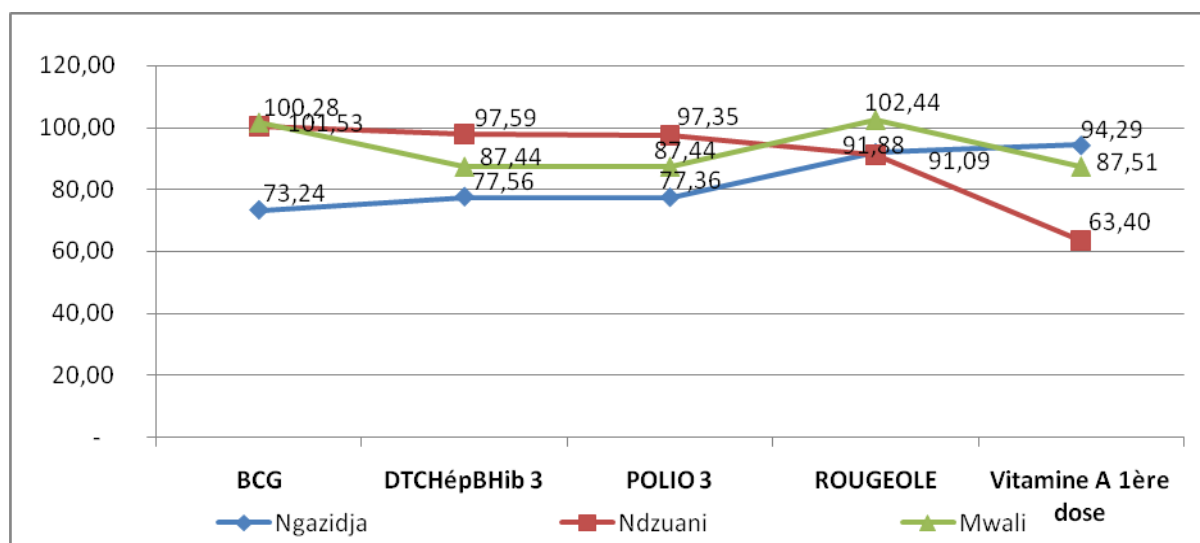


Source/l'EDS-MICS II

Vaccination : Selon l'EDS-MICS II, 62% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés, 27% partiellement vaccinés et 11% n'ont reçu aucun vaccin. 75% des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole et 81% des enfants ont reçu une dose de Polio 0. La couverture vaccinale complète est variable d'une île à l'autre. Elle est de 78% à Ngazidja, de 63% à Mwali et de 50% à Ndzuwani.

On enregistre en certains endroits, des ruptures de stock et des défaillances de la chaîne de froid et un manque de moyens de déplacement.

Figure 1 : Evolution de la couverture vaccinale de routine pour tous les antigènes de 2006 à 2011 à l'Union des Comores



Sources : Rapport PEV 2011-PPAC 2012

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. 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 Moili et 467 à Ndzouani (Revue annuelle du MiniSanté, 2012).

Santé des mères : L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 5,1 en 1996 à 4,3 enfants en 2012 par femme. Il est beaucoup plus élevé en milieu rural (4,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,5 enfants).

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes est également plus élevée en milieu urbain (21%) qu'en milieu rural (11%). Ndzouani a la prévalence la plus élevée (15%) suivi de Ngazidja (14%) et de Mwali (9%). Les besoins non satisfaits en planification familiale, estimés à 32% restent très importants.

L'accès et l'utilisation des services de planification familiale sont confrontés à l'insuffisance de sensibilisation, l'influence des croyances religieuses et culturelles, la non implication des hommes dans le programme de SR et le faible niveau d'instruction des utilisatrices. Au moins 92% des femmes enceintes ont effectué une consultation prénatale auprès d'un personnel qualifié et 49% au moins, les quatre visites recommandées.

Selon l'Enquête EDS- MICS II, le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est de 82% et 76% des accouchements attendus se font en milieu hospitalier. 49 % des mères sont venues en consultation post-natale dans les deux jours consécutifs à l'accouchement et 37% d'entre elles n'ont pas reçu de soins dans les quarante jours après l'accouchement.

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.

Les violences basées sur le genre : Selon l'EDS MICS 2012 ,14% des femmes ont déclaré avoir subi des violences physiques, 6% des violences sexuelles et 11% des violences conjugales. 503 cas de violence et de maltraitance à Ngazidja envers les femmes ont été enregistrés en 2013 (DNPG 2013).

Des insuffisances de prise en charge juridique, psychologique et sanitaire des victimes pose un problème de suivi de ces femmes qui sont maltraitées et agressées.

Hygiène et Assainissement : L'Union des Comores dispose d'un potentiel en eau appréciable, mais peu d'investigations ont été menées pour mobiliser les ressources. La situation est caractérisée par les faits suivants :

- 85% de la population ont accès à un point d'eau aménagé, mais le niveau d'accès à l'eau potable reste faible sur l'ensemble de l'île (22,4% en 2012) ;
- une très faible utilisation des fosses septiques, des latrines à chasses manuelles et des latrines à fosses ventilées par les ménages ; En 2012, la proportion de la population utilisant des latrines est faible (37,7%) ;
- 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 ;
- 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.

Environnement et Santé : Les problèmes environnementaux¹⁰ 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 quantité¹¹ 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 seulement 16,8% des ménages comoriens¹² 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, aux cyclones et aux 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 exigü, 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

¹⁰ Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, mai 2012

¹¹ Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, mai 2012

¹² Eléments d'analyse fondés sur l'Enquête intégrale auprès des ménages de 2004, Comores, février 2005, Jean Pierre Lachaud.

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.

Gestion des Risques et Catastrophes : L'Union des Comores de par 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. Les capacités nationales en matière de législation, d'organisation, de préparation, d'alerte et de réponse sont insuffisantes. Le pays a été à maintes reprises confronté à des épidémies de choléra et d'arboviroses, à des éruptions volcaniques, à des conflits sociaux quelquefois armés.

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 Mayotte.

Ces dernières années, les pluies diluviennes ont causé des dégâts matériels, des déplacements des populations et des décès. 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 de risques et catastrophes.

Traumatismes et Violences : Les traumatismes et violences en Union des Comores concernent les accidents de la circulation, les traumatismes auto-infligés, des violences sexuelles, des noyades, des brûlures, des intoxications et des chutes. En 2009, le pays a mis en place un système de collecte des données aux niveaux des 2 Centres Hospitaliers Régionaux et au Centre Hospitalier National afin d'évaluer la fréquence et causes de traumatismes et de violences. Au cours de la période de février à mai 2009, les cas de traumatismes enregistrés au niveau de ces Hôpitaux ont été de 1035 cas de traumatismes.

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 mais 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%).

1.3. Gouvernance et Leadership

Cadre institutionnel : La santé est reconnue comme un droit fondamental dans la Constitution de l'Union des Comores du 23 décembre 2001 et la loi référendaire portant révision de cette constitution, promulguée par le décret n°09-066/PR avec une autonomie des îles.

Le cadre juridique du secteur de la santé était défini par la loi N°94-016/AF portant cadre général du système de santé et définissant les missions du service public de santé, promulguée par le décret n°94-116/PR. Il est actuellement régi par 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. L'objet du Code de la santé est d'énoncer les règles juridiques applicables aux activités et aux structures de santé qui doivent assurer la protection et la promotion sanitaires de l'individu, de la famille et de la collectivité.

Coordination : La coordination est assurée au niveau national par le Comité National de Santé, le Comité Technique National de Santé, les groupes thématiques et les comités des programmes (SR, VIH/SIDA, PEV, etc.). Au niveau des régions et districts, elle se fait à travers les comités de pilotages et les revues annuelles.

Partenariat : Le pays a de nombreux partenaires dans le domaine de la santé, tant au niveau de la coopération bilatérale (France, Chine, Japon, Maurice, Qatar, Egypte, Turquie, Canada, etc.), multilatérale (BAD, BM, BID, UE, FM, AMPS, COI, OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA), que des ONG internationales (CARITAS, Croix Rouge français, Grand Challenge Canada, Fondation Damien, etc.) et nationales (Croissant Rouge Comorien, ASCOBEF, etc.).

Organisation du système : Le système de santé, composé de deux secteurs public et privé, est de type pyramidal avec trois niveaux : central, régional et périphérique. Parallèlement à la structure administrative, une structure de soins est en place. L'arrêté ministériel n°09-032/MSSPG/CAB du 03 décembre 2009 propose une carte sanitaire. Elle couvre une partie des structures sanitaires publiques et n'inclut pas les structures privées. Cependant, elle peut être considérée déjà comme un précieux outil de gestion prévisionnelle du développement sanitaire.

Secteur public

Le niveau central regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions et les Structures rattachées et de missions. Il a pour fonctions principales, la coordination, la planification stratégique et politique, l'élaboration des textes législatifs et réglementaires, la mobilisation des ressources, la concrétisation de la collaboration intersectorielle, etc. Il assure un appui stratégique et politique aux structures du niveau inférieur. Les structures de soins sont représentées par les CHN et les CHRI.

Le niveau intermédiaire est constitué par les trois Régions sanitaires. Il effectue la coordination, l'inspection et le contrôle de tous les intervenants sanitaires publics et privés de sa zone et la supervision des districts auxquels il est chargé d'assurer un appui technique. Il organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification. Elles ont une certaine difficulté à jouer actuellement ce rôle à cause de l'insuffisance des ressources (humaines, logistiques).

Le niveau périphérique est représenté par 7 pôles comprenant 17 districts sanitaires. C'est le niveau opérationnel chargé de la mise en œuvre des politiques et stratégies. Chaque district comporte un Centre de Santé de District et un certain nombre de formation sanitaire : CMC, CSF, CS et PS.

La co-gestion des structures sanitaires est faite avec les communautés et la société civile : Comités de gestion (Associations gestionnaires) et Conseils d'administration.

A l'instar de l'armée avec la santé militaire, d'autres secteurs de l'Etat peuvent avoir un service de santé.

Secteur pharmaceutique :

Le pays dispose d'une Politique Nationale Pharmaceutique basée sur la liste des médicaments essentiels génériques. Une Centrale d'Achat des Médicaments de l'Union des Comores (CAMUC), créée en 2013, succède à la PNAC. Elle a un statut associatif et est dotée d'un Conseil d'Administration et d'une Direction Générale. Elle a pour mission essentielle, d'assurer l'approvisionnement des structures publiques et privées en médicaments et produits essentiels. Par conséquent les structures continuent à s'approvisionner à l'extérieur. Mais sa structure décentralisée, constitue un atout pour son développement futur.

Secteur privé

Le secteur privé lucratif de soins et de vente des médicaments : est en pleine expansion, surtout dans les zones urbaines. Malgré cela il contribue énormément à la dispensation des soins à la population. Cependant l'accès reste limité à une faible partie de la population du fait du pouvoir d'achat très bas.

Le pays ne dispose pas un plan stratégique pour le partenariat public/privé. Certaines dispositions ont été évoquées dans le Code de la santé de 2011, notamment, sur la réglementation des professionnels médicaux et médico-techniques, paramédicaux et autres professionnels de santé. Malgré la délivrance au coup par coup (parfois directement par le Commissaire en charge de la santé de chaque île, sans véritable implication de l'administration sanitaire) des autorisations d'ouverture des cliniques, des cabinets, des pharmacies, etc.

Il existe une Inspection Générale de la Santé et une Inspection Régionale de la Santé à chaque Ile, aussi, des organismes professionnels (Ordre des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes) chargés d'organiser, de vérifier et de contrôler la pratique des professions médicales. Cependant, on observe l'insuffisance des textes réglementaires d'application du nouveau Code pour la réglementation de ce secteur.

Par ailleurs, le fonctionnement du secteur privé reste à structurer avec des réformes institutionnelles afin de pouvoir le contrôler, développer un véritable partenariat et exploiter le potentiel qu'il représente. Des études seront entreprises, afin de bien cerner toutes les caractéristiques du secteur privé (description, localisation urbaine et rurale, personnels employés, etc.). Alors, la réactualisation de la carte sanitaire devra donc bien sûr inclure le secteur privé et un véritable état des lieux s'avère nécessaire.

Le secteur privé non lucratif : est constitué par les ONG et les groupements intervenant dans le domaine socio-sanitaire, notamment Caritas/Mission Catholique, ASCOBEF, Croissant Rouge Comorien, etc. Il existe aujourd'hui peu d'ONG internationales intervenant en appui aux services de santé. Des ONG nationales telles que l'Association Comorienne pour le Bien

Être de la Famille (ASCOBEF) et le Réseau Femme et Développement (RFD) collaborent dans la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. En outre, la diaspora comorienne de France contribue aussi dans le domaine de la santé. Les principales ONG intervenant dans le secteur de la santé sont : l'Association Comorienne pour le Bien Être Familial (ASCOBEF), le Croissant Rouge Comorien (CRC), CAP, MAECHA et CARITAS. Ces ONG interviennent préférentiellement dans le domaine de la santé de la reproduction et celui des urgences humanitaires. Au niveau des associations professionnelles, il existe l'Ordre des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes et l'Association des sages-femmes. En outre, on retrouve la FENAMUSAC dans le domaine de gestion des mutuelles de santé.

La médecine traditionnelle : quoique présente dans les itinéraires thérapeutiques des populations, elle est encore mal connue et mal intégrée dans la politique de santé.

La faible implication des relais communautaires et l'insuffisance de collaboration entre les services de santé et les ONG pour les activités préventives de santé constituent en partie des freins à la mobilisation de la population. De plus le développement du partenariat entre le secteur public et le privé permettrait d'accroître l'offre et l'accessibilité aux services sanitaires.

Recherche en santé : Le domaine de la recherche en santé est quasi inexistant. Au niveau du Ministère de la santé, la coordination de la recherche est assurée par la DPER. Au niveau national, elle est aussi menée par d'autres institutions : INRAP, Université des Comores, CNDRS, etc. Un Comité National d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la Santé (CNESS) a été mis en place en 2014.

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.

1.4. Prestations des services et des soins

L'utilisation des services de santé par la population est globalement faible. La moyenne nationale du taux de fréquentation est de 10,25%, avec respectivement 14,7% à Ngazidja, de 20,21% à Ndzuwani et 8,92% à Mwali. Le taux moyen d'occupation (TOM) des lits varie entre 20 et 60%.

Les taux de fréquentation des formations sanitaires sont très bas. Ils sont de 14,7%, de 20,21% et 8,92% respectivement en Ngazidja, à Ndzuwani et à Mwali pour une moyenne nationale de 10,25%.

La réforme du système de santé depuis 1994, axée sur la participation communautaire, le recouvrement des coûts et la co-gestion avait pour but d'améliorer le financement des services, la qualité de soins et la disponibilité en médicaments. La pauvreté des ménages estimée à 45,5% constitue un frein à l'accès aux soins, notamment pour les plus démunies.

Le système de référence et de contre référence, n'est pas fonctionnel. Les outils (guide, fiches), et données ne sont pas disponibles. 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.

1.5. Ressources Humaines

Le pays compte 1758 personnels de santé en 2012 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 n°1 : Evolution des ratios du personnel clé en nombre de 2005-2012

Catégorie	Nombre de personnel pour 10.000 habitants		Nombre de personnel pour 5000 habitants	
	2005	2012	2005	2012
Médecins y compris les spécialistes	1,90	1,70		
Pharmaciens	0,25	0,23		
Dentistes	0,28	0,26		
Infirmiers Diplômés d'Etat			1,30	2,61
Sage femmes d'Etat			1,52	2,01
Techniciens de laboratoire			0,36	0,60

Sources : Recensement du personnel de santé 2009 et PNDRHS 2010-2014 (Révisé en 2012)

On constate qu'entre 2005 à 2012, les ratios (1 personnel/10000 habitants) du personnel médical et médico-technique par habitant ont diminué respectivement des 12% pour les médecins, 5% pour les pharmaciens et 7% pour les chirurgiens dentaires. Par contre les ratios (1 personnel/5000 habitant) des personnels paramédicaux ont augmenté respectivement de 50,23% pour les IDE, 24,62% pour les SFDE et 38,88% pour les Techniciens de Laboratoire.

Le pays dispose d'une Ecole de Médecine et de Santé Publique rattachée à l'Université des Comores pour la formation initiale des paramédicaux et la formation continue du personnel de santé. L'Union des Comores ne dispose pas de faculté de médecine. La formation des personnels (Médecin, Pharmacien, Chirurgien-dentiste, etc.) 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.

1.6. Produits médicaux, Vaccins, Infrastructures et Matériels

Produits médicaux et Vaccins : Ces dernières années, la disponibilité et l'accessibilité des produits médicaux se sont améliorées significativement à travers la mise en place de la Centrale d'Achat des Médicaments de l'Union des Comores. Le système de distribution des médicaments a été renforcé par l'ouverture des dépôts pharmaceutiques et l'augmentation des pharmacies d'officines. 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 pharmaco-vigilance mis en place qui n'est pas opérationnel et (v) l'importation et la vente illicite des médicaments.

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, 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 des Îles. 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 anarchique du secteur privé nuit à la qualité des soins, à leur accessibilité et contribue aux coûts élevés et non harmonisés des prestations sanitaires.

Matériels : Un recensement effectué en 2012 montre que les équipements médicaux sont insuffisants et en grande partie vétustes. Se pose en plus un problème de maintenance qui handicape les formations sanitaires. Les formations sanitaires manquent de moyens de transport pour les évacuations des urgences et les autres activités telles que la supervision et la vaccination en stratégie avancée. Les moyens de communication entre les formations sanitaires font défaut ce qui rend difficile la surveillance et la déclaration des cas de maladie à potentiel épidémique mais aussi l'appel en cas d'urgence à une personne d'astreinte. 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. Il n'existe pas un système de maintenance des équipements biomédicaux.

Une bonne partie des équipements et matériels proviennent de dons privés. Certains ne sont pas adaptés et d'autres sont déjà amortis. En réponse à ce phénomène, le pays s'est doté d'une Charte de don.

1.7. Système d'Information Sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), qui constitue un maillon important du système de santé, reste peu performant. Cette situation est particulièrement préoccupante si l'on considère que le SIS joue un rôle crucial dans la mise en œuvre des politiques et stratégies de développement sanitaire.

Depuis 2013, un cadre normatif du système d'information sanitaire est mis en place avec l'introduction d'un outil de gestion (GESIS) au niveau des régions et districts. Un premier annuaire statistique 2011-2012 a été publié. Les données recueillies sont encore incomplètes (non prise en compte du secteur privé lucratif en particulier) et les capacités d'analyse sont à renforcer.

Le Ministère de la santé s'appuie sur d'autres structures telles que l'Institut National des Statistiques, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED), le Commissariat Général au Plan (CGP), etc.

1.8. Financement de la santé

En 2011¹³, la dépense totale de santé est estimée à 12 650 464 465 KMF. Elle est de 49,57 USD par tête d'habitant et de 13,27% par rapport au Produit intérieur brut (PIB). Les dépenses d'investissement représentent 1 056 951 347 KMF, soit 8,36% de la dépense totale de santé (DTS). Le budget de l'Etat alloué à la santé est de 10%.

Depuis 2008¹⁴, un système de protection sociale à travers les mutuelles de santé a été mis en place dont 87 mutuelles créées. Trois unions des mutuelles insulaires et une Fédération nationale (FENAMUSAC) ont été créées pour coiffer ce réseau de mutuelles de santé. 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 bénéficiaire reste très réduite (2,8% de la population totale).

Cinq constats majeurs sont notés : (i) le budget de l'Etat alloué à la santé demeure en dessous des 15% par rapport à la Déclaration d'Abuja. (ii) l'Etat n'alloue pas de manière équitable les ressources publiques (par exemple, allocation budgétaire non basée sur les besoins réels des formations sanitaires, ni des services de soins qu'elles proposent), (iii) les ménages supportent 49,80% des dépenses totales de santé (98,15% de paiements directs), (iv) l'intervention financière des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) est encore imprévisible et insuffisante (18,64% des dépenses totales de santé) et (v) l'impact attendu des mutuelles de santé est très faible (environ 5%).

Malgré l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la santé, on constate que le système de santé du pays est presque tributaire de l'aide extérieure dans le financement de certains programmes. Dans l'optique de la recherche de financements innovants afin d'améliorer l'accessibilité financière de la population à des soins de qualité, des études ont été menées notamment sur la viabilité des mutuelles de santé, la mise en place d'une assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et agents de l'Etat, et le prélèvement des taxes et impôts dans certains secteurs.

II. PROBLEMES PRIORITAIRES

Les problèmes prioritaires du système de santé sont présentés selon les six piliers recommandés par l'OMS.

Gouvernance et leadership :

- 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 ;

¹³ *Rapport des CNS de 2011, 2014*

¹⁴ *Rapport final d'évaluation du programme d'institutionnalisation d'une association nationale des mutuelles de santé aux Comores, janvier 2012*

- 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.

Prestations des services et des soins :

- 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.) ;
- Services promotionnels et préventifs peu développés au niveau communautaire ;
- Manque de stratégie nationale de référence et de contre référence.

Ressources Humaines pour la Santé (RHS) :

- Absence d'outils de gestion des ressources humaines ;
- Absence de description de postes et de plan de carrière ;
- Absence de mécanisme 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 ;

Produits médicaux, Vaccins, Infrastructures et Matériels :

- Non respect de la Carte sanitaire ;
- Initiatives communautaires incontrôlées ;
- Infrastructures non conformes aux normes de sécurité du personnel et des usagers ;
- Insuffisance de coordination dans le développement des infrastructures ;
- 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.

Système d'Information Sanitaire :

- 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 ;
- insuffisance de données sur les MNT.

- Les normes de supervision des agents et de monitoring des activités ne sont pas respectées dans certains programmes 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.

Financement de la santé :

- Insuffisance des subventions pour le fonctionnement des structures de santé ;
- Absence de budget d'investissement pour les structures de santé ;
- 50% 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 ;
- Insuffisance de mécanisme pérenne et de mode de financements alternatifs innovants ;
- Absence de Cadrage sectoriel de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

III. DEFIS

- Le renforcement de la Gouvernance et du leadership du secteur de la santé ;
- Le fonctionnement et l'organisation des Hôpitaux (Politique hospitalière, projet d'établissement, etc.) ;
- La réglementation du secteur privé ;
- Le renforcement de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique, de la riposte et de la surveillance ;
- Le dépistage précoce et la prise en charge des maladies non transmissibles ;
- Le développement des stratégies intégrées pour la promotion de la santé, notamment, en matière de nutrition, de sécurité alimentaire, d'hygiène et assainissement ;
- Le renforcement du système de santé communautaire, axé sur la santé de la mère et de l'enfant ;
- La gestion rationnelle des Ressources Humaines pour la Santé et la mise en place de mécanismes de motivation et de rétention du personnel ;
- La mise en place d'un système de maintenance des équipements biomédicaux ;
- L'élaboration du mécanisme de financements innovants et l'institutionnalisation des Comptes Nationaux de la Santé;
- L'accessibilité financière en vue de la couverture sanitaire universelle ;
- La mobilisation des ressources complémentaires suffisantes pour la mise en œuvre du PNDS ;
- Le développement du Système National de d'Information Sanitaire, notamment l'utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) au service de la santé ;
- Le renforcement de la supervision, du monitoring et la coordination des interventions ;
- Le développement de la recherche opérationnelle ;

IV. PERSPECTIVES

- Mobilisation des fonds pour le financement du Plan National de Promotion de la Santé;
- Mise en place de la couverture universelle pour l'accouchement et la césarienne ;
- Mobilisation de fonds internes pour le financement de la formation spécialisée médicale et paramédicale ;
- Extension de l'Ecole de Médecine et de Santé Publique et diversification des filières ;
- Appui financier du Plan de mise en œuvre de la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition ;
- Création du Laboratoire de Santé Publique ;
- Mise en place de l'Agence Nationale de Maintenance des Equipements Biomédicaux.

V. 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».

VI. VALEURS ET PRINCIPES

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-dessus sont essentiels :

Valeurs :

- Le respect des droits de l'homme (ou humains) ;
- 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 solidarité communautaire et nationale.

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 redévabilité ;
- Le financement adéquat, équitable et soutenu du système de santé ;
- La coordination et la collaboration intersectorielle, la décentralisation et la pérennité.

VII. OBJECTIFS

7.1. Objectif Général

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

7.2. Objectifs spécifiques

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

VIII. STRATEGIES PAR OBJECTIF

Objectif 1 : Assurer un accès universel à des services et des soins de santé et de nutrition complet

Élargissement et renforcement de l'accessibilité aux services de santé et de nutrition de qualité :

- Améliorer l'offre des soins à travers la construction/réhabilitation des formations sanitaires, leurs équipements et leurs approvisionnement en médicaments essentiels génériques ;
- Mettre en place des systèmes de prise en charge des plus démunis ;
- Renforcer l'accessibilité et la disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux, de planification familiale et des soins infantiles de qualité ;
- Développer des services de santé communautaire, axé en particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

Renforcement du système de prévention et de promotion de la santé :

- Renforcer le système de surveillance intégrée des maladies ;
- Renforcer les interventions de promotion et de protection de la santé intégrant la prévention sanitaire en milieu scolaire ;
- Renforcer les efforts dans les domaines de la prévention du VIH/SIDA, la Santé de la reproduction, la vaccination, et la nutrition ;
- Mettre en œuvre des interventions de dépistage et de prise en charge des principales maladies transmissibles et non transmissibles.

Objectif 2 : Renforcer la gouvernance, le leadership et le partenariat

Renforcement de la coordination et la réglementation du secteur

- Renforcer le dialogue politique avec toutes les parties prenantes pour la mise en œuvre du PNDS ;
- Mettre en application effective du cadre législatif et réglementaire du secteur de la santé ;
- Renforcer la coordination et l'harmonisation des différentes interventions de santé.

Développement du partenariat public-privé :

- Introduire une politique de contractualisation avec les établissements privés et les personnels de santé (Médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) ;
- Réformer la fiscalité des établissements privés et des professions libérales.

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

Amélioration de la gestion des ressources humaines et matérielles des services de santé publics :

- Mettre en application un plan de recrutement et de redéploiement du personnel de santé, permettant une meilleure répartition géographique du personnel sur le territoire et une meilleure proximité des services de santé pour les populations des zones périphériques ;
- Mettre en place un système de motivation et de rétention ;
- Développer une politique de gestion de carrière à tous les niveaux ;

Développement des infrastructures, des équipements et disponibilité des produits de santé

- Renforcer le plateau techniques des formations sanitaires conformément aux normes sanitaires nationales ;
- Mettre en place une Agence Nationale des technologies hospitalières ;
- Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels de qualité.

Développement d'un système de financement alternatif de la santé

- Accroître la part du budget de la santé par rapport au PIB national ;
- Développer des mécanismes alternatifs innovants de financement (Assurances maladies, Taxation de certains produits et services, etc.) ;
- Harmoniser et mobiliser des financements extérieurs additionnels, plus spécifiquement pour les investissements lourds.

Renforcement du Système d'Information Sanitaire

- Mettre en application le cadre normatif du système d'information sanitaire
- Mettre en œuvre les cadres organiques du système d'information sanitaire ;
- Renforcer le dispositif intégré de suivi et d'évaluation ;
- Développer l'utilisation des NTIC ;
- Développer des partenariats avec les services spécialisés en matière d'information et de statistiques
- Développer la recherche en santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

IX. MISE EN OEUVRE ET SUIVI-EVALUATION

9.1. Cadre de mise en œuvre

La nouvelle configuration du système national de santé tient compte des changements

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

La mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé se fera par l'élaboration de Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2019 et 2020-2024) déclinés à leurs tours en Plans Régionaux de Développement (PRD) et en Plans de Développement des Districts Sanitaires. Ces plans doivent être traduits en Plans de Travail Annuel (PTA).

9.2. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la politique nationale de santé, se fait d'une part, à travers le suivi et l'évaluation des différents plans qui en découlent et d'autre part à travers les cadres de concertation que sont :

Au niveau national : le Comité National de Santé, le Comité Technique National de Santé, le Comité Inter-Agence pour la Coordination, le Comité de Coordination Gestion et Suivi des Activités dans le Cadre du Fonds Mondial (CCM), le Comité National de Lutte contre les SIDA, le Groupe Technique Sectoriel «Santé», la Réunion des Partenaires Techniques et financiers intervenant dans le secteur, l'Inspection Générale de l'Etat, la Réunion de coordination des Hauts Responsables du Secteur de la Santé. L'Inspection Générale de la Santé sera chargée de l'application rigoureuse de tous les textes réglementaires et législatifs.

Au niveau régional : Un Comité Régional de Santé sera mis en place qui assurera le suivi et la coordination des interventions de santé au niveau régional. Il sera également créé un Comité Technique Régional de Santé pour assurer la mise en œuvre des directives du CRS et valider les stratégies et politiques régionales. Des Comités thématiques seront mis en place pour le pilotage des différents projets et programmes, volets de la politique de santé. L'Inspection Régionale de la Santé sera chargée de l'application rigoureuse de tous les textes réglementaires et législatifs.

X. CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

10.1. Analyse des contraintes

Les contraintes de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé sont essentiellement d'ordre politique, économique, environnemental et socio-culturel liées à la pauvreté, à la persistance de pratiques néfastes à la santé, à l'iniquité et à l'inégalité du genre. La résolution des problèmes de santé est rendu complexe du fait de leur caractère multisectoriel.

10.2. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé nécessitera une coordination intra-sectorielle, une gouvernance et un leadership affichés des décideurs du secteur de la santé en vue de pouvoir assurer la coordination des différentes interventions dans le secteur de la santé. Elle nécessitera également une collaboration multisectorielle, notamment avec les autres départements ministériels, les communautés et les organisations de la société civile.

CONCLUSION

La Politique Nationale de Santé donne les grandes orientations pour toutes actions de développement à entreprendre pour l'amélioration de la santé de la population comorienne. Sa mise en œuvre sera facilitée par la conception et l'exploitation d'outils appropriés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle bénéficie de l'adhésion totale et sans équivoque des différents acteurs du développement du secteur de la santé, notamment les autorités sanitaires des îles et du gouvernement central, les partenaires au développement nationaux et internationaux et de la communauté bénéficiaire. Elle se fonde sur des principes et valeurs qui respectent les droits de l'homme et les engagements du pays vis à vis de la communauté internationale et de la population comorienne.

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

BIBLIOGRAPHIE

- Déclaration de Stockholm sur l'Environnement Humain (1972) ;
- Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (20 janvier 1986) ;
- 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 œuvre du Programme Elargi de Vaccination intégré aux Soins de Santé Primaires (PEV/SSP) ;
- Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE, 3 août 1990) ;
- Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (12 mars 1992) ;
- Charte Africaine des Droits et du bien-être de l'Enfant (2 juin 1996).
- Déclaration d'Abuja sur l'initiative «Faire reculer le paludisme» en Afrique (Avril 2000) ;
- Engagement d'actions d'Ouagadougou pour la mise en œuvre 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) ;
- Déclaration d'Abuja par les Chefs d'Etat africains en 2001 ;
- Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique : NEPAD (mai 2002)
- Stratégie pour la Santé en Afrique de l'Union africaine (2007) ;
- 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 ;
- 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 ;
- Plan Pluri - Annuel Complet 2010 – 2014 ;
- Feuille de route pour la Réduction de la mortalité maternelle et infantile, 2007 ;
- Enquête Step - Wise sur les Maladies non Transmissibles, 2011 ;
- Enquête MICS 2000 ;
- Enquête EDS-MICS 2012 ;
- Enquête RGPH 2003 ;
- Code de la santé publique, version 2011 ;
- Stratégie de Croissance Accéléré et de Développement Durable (SCA2D 2015-2019), 2014 ;
- Rapport annuel de la Banque Centrale des Comores, 2012.