

UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement

Ministère de la Santé, de la Solidarité, de
la Protection Sociale et de la Promotion
du Genre

SECRETARIAT GENERAL



جمهورية القمر المتحدة

وحدة - تضامن - تنمية

وزارة الصحة والتضامن والحماية الاجتماعية
وتعزيز الجنس

الأمانة العامة



PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2022-2026

Draft version N°01_Validé par CTNS Elargi

Octobre 2022

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| PREFACE | iv |
| SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES..... | v |
| EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION..... | vii |
| INTRODUCTION | 8 |
| I. CONTEXTE GENERAL | 10 |
| 1.1 Situation géographique et climatique | 10 |
| 1.2 Situation démographique..... | 11 |
| 1.3 Situation socio-culturelle..... | 11 |
| 1.4 Situation politique et administrative | 11 |
| 1.5 Situation économique..... | 12 |
| II. CONTEXTE REGIONAL, CONTINENTAL ET INTERNATIONAL..... | 14 |
| 2.1. Niveau régional | 14 |
| 2.2. Niveau continental..... | 14 |
| 2.3. Niveau international..... | 14 |
| III. MÉTHODOLOGIE | 16 |
| IV. CADRES DE REFERENCES..... | 18 |
| 4.1. Cadre de Référence de Stratégie Mondiale | 18 |
| 4.2. Cadre de référence de stratégie nationale | 19 |
| V. JUSTIFICATION DU PNDS 2022-2026 | 21 |
| VI. EVALUATION DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2015-2019 | 22 |
| 6.1. Evaluation des Principes de l'Effcience de l'Aide | 22 |
| 6.2. Forces et faiblesses du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2019..... | 23 |
| VII. CONTEXTE SANITAIRE | 26 |
| 7.1. Organisation du Système de Santé | 26 |
| 7.2. Etat de santé | 29 |
| 7.2.2. Niveau de Morbidité..... | 32 |
| 7.2.3. Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant..... | 32 |
| 7.2.4. Maladies Transmissibles | 44 |
| 7.2.5. Maladies Tropicales Négligées..... | 52 |
| 7.2.6. Covid-19..... | 53 |
| 7.2.7. Maladies non transmissibles | 54 |
| 7.2.8. Santé communautaire | 58 |

| | | |
|---------|---|----|
| 7.2.9. | Hygiène, Assainissement et environnement..... | 59 |
| 7.2.10. | Gestion des Risques et Catastrophes | 59 |
| 7.2.11. | Règlement sanitaire international | 60 |
| 7.2.12. | Traumatismes et Violences : | 60 |
| 7.2.13. | Sécurité Sanitaire des Aliments | 61 |
| VIII. | ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE..... | 63 |
| 8.1. | Gouvernance, Leadership et Partenariat | 63 |
| 8.2. | Ressources Humaines | 64 |
| 8.3. | Prestation des services : | 66 |
| 8.4. | Infrastructure, équipement et produits de santé | 67 |
| 8.5. | Financement de la santé..... | 69 |
| 8.6. | Système d'Information Sanitaire | 71 |
| 8.7. | Recherche en santé et gestion des connaissances..... | 72 |
| IX. | PRINCIPES ET VALEURS | 74 |
| 9.1. | Principes..... | 74 |
| 9.2. | Valeurs | 74 |
| X. | VISION, BUT, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES | 74 |
| 10.1. | Vision | 74 |
| 10.2. | But..... | 75 |
| 10.3. | Objectifs et orientations stratégiques | 75 |
| XI. | RESULTATS, INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES | 76 |
| 11.1. | Résultats attendus..... | 76 |
| 11.2. | Interventions et actions/activités | 76 |
| XII. | CADRE DE MISE EN OEUVRE | 91 |
| 12.1. | Pilotage, coordination et suivi et évaluation | 91 |
| 12.2. | Processus de planification et de coordination..... | 91 |
| XIII. | CONDITIONS DE SUCCES ET DE RISQUES | 93 |
| 13.1. | Conditions de succès | 93 |
| 13.2. | Conditions de risques..... | 93 |
| XIV. | CADRE DE SUIVI ET EVALUATION | 94 |
| XV. | FINANCEMENT DU PNDS 2022-2026 | 98 |
| 15.1. | Cadrage budgétaire..... | 98 |
| 15.2. | Hypothèses d'estimation | 98 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 15.3. Coût prévisionnel global | 98 |
| 15.4. Sources de financement..... | 98 |

PREFACE

Face aux défis actuels en matière de santé et dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des l'Objectif de Développement Durable (ODD 3) à travers la couverture de ses différentes cibles, et la mise en œuvre du Plan Comores Emergent (PCE) à l'Horizon 2030, le Gouvernement à travers le Ministère en charge de la santé, s'est engagé à des nouvelles réformes, notamment, l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire pour la période de 2022-2026 (PNDS 2022-2026).

Ce présent Plan stratégique 2022-2026 a pour but d'harmoniser, de développer et de faire passer à l'échelle les interventions de santé sur la base des orientations de la Politique Nationale de Santé 2015-2024. Il vise l'amélioration de l'état de santé et le bien-être des populations à travers un système national de santé performant et résilient 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 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.

A nos partenaires au développement du secteur, nous vous demanderions à inscrire vos appuis techniques et financiers sur l'alignement des politiques et stratégies en matière de santé qui tournent 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 la lutte contre la maladie, notamment les maladies transmissibles et non transmissibles.

J'exhorte donc l'ensemble des acteurs du secteur de la santé aussi bien public que privé à s'approprier le Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026 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. Ces remerciements vont également, plus particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en tant que Chef de file des Partenaires Techniques et Financiers dans le cadre d'élaboration des politiques et stratégies de développement sanitaire.

Madame Loub-Yacouti ATTOUMANE

Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la
Protection Sociale et de la Promotion du
Genre

SIGLES, ABREVIATIONS ET ACRONYMES

| | |
|-----------|---|
| AFD | Agence Française de Développement |
| ANAMEV | Agence Nationale des Médicaments et des Evacuations Sanitaires |
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| ASCOBEF | Association Comorienne du Bien être Familial |
| ARV | Anti-Retro-Viraux |
| BM | Banque Mondial |
| CA | Conseil d'Administration |
| CARITAS | Réseau caritatif de France - Secours catholique |
| CGP | Commissariat Général au Plan |
| CHN | Centre Hospitalier National |
| CHRI | Centre Hospitalier de Référence Insulaire |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CILS | Comité Insulaire de Lutte contre SIDA |
| CMC | Centre Médico-Chirurgical |
| CNLS | Comité National de Lutte contre SIDA |
| CNPS | Compte Nationaux du Personnel de Santé |
| CNS | Comité National de Santé |
| Covid-19 | Coronavirus 2019 |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CRC | Croissant Rouge Comorien |
| CS | Comptes de la Santé |
| CS | Centre de Santé |
| CSF | Centre de Santé Familiale |
| CSD | Centre de Santé de District |
| CTNS | Comité Technique National de Santé |
| DAF | Directeur Administratif et Financier |
| DESPP | Direction des Etablissements de Soins Publics et Privés |
| DGEPSS | Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DGSC | Direction Générale de la Sécurité Civile |
| DISS | Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires |
| DPER | Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche |
| DRS | Direction Régionale de la Santé |
| EEC | Evaluation Externe Conjointe |
| FM | Fonds Mondial |
| GAVI | Global Alliance for Vaccines and Immunization - |
| GMPI | Gestion de la Morbidité et Prévention des Incapacités |
| GTS | Groupe Thématique Sectoriel |
| HP | Hôpital de Pôle |
| IDE | Infirmier Diplômé d'Etat |
| INSEED | Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques et Démographiques |
| IRA | Infections Respiratoires Aiguës |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible |
| MD | Maladies Diarrhéiques |
| MNT | Maladie Non Transmissible |
| MTN | Maladie Tropicale Négligée |
| OCOPHARMA | Office Comorien des Produits Pharmaceutiques |

| | |
|--------|---|
| ODD | Objectifs de Développement Durable |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PCE | Plan Comores Emergents |
| PCI | Prévention et Contrôle des Infections |
| PDI | Plan de Développement Intérimaire |
| PEV | Programme Elargi de Vaccination |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PNDRH | Plan National de Développement des Ressources Humaines |
| PNDSIS | Plan National de Développement du Système d'Information Sanitaire |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNISE | Plan National Intégré de Suivi et Evaluation |
| PNLC | Programme National de lutte contre la Cecité |
| 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 Lèpre et la Tuberculose |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PS | Poste de Santé |
| PSE | Paquet de Services Essentiels |
| PRDS | Plan Régional de Développement Sanitaire |
| PVVIH | Personnes Vivants avec le VIH |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| RHS | Ressources Humaines en Santé |
| RSI | Reglement Sanitaire International |
| SFE | Sage-Femme d'Etat |
| SIDA | Syndrome d'Immuno-Déficiencie Acquis |
| SSP | Soins de Santé Primaire |
| TMN | Tetanos Maternel et Néonatal |
| UNFPA | United Nations Funds for Population Activities |
| UNICEF | United Nations Funds or Children |
| VIH | Virus d'Immunodéficiencie Humaine |

EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION

Ce document a été rédigé par une équipe technique des Experts nationaux avec l'appui des Experts internationaux de l'OMS. Il s'agit de :

- 01 Dr. Aboubacar Said Anli, Médecin en Santé Publique et Secrétaire Général du Ministère de la Santé ;
- 02 Mme Koulthoume Maoulana, Economiste de la Santé, Directrice de la Planification, des Etudes et de la Recherche et Point Focal « PDI » ;
- 03 Mr. Hamidou Bounou Said, Economiste de la Santé, Expert national et Point Focal « Cadre organique » ;
- 04 Mr Hachime Hamadi, Directeur Administratif et Financier et Point Focal « Cadre Organique » ;
- 05 Mme Zaharia Said Allaoui, Cadre Infirmier, Directrice des Etablissements Publics et Privés et Point Focal « Normes et Standards » ;
- 06 Mr Mirgane Mze Hamadi, Ingénieur pharmacologue, Chargé de l'Inspection des laboratoires et pharmacies ;
- 07 Dr Ahamada Aly, Médecin en Santé Publique, Directeur Général des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires ;
- 08 Mme Touhoufat Houssamouddine, Cadre en Santé publique, Directrice de l'information et des statistiques sanitaires ;
- 09 Dr. Mohamed Ridhoine, Anesthésiste-Réanimateur, Médecin Chef au CHN El-Maarouf ;
- 10 Dr. Kamal Abdoulwahab, Pharmacien et Directeur de la Production à l'Ocopharma ;
- 11 Dr Ahamada M'sa Mliva, Médecin en Santé Publique, Point Focal du Système de Santé, Bureau pays de l'OMS ;
- 12 Dr Mama Coumar, Médecin en Santé Publique, Consultant de l'OMS ;
- 13 Pr Abdon Mukaly, Professeur de l'Université, Médecin en Santé Publique et Consultant de l'OMS.

INTRODUCTION

La santé de la population reste l'une des préoccupations socio-politiques majeures des pays à faible revenu à cause de la situation sanitaire, marquée par des mortalités maternelles et infantiles élevées et la recrudescence des maladies transmissibles et non transmissibles. Durant ces dix dernières années, l'Union des Comores a enregistré des progrès significatifs dans la Santé de la Mère et de l'Enfant (SME), dans la lutte contre la Tuberculose, le Paludisme et les IST /VIH /SIDA. Actuellement, l'Union des Comores s'inscrit parmi les 6 pays qui pourront aller vers l'élimination du paludisme dans les cinq prochaines années. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2017 (RGPH 2017), le taux de mortalité infantile est de 43,6 pour 1000 et le ratio de mortalité maternelle, est estimée à 195 sur 100 milles naissances vivantes.

Par ailleurs, le Secteur de la Santé fait face à plusieurs défis que connaissent les Pays en voie de développement, accentués par les aléas climatiques liés à sa position géographique. Le caractère insulaire de l'Union des Comores accentue la difficulté de mutualiser certaines infrastructures et rend aussi l'accès géographique aux structures sanitaires plus difficiles. La pandémie Covid-19 a fortement ébranlé le système de santé comorien à l'instar de tous les pays du monde.

Malgré, la disponibilité moyenne des ressources humaines pour la santé, celles-ci sont inégalement réparties dans les régions sanitaires et établissements de santé. A défaut des spécialistes et des équipements modernes, de nombreux comoriens préfèrent se faire soigner à l'étranger, notamment, à Madagascar, en Tanzanie, en l'île Maurice, en Inde, en France, etc.

Les défis majeurs restent l'accès financier de la population aux services, notamment pour les plus démunis et l'amélioration de la qualité des soins. A travers le Plan Comores Emergent à l'Horizon 2030 et le Plan de Développement Intérimaire 2024, le Pays s'est engagé à investir dans plusieurs domaines, notamment l'éducation, la santé, l'agriculture, le renforcement des systèmes d'informations sectoriels par la digitalisation et le développement du Partenariat Public Privé.

De ce fait, la disponibilité d'un système d'information sanitaire performant est une conditionnalité nécessaire pour le monitoring et l'évaluation des programmes de santé en vue de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable liés au secteur et de la Couverture Sanitaire Universelle.

Le Ministère de la santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre a sollicité l'appui des partenaires pour élaborer le Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026 en intégrant les orientations stratégiques et objectifs du Plan Comores Emergent à l'Horizon 2030.

Dans le cadre de la Vision « Comores Emergent à l'Horizon 2030 » visant l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD).et de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), le Gouvernement de l'Union des Comores a entrepris, en collaboration avec ses partenaires au développement, des actions phares telles que la révision des documents stratégiques nationaux intégrant les nouvelles priorités nationales de développement du Pays.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre s'est engagé à l'élaboration de nouveaux documents, tels que : (i) les Textes d'application du nouveau Code de la Santé Publique de 2020 ; (ii) la Carte sanitaire et les Normes et standards des structures sanitaires ; (iii) le Cadre organique ; (iv) le Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026 et (v) le Projet de création de la Faculté de Médecine. Ce processus a obtenu l'adhésion des acteurs avec l'appui technique des Experts Internationaux de l'OMS et des Experts Nationaux du Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre en qualité des Points Focaux par thématique.

Ce présent travail constitue le Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026 de l'Union des Comores. Le document est structuré autour des points suivants :

- Le contexte général du pays ;
- Les approches méthodologiques ayant permis la collecte et l'analyse des données d'évaluation ;
- Les cadres de références pour l'élaboration du PNDS 2022-2026 ;
- Le résumé du rapport d'évaluation du plan stratégique 2015-2019 ;
- L'analyse situationnelle du secteur de la santé aux Comores appréhendant les problèmes de santé, des services et des ressources ayant eu cours dans le pays actuellement ;
- La description du contenu du plan stratégique 2022-2026 ;
- Les stratégies et principales interventions du plan stratégique 2022-2026 ;
- Le plan de suivi-évaluation du plan stratégique 2022-2026 ;
- Les dispositifs de mise en œuvre ;
- Les dispositifs de pérennisation et de performance du plan ;
- La feuille de route pour l'opérationnalisation du plan à tous les niveaux ;
- Le budget du plan stratégique 2022-2026.

I. CONTEXTE GENERAL

Tableau 1: Quelques indicateurs clés du contexte général

| Indicateurs | Données |
|--|---------|
| Population (Projection 2021) | 820 826 |
| Espérance de vie à la naissance | 68,4 |
| Nombre de Régions (Iles autonomes) | 3 |
| Nombre de Préfectures | 17 |
| Nombre de Régions sanitaires | 3 |
| Nombre de Pôle de référence | 7 |
| Nombre de Districts sanitaires | 17 |
| Taux de mortalité infantile (‰) | 43,6 |
| Taux de mortalité juvénile (‰) | 12,6 |
| Taux de mortalité infanto-juvénile (‰) | 55,5 |
| Taux de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes) | 195 |

Source : RGPH2017, INSEED, Comores

1.1 Situation géographique et climatique

Figure 1: Carte géographique de l'Union des Comores.



L'Union des Comores se situe dans l'océan Indien, à l'entrée septentrionale du canal de Mozambique, entre le Nord-ouest de Madagascar et la côte sud-est du continent africain. Il est constitué de quatre îles qui s'étendent sur une superficie de 2 236 Km² en l'occurrence Mwali (Mohéli, 290 Km²), Ndzuwani (Anjouan, 374 km²), Ngazidja (Grande Comores, 1 148 km²), et Maoré (Mayotte, 424 km²). Cette dernière est restée sous administration française depuis l'indépendance du pays en 1975. Le climat est tropical maritime. Son climat tropical est caractérisé par deux grandes

saisons avec des légères variations : (i) une saison chaude et humide de novembre à avril, avec des températures variant de 22,8°C à 30,3°C, marquée par de fortes pluies et des vents violents, Kashkazi et (ii) une saison sèche et fraîche (Kusi) de mai à octobre, caractérisée par des vents de mousson avec une température variant entre 19,5°C à 28,5°C.

1.2 Situation démographique

La population est estimée à 820.826 habitants en 2021¹, avec un taux de croissance de 2%. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 4,3 enfants par femme. L'espérance de vie à la naissance est de 68,4 ans avec une variation entre les hommes (64,3 ans) et les femmes (66,9 ans).

Tableau 2: Projection de la population selon les régions sanitaires

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ngazidja | 379367 | 386954 | 394693 | 402587 | 410639 |
| Ndzuwani | 327382 | 333930 | 340608 | 347420 | 354369 |
| Mwali | 51567 | 52598 | 53650 | 54723 | 55818 |
| Union | 758316 | 773482 | 788951 | 804730 | 820826 |

Source : RGP2017, INSEED, Comores

La densité moyenne démographique des trois (3) Iles est d'environ 440 habitants/Km² et varie d'une île à l'autre : 836 habitants/Km² (Ndzuwani), 192 habitants/Km² (Mwali), et 358 habitants/Km² (Ngazidja). En termes de couverture, les femmes occupent environ 50% et les jeunes de moins de 20 ans représentent 57,4 % de la population. Il est à noter que les habitants migrent beaucoup, aussi vers l'étranger (France, Madagascar,...).

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. La famille reste 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 d'ailleurs en cela que le mariage constitue l'acte par lequel l'individu accède aux hiérarchies sociales de notable. Les notables au niveau intellectuel et à l'implication religieuse et politique constituent les principaux leaders de la prise de décision au niveau communautaire. Sur le plan religieux, 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. 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.

1.4 Situation politique et administrative

Après l'Accord de Paix de Fomboni suivi de l'adoption d'une nouvelle Constitution en 2001, révisée en 2009, 2013 et 2018, des alternances démocratiques se succèdent de 2001 à 2018 et démontrent que les processus de démocratisation et consolidation

¹ Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2017 (RGPH 2017), Comores

² RGPH 2003, Comores

de la paix sont sur la bonne voie. Avec les efforts et l'engagement de l'Etat, des événements majeurs ont été tenus, notamment, les Assises sur les 40 ans de l'Indépendance en 2018, la conférence internationale sur le développement des Comores en décembre 2019 à Paris pour la relance de la mobilisation socio-politique et socio-économique, et le dialogue national en 2022 afin de consolider les acquis vers l'émergence de l'Union des Comores à l'Horizon 2030.

L'Union des Comores est composée de trois (3) régions administratives sous forme d'Iles Autonomes (Ngazidja, Ndzuwani et Mwali) avec 16 Préfectures et 54 Communes dont 8 Préfectures subdivisées en 28 Communes à Ngazidja, 05 Préfectures et 20 Communes à Ndzuwani et 03 Préfectures et 06 Communes à Mwali conformément à la Loi N°11-006/AU du 02 mai 2011 portant organisation administrative et territoriale en Union des Comores. Chaque Île est placée sous l'autorité d'un Gouverneur élu. Dans ce mode décentralisé, les Préfectures sont sous l'autorité des Préfets nommés et les Communes sont gérées par des Maires avec des Conseils Communaux élus.

1.5 Situation économique

La devise de l'Union des Comores est le Franc comorien. Selon la Banque Mondiale, le Produit Intérieur Brut est de 1,22 milliard USD (2020), soit 1 402,60 USD (2020) par habitant, le classant ainsi parmi les pays « à revenu intermédiaire de tranche inférieure » (Banque Mondiale 2019). En 2020, le taux de croissance du PIB est situé annuellement à 4,9% de variation. Le revenu brut est estimé à 2,899 milliards dollars. Le Fonds Monétaire International (FMI) prévoit une croissance économique nulle en 2021, après une récession de 0,5% en 2020. Cette dernière s'explique, notamment, par la forte baisse de revenus des exportations agricoles et du tourisme durant la crise sanitaire liée à la COVID-19, que n'ont pu entièrement compenser les transferts de la diaspora. Le FMI table sur une relance significative de la croissance de 3,6% en 2022, sous l'effet de la relance de l'activité économique.

L'Union des Comores est classée 19^{ème} parmi les 25 pays les plus pauvres. L'Indice de Développement Humain durable (IDH) est de 0.538 et le pays est alors classé 156^{ème} sur 189 pays. Fortement dépendant des financements extérieurs, plus du quart de son PIB provient des apports de la diaspora. De plus, le pays est souvent exposé aux aléas du changement climatique avec des conséquences économiques. Selon la Banque Africaine de Développement³, l'économie des Comores a été fortement impactée par les effets néfastes de la COVID-19 en 2020 après avoir été touchée en 2019 par le cyclone Kenneth. Même si le pays n'a pas choisi la stratégie de confinement, il a, comme beaucoup d'autres pays dans le monde, fermé ses frontières et instauré un couvre-feu.

L'isolement économique de l'archipel pendant la pandémie a entraîné un déclin du PIB réel de 0,9 %, contre une croissance de 2 % en 2019, en raison d'une baisse des exportations des cultures de rente et du tourisme. Le secteur des services, qui représente plus de 50 % du PIB, a été fortement touché en raison des restrictions imposées aux voyages internationaux. Du côté de la demande, la croissance du taux d'investissement est tombée à 1,8 % en 2020, contre 10,5 % en 2019, alors que la

³ BAD: [Perspectives économiques en Afrique](#), 2021

consommation a généralement stagné. Du fait de l'ancrage du franc comorien à l'Euro, le taux d'inflation a été stabilisé à 3,1 % en 2020 contre 3,7 % en 2019. Quant au déficit du compte courant, il ne devrait se creuser que légèrement et atteindre 4,3 % du PIB en 2020 contre 3,2 % en 2019.

L'Union des Comores est classée 160^{ème} sur 190 pays pour le climat des affaires (classement Doing Business 2020). La France (24 % des exportations) est le principal importateur des produits comoriens aux côtés de l'Allemagne, Singapour, l'Inde et les Pays-Bas (CNUCED 2018). Les importations comoriennes se font principalement avec la Chine, le Pakistan, la France, les Emirats Arabes Unis et Madagascar.

En termes de perspectives, l'économie comorienne, avec une croissance de 3,5 % en 2021, devrait croître de 4,5% en 2022, si d'une part, la pandémie s'atténue suffisamment, et, d'autre part, si les transferts de fonds restent importants, les prix des produits d'exportation se redressent et le soutien des partenaires au développement se poursuit. Et comme le pays entend poursuivre sa politique monétaire dans le cadre de son appartenance à la zone CFA, le taux d'inflation devrait diminuer à 1,9 % entre 2021 et 2022. Une reprise devrait permettre d'assainir les finances publiques afin de réduire les déficits budgétaires à 2,4 % du PIB en 2021 et à 2,3 % en 2022.

II. CONTEXTE REGIONAL, CONTINENTAL ET INTERNATIONAL

Les engagements pris par l'Union des Comores au niveau regional, continental et international pour l'amélioration de l'état de santé de la population sont :

2.1. Niveau régional

L'Union des Comores est soumise à certaines politiques sous régionales, notamment, dans le cadre des réformes budgétaires dans des marchés communs, des stratégies de développement des secteurs socio-économiques y compris SADC et la COI.

2.2. Niveau continental

Les engagements prisent au niveau continental par les pays, entre autres, sont:

- **L'Agenda 2063 de l'Union Africaine (2013)** dont l'un des domaines prioritaires est la santé en faisant un focus sur la nutrition qui constitue une des priorités sanitaires. L'Union des Comores a adhéré à l'Agenda 2063 de l'Union Africaine qui vise une «*Afrique intégrée, prospère et en paix, gérée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique dans l'arène internationale* » ;
- **La Déclaration d'Abuja (2001)** par laquelle le Pays s'est engagé à parvenir graduellement à l'allocation de 15% du budget national annuel à la santé ;
- **La Déclaration de Harare (1987)** sur le "Renforcement des systèmes de santé de district basés sur les soins de santé primaires";
- **L'initiative de Bamako (1987)** sur la mobilisation des ressources à travers le recouvrement des coûts « Participation communautaire ».

2.3. Niveau international

Au niveau international, on pourrait évoquer les engagements ci-dessous :

- **La Transition de financement pour la vaccination (2019)** : En matière de vaccination, l'Etat s'est engagé dans le cadre de la transition avec GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) à assurer un co-financement passant d'environ 12% en 2019 au financement total de l'achat des vaccins et au soutien des services de vaccination en 2025 ;
- **Les Déclarations d'Alma Ata (1978) et d'Astana⁴ sur les soins de santé primaires (2018)** ;
- **L'Adhésion en 2018 au Mécanisme de Financement Mondial (GFF)**: Cette initiative vise à accélérer le rythme de mise en oeuvre des réformes ambitieuses et mobiliser des financements en faveur des priorités nationales pour la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents et nutrition envisagée comme un point d'entrée au renforcement de l'ensemble du système de santé du pays ;
- **Le Cofinancement pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (2016)** : Dans le cadre de l'élimination du sida, de la tuberculose et

⁴ OMS UNICEF. Déclaration d'Astana. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. D'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable. Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018. OMS, UNICEF, 2019.

du paludisme, le pays a pris l'engagement avec certains partenaires techniques et financiers, d'augmenter sa part de co-financement à hauteur de 20 %, et progresser graduellement pour atteindre les 40 % les prochaines années afin de maintenir les acquis de la lutte contre les trois maladies et espérer leur élimination ;

- **Les Objectifs de Développement Durable (ODD 2015).** Le pays a adhéré en 2015 aux objectifs de développement durable (ODD) qui à travers ses 17 Objectifs pour 2030 devraient permettre l'éradication de la pauvreté, de lutter contre les inégalités et l'injustice, et de faire face aux changements climatiques. Le troisième objectif (ODD3) concerne la santé et la cible 3.8 est en faveur de la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) dans laquelle la Côte d'Ivoire s'est engagée afin d'améliorer durablement la santé de la population. Cette cible stipule en effet de « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » ;
- **La Déclaration de Rio de Janeiro sur les déterminants sociaux de la santé (2012) ;**
- **La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (SSP-2008) :** Cet engagement oblige les pays à réactiver les principes des SSP dans le contexte de la Couverture Santé Universelle (CSU), réaffirmée en 2018 avec *la Déclaration d'Astana*, qui a appelé les pays à renforcer les systèmes de soins de santé primaire en tant qu'étape essentielle vers la CSU. Elle s'inscrit en faveur d'investissements accrus pour les SSP ;
- **La Déclaration d'Addis Abeba sur la santé communautaire (2006) ;**
- **La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005) :** Elle vise à promouvoir la qualité de l'aide, son efficacité et son impact sur le développement par l'appropriation par la partie nationale, l'alignement de l'aide sur les priorités, l'harmonisation des procédures et la responsabilité mutuelle des résultats obtenus ;
- **Le Règlement Sanitaire International (RSI-2005),** qui est une initiative des pays, des organisations internationales et de la société civile pour conjuguer les efforts et accélérer les progrès vers un monde sécurisé contre les menaces de maladies infectieuses ;
- **Les initiatives mondiales pour la santé (1990)** sur Population et développement, la Santé familiale et les Programmes de lutte contre le Sida.
- **La Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978)** pour plus de justice sociale, droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité ; les SSP sont fondés sur des méthodes et techniques pratiques : (i) Scientifiquement valables ; (ii) Socialement acceptables; (iii) Rendus universellement accessibles à tous les individus et familles de la communauté avec leur pleine participation; (iv) À un coût que la communauté et le pays peuvent assumer à tous les stades de leur développement et (v) Dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination

III. MÉTHODOLOGIE

Un groupe de travail composé d'Experts Nationaux et des Consultants internationaux de l'OMS, a été mis en place et travaillé conformément à la feuille de route validée par le Ministère en charge de la santé à travers le Secrétariat Général. La collecte des données auprès des principaux acteurs a été faite par la revue documentaires, les interviews et l'observation au cours des visites de terrain.

Un calendrier des visites a été élaboré, validé, puis transmis aux responsables des structures. Lors des visites sur le terrain, les équipes de collecte des données se sont entretenues avec les responsables des structures pour présenter les objectifs de la mission. A chaque niveau, une visite guidée des structures, a permis de collecter les données et d'apprécier, les ressources en termes des six (6) piliers du système de santé, notamment, les ressources humaines, les infrastructures, les produits de santé y compris les vaccins, les équipements, le financement, etc..

La collecte et l'analyse des données destinées à l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire de 2022-2026 ont été faites sur l'exploitation de certains documents nationaux phares, en particulier, le PDI 2020-2022, le Plan Comores Emergent à l'Horizon 2030 et surtout l'ancien PNDS 2015-2019 et les autres rapports et analyses sur le secteur de la santé en Union des Comores. Les outils ont été présentés aux principaux acteurs au cours des réunions et ont donc été validés de façon appropriée.

Quant aux entretiens, ils ont visé les principaux responsables du niveau central du Ministère en charge de la Santé, notamment, les Directeurs de différents services de santé, de la planification, de la budgétisation, des finances, des ressources humaines pour la santé et des infrastructures & établissements publics et privés et de l'Office comorien des produits pharmaceutiques (Ocopharma).

Ces entretiens ont également concerné les responsables des programmes de lutte contre la maladie, avec les responsables nationaux, locaux publics et privés à tous les niveaux, ainsi que des partenaires bilatéraux, multilatéraux et des ONG. Au niveau décentralisé, les entretiens ont concerné les principaux responsables de la santé des îles et des districts aussi bien qu'au niveau des structures périphériques. Des entretiens avec des agents de santé travaillant dans plusieurs centres hospitaliers de référence et centres de santé répartis dans les trois régions sanitaires du pays ont été colligés.

Les entretiens ont été réalisés grâce aux guides d'entretien conçus et appliqués pour recueillir les différents points de vue des acteurs du secteur de la santé. Des réunions ont été organisées avec les représentants d'ONG et les partenaires au développement opérant dans le Pays : l'OMS, AFD, BM, PNUD, UNICEF, Japan International Cooperation Agency (JICA), l'Ambassade de la République Populaire de Chine.

Des visites et observations des structures (CHN, CHRI, CMC, Centres de santé, Poste de santé, Ecole de Médecine et de Santé Publique, etc..) ont aussi permis d'apprécier les ressources et leur utilisation par les acteurs sanitaires. Les entretiens ont porté sur les activités menées, le fonctionnement, les organes de gouvernance, les principales réalisations, les difficultés, contraintes et défis. Dans chaque visite, les échanges ont

été réalisés pour avoir les avis et les suggestions des acteurs, notamment, les professionnels de santé et certains responsables au niveau communautaire.

Ainsi, des informations ont été collectées sur la mise en œuvre des programmes et projets de santé. En fin de mission, un atelier de restitution de l'analyse situationnelle, a été tenue dans chaque région pour partager les informations et données collectées sur le terrain avec les acteurs locaux.

L'élaboration de la proposition du document a suivi les étapes suivantes :

- L'analyse de la situation du système de santé ;
- La rédaction et la validation des documents du rapport de l'analyse de la situation du système de santé, du Cadre organique, des Textes d'application du Code de la Santé 2020, des Normes et Standards, de la Carte sanitaire et du Projets de la création de la Faculté de Médecine et le Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026.

IV. CADRES DE REFERENCES

Le présent plan stratégique 2022-2026 a pour but d'harmoniser, de développer et de faire passer à l'échelle les interventions de santé sur la base des orientations de la politique nationale de santé 2015-2024. Il accompagne la Vision de l'Union des Comores et la mise en œuvre du Plan Comores Emergent à l'Horizon 2030 dans sa partie concernant le développement du secteur de la santé. L'objectif général affiché est de «**Améliorer l'état de santé de la population comorienne à travers un système de santé performant et équitable**». Le Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre met tout en œuvre pour atteindre l'Objectif de Développement Durable (ODD3) d'ici 2030 à travers ses différentes cibles.

4.1. Cadre de Référence de Stratégie Mondiale

ODD 3: PERMETTRE A TOUS DE VIVRE EN BONNE SANTE ET PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE DE TOUS A TOUT AGE



Figure 1 : Objectif de Développement Durable 3 et ses différentes cibles

Parmi les 17 Objectifs de Développement Durable (ODD), on constate dans ce schéma que l'objectif 3 est consacré pour la santé dont «**Bonne santé et bien-être**». D'autres objectifs concernent en partie la santé, notamment : (i) L'objectif 2 sur la nutrition ; (ii) l'objectif 5 sur l'égalité du sexe ; (iii) l'objectif 6 sur eau propre et assainissement et (iv) l'objectif 16 sur la lutte contre la corruption concerne tous les secteurs y compris la

santé. En bref, l'ODD 3 est en interrelation avec tous les autres 16 ODD, tant sur le plan environnement, sociétal ou économique⁵.

L'Assemblée Mondiale de la santé a adopté en mai 2018 le nouveau plan stratégique quinquennal couvrant la période de 2019 à 2023 qui est le treizième Programme Général de Travail (PGT 13) de l'OMS. Ce programme est structuré de manière à contribuer aux efforts mondiaux pour atteindre les ODD avec un accent particulier sur l'ODD 3 qui est de *«Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tous les âges d'ici 2030»*.

Par ailleurs, 196 pays ont souscrit au Règlement Sanitaire International (RSI) dont l'Union des Comores en 2005. Les orientations obligatoires visent à garantir la sécurité sanitaire et exhortent les pays à mettre en place les capacités essentielles dans 19 domaines techniques définis et selon les trois fonctions essentielles de prévenir, de détecter et de riposter aux événements sanitaires pouvant constituer une Urgence de santé publique de portée internationale (USPPI).

Par ailleurs, les stratégies au niveau international doivent s'adapter face à l'apparition d'une grave crise sanitaire liée à la pandémie à Coronavirus-2019 (Covid-19). Face à l'ampleur de cette pandémie, la plupart des pays ont instauré, dès le début de l'année 2020, des mesures restrictives de lutte qui ont durement ébranlé les secteurs d'activités et perturbé l'offre ainsi que la demande de biens et service.

4.2. Cadre de référence de stratégie nationale

La Politique Générale de l'Etat (PGE) donne les directives et les orientations stratégiques pour l'atteinte des objectifs de l'émergence de l'Union des Comores d'ici 2030 afin de bâtir une nation forte, prospère et solidaire pour la fierté et le bien-être de la population. De plus, le secteur de la santé y est également défini comme un des catalyseurs de l'émergence de l'Union des Comores avec pour 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 et à moindre coût, 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»***.

Le PNDS 2022-2026 est en phase avec le Plan Comores Emergent 2030 et fait le lien entre la santé et le développement du pays. Il répond bien à la question de savoir comment la santé de la population comorienne va impacter le développement socio-économique du pays d'ici à l'an 2030. Le secteur de la santé est ici considéré comme un sous-système du développement et en contrepartie, le développement général du pays contribue bien à améliorer les états de santé de la population. Certes, le Plan Comores Emergent 2030 a été conçu comme un outil devant contribuer à l'amélioration de la gouvernance démocratique et administrative au cours des dix prochaines années, plus respectueuse des droits de l'Homme, de l'égalité de genre et

⁵ ODD3 - Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges.
<https://www.agenda-2030.fr/17-objectifs-de-developpement-durable/article/odd3-donner-aux-individus-les-moyens-de-vivre-une-vie-saine-et-promouvoir-le#Relations-avec-les-autres-ODD> 26/09/2018

promouvant l'Etat de droit. Et cette vision pour être plus concrète, doit être appliquée dans un cadre opérationnel plus large comprenant l'administration, la justice, la lutte contre la corruption et la décentralisation.

L'adoption d'un plan stratégique de la santé entre bien dans cette vision de mettre en œuvre des actions qui vont effectivement contribuer à offrir des services de santé de qualité, et par conséquent à améliorer la santé de la population. Or, cette vision sectorielle au niveau de la santé ne peut se réaliser que lorsque la gouvernance du système de santé est renforcée et appliquée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui accroît l'appropriation de tous les mécanismes nécessaires ainsi que la participation de toute la population comorienne.

L'un des grands défis du secteur santé est alors de parvenir à asseoir un système de santé performant, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé pour tous. Dans ce sens, la vision du secteur de la Santé est : *la synthèse des différents éléments constituant les catalyseurs 3.2, 3.3 et 3.4 du PCE 2030, Comores*

Catalyseur 1 : Un cadre politique et institutionnel réformé et stable

Le gouvernement comorien a inscrit l'amélioration de la gouvernance démocratique et administrative au rang de ses priorités au cours des dix prochaines années. Dans ce sens, le secteur de la santé doit assumer son rôle de faire en sorte que chaque Comorien ait droit à la santé en ayant accès de façon équitable aux services de soins de santé. Le système de gouvernance totalement axé sur les résultats dans ce secteur doit être organisé de façon efficace et efficiente à travers un cadre organique qui s'exerce dans une administration de justice tout en étant proche des populations les plus vulnérables sur l'ensemble de la pyramide sanitaire.

Catalyseur 2 : Des infrastructures à niveau pour une économie performante

L'offre des services de soins de santé doit être alignée sur la Vision du Plan Comores Emergent à l'Horizon 2030 qui est de faire en sorte que «*l'Union des Comores soit dotée d'infrastructures à niveau qui soutiennent la transformation structurelle de l'économie et l'émergence socio-économique*». La réactualisation de la carte sanitaire doit cibler tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour s'assurer que les ressources indispensables sont équitablement allouées et répondent aux besoins essentiels de la population comorienne. Les différentes infrastructures sanitaires doivent répondre aux besoins de santé prioritaires de façon équitable et dans lesquelles sont offerts les services de soins de qualité, accessibles et à moindre coût.

Catalyseur 3 : Un capital humain qui prépare l'avenir

La formation, l'utilisation et la réglementation des ressources humaines pour la santé doivent être organisées de façon à les rendre disponibles et productrices au niveau de leurs lieux de travail. La mise en place d'un plan stratégique national des ressources humaines pour la santé est une opportunité pour voir se déployer des professionnels de santé de qualité sur l'ensemble du territoire national. L'offre des services de santé de qualité par des professionnels motivés garantit leur utilisation par les populations et assurer ainsi la santé de tous les comoriens, désormais aptes à participer aux efforts

de développement socio-économique de l'Union des Comores Emergent à l'Horizon 2030.

Catalyseur 4 : Des réformes structurelles pour un environnement compétitif

Un système de santé performant n'est possible que s'il est structurellement réformé durablement afin de lui permettre de faire face aux défis de plus en plus émergents à l'instar de l'introduction des pathologies qui causent des conséquences irréparables à l'économie nationale. Les pandémies à l'exemple à celle due au Coronavirus qui impactent sur la promotion et la commercialisation du tourisme impliquent des réponses appropriées. Et le système de santé devenu performant contribue bien à l'assainissement de cet environnement compétitif en améliorant les conditions, par exemple, du tourisme et du commerce international.

Catalyseur 5 : Les Comores, un acteur de la révolution numérique

Au 21ème siècle, aucune activité humaine ne peut se soustraire à la révolution numérique. Les mesures imposées par les pandémies appellent à de nouvelles formes de travail. La télémédecine, comme la formation peuvent se dérouler à distance. En Union des Comores, le secteur de la santé se doit de se doter des technologies les plus modernes pour relever les défis qui vont s'imposer à lui. La mutualisation des infrastructures, des pratiques, la capitalisation des investissements peuvent être pratiquées avec des outils technologiques et numériques les plus modernes. Les équipements attendus dans le secteur de la santé doivent contribuer à améliorer les nouvelles offres de services par le biais du numérique, en particulier pour réduire les distances entre les praticiens et les populations bénéficiaires tout en approchant les différentes compétences médicales au plan international. C'est donc en réduisant les fractures numériques que les professionnels de la santé des Comores pourraient apprendre au contact des autres.

V. JUSTIFICATION DU PNDS 2022-2026

Face à un système de santé en croissante évolution du fait de la persistance des pathologies dites traditionnelles à l'instar du paludisme et autres maladies touchant le couple mère-enfant, il y a irruption des pathologies émergentes telle que le Coronavirus et les Maladies Non Transmissibles (MNT). Ces différents problèmes de santé contribuent à limiter la performance de l'ensemble du système de santé. Certes des réformes sanitaires et des stratégies diverses ont été introduites ainsi que l'adoption du Code de la santé publique en 2020, il semble que des efforts restent à fournir au plan notamment de la gouvernance de l'ensemble du système.

Les principales faiblesses du système apparaissent généralement au niveau de la gouvernance et de l'insuffisance des ressources disponibles. Toutefois, des opportunités existent qu'il faudrait exploiter pour asseoir un système de santé plus performant. Trois opportunités retiennent plus particulièrement l'attention :

- L'engagement politique de haut niveau en faveur du secteur de la santé;
- L'adoption du Plan Comores Emergent à l'Horizon 2030 bâti autour des socles et catalyseurs pertinents visant une Union des Comores à l'économie plus robuste en faveur de la lutte contre la pauvreté;

- Les appuis de plus en plus consistants des partenaires au développement accompagnant les autorités sanitaires et le gouvernement dans leurs efforts d'offre des services de santé de qualité.

C'est en capitalisant les acquis et les insuffisances réunis constatés dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé de 2015-2024, du Plan National de Développement Sanitaire de 2015-2019, des autres stratégies des programmes de santé publique et en prenant en considération le Plan Comores Emergent à l'Horizon 2030 que l'élaboration du nouveau plan couvrant la période de 2022 à 2026 se justifie.

VI. EVALUATION DU PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2015-2019

6.1. Evaluation des Principes de l'Efficiences de l'Aide

Le tableau ci-dessous présente d'une manière générale, le niveau d'appréciation de l'efficience de l'aide internationale accordée au pays dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire de 2015-2019.

Tableau 3: Evaluation des Principes de l'Efficiences de l'Aide

| N° | PRINCIPES | APPRECIATION Note de 1 à 4 | COMMENTAIRES |
|----|--|-------------------------------|---|
| 1. | Appropriation | 3 | Le processus d'élaboration du plan de développement y compris la formulation des objectifs est de la responsabilité du gouvernement |
| 2. | Alignement | 3 | Réunion du gouvernement avec les donateurs sur l'alignement de l'aide |
| 3. | Harmonisation | 3 | La tenue des réunions des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour définir les domaines d'interventions spécifiques |
| 4. | Gestion axée/orientation vers les résultats | 2 | Les programmes financés par Alliance Mondiale pour la Vaccination (GAVI), FM s'engagent sur la Gestion Axée sur le Résultat (GAR) |
| 5. | Responsabilité mutuelle/ Redevabilité réciproque | 3 | La partie nationale et les PTF sont responsables des résultats obtenus |
| 6. | Prévisibilité de l'aide | 3 | L'aide est prévisible (Loi de finance, Plan de Contingence Nationale,...) |
| 7. | Partenariats pour le développement ouverts à tous. | 3 | Le partenariat est ouvert à toutes les parties prenantes |

| N° | PRINCIPES | APPRECIATION Note de 1 à 4 | COMMENTAIRES |
|----|---|-------------------------------|--|
| 8. | Transparence, lutte contre la mauvaise gestion des ressources | 3 | Les ressources allouées à la santé sont gérées conformément aux procédures administratives et financières des PTF, ces procédures sont basées sur le principe de la transparence et de la lutte contre la fraude |

1= Pas du tout satisfaisant, 2= peu satisfaisant, 3= satisfaisant, 4= très satisfaisant

6.2. Forces et faiblesses du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2019

L'analyse des forces et des faiblesses du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2019 est développée par domaine d'activité à travers le tableau ci-dessous :

Tableau 4: Forces et Faiblesses du PNDS 2015-2019 par domaine d'activités

| DOMAINES | FORCES | FAIBLESSES |
|---|---|--|
| Analyse de la situation et des mesures prises | Analyse de la situation met en évidence les principaux problèmes prioritaires et les défis à relever | Elle ne comporte pas d'analyse SWOT/FFOM |
| | | Il y a des variations dans la description de la situation épidémiologique |
| | | Instances de coordination au niveau des régions et des districts ne sont pas clairement mentionnées |
| | | Le Non-respect de la politique des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) dans l'approvisionnement des formations sanitaires, n'est pas souligné comme problème important |
| Domaines prioritaires, vision, objectifs, orientations stratégiques et actions. | La plupart des objectifs sont clairement définis et reliés à des indicateurs mesurables | Certains objectifs n'ont pas d'indicateurs mesurables : Lèpre, Hypertension Artérielle, Diabète, Affections Bucco-dentaires, utilisation des produits nocifs à la santé (Alcool, Tabac, Drogues, etc.), Promotion de la santé |
| | Un accent est mis sur l'amélioration de l'accessibilité financière et l'atteinte de la couverture sanitaire universelle | Dans le détail des composantes, la recherche et de la gestion des connaissances ne figure pas. Il n'y a pas eu une réelle évaluation des risques et des changements majeurs dans l'orientation politique qui pourraient désorganiser le système de santé |
| Processus d'élaboration | PNDS a été élaboré sous l'égide du Comité | Participation de la société civile semble limitée et celle des structures |

| DOMAINES | FORCES | FAIBLESSES |
|---------------------------------------|---|---|
| | National de Santé (CNS) et du Comité Technique National de la Santé (CTNS), avec l'implication d'un grand nombre d'acteurs; | communautaires n'est pas visible. Insuffisance d'appropriation par les parties qui n'ont pas participé au processus |
| Modalités de financement et d'audit | Cadre de financement qui a intégré les montants acquis et à rechercher | Absence de Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et d'un document de pour l'harmonisation de financement de la santé «COMPACT» |
| | Actions à entreprendre avec les objectifs ont été définis | Risque de déséquilibre dans la répartition des ressources au profit du niveau central et de mauvaise gestion et de déperdition des ressources déjà insuffisantes ; Absence de mécanisme de contrôle des comptes publics Pas des données estimatives sur la contribution des communautés au développement du système de santé (Infrastructures, équipements, etc.) Difficulté dans la mise en œuvre de tous les programmes, suite à une insuffisance de fonds |
| Modalités de mise en œuvre et gestion | Existence des plans stratégiques nationaux et des plans stratégiques des programmes de santé | La Traduction du PNDS en plans opérationnels n'est pas effective (Plans régionaux, districts et microplans des secteurs de santé). |
| | | Absence de politique nationale d'acquisition et de maintenance de matériels. |
| | | La non maîtrise de la gestion des approvisionnements se traduit tantôt par de certains dons du matériel inutilisable et inadapté, ou une logistique disparate et immobilisée. |
| | | La gestion des ressources des ressources humaines est centralisée avec une insuffisance de personnels qualifiés au niveau opérationnel Abondance de personnels au statut précaire (Bénévoles et contractuels) |

| DOMAINES | FORCES | FAIBLESSES |
|---------------------------------------|--|--|
| | | Démotivation des personnels et une grande mobilité due à la recherche constante d'une meilleure position. |
| Résultats, Suivi et Evaluation | Disponibilité d'un guide d'indicateurs des programmes de santé | La non respect d'indicateurs hamonisés pour l'élaboration des certains documents stratégiques Absence d'un Plan National Intégré de Suivi et Evaluation |
| | Organisation des revues et élaboration des plans opérationnels | Manque de plans opérationnels des districts |

VII. CONTEXTE SANITAIRE

7.1. Organisation du Système de Santé

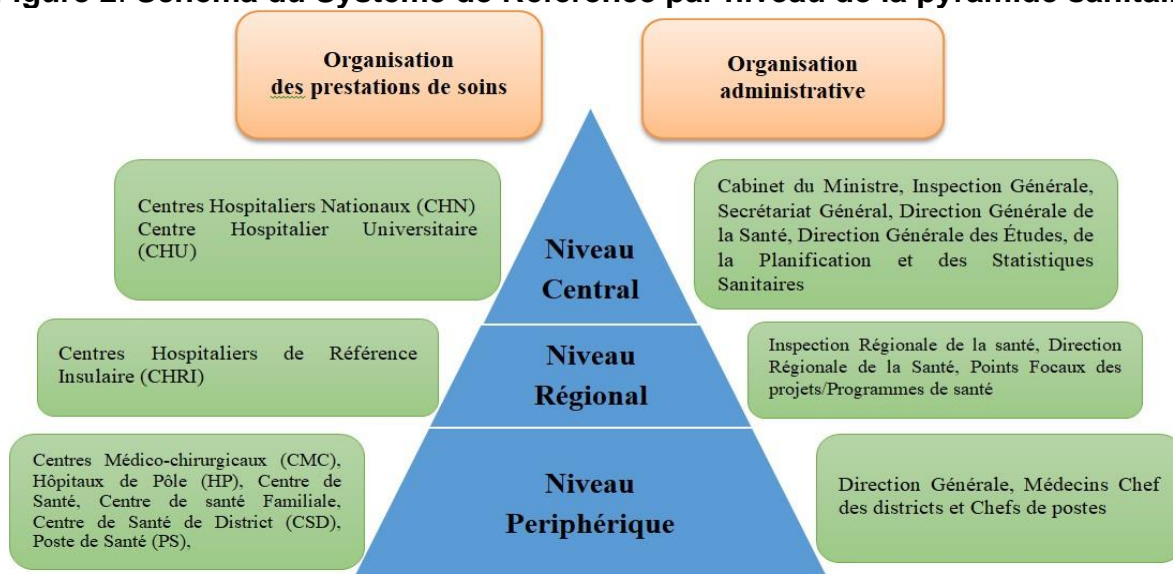
Le système de santé est de type pyramidal avec trois niveaux : central, régional et périphérique. Le secteur privé est sous la tutelle technique du Ministère en charge de la santé. L'organisation administrative est structurée de façon à rendre visible celle des prestations sanitaires dans le pays. A chaque niveau de la pyramide sanitaire correspond un type de prestations bien ciblé. C'est à partir de cette organisation structurelle du système que se situe sa capacité à répondre efficacement aux agressions provoquées par les maladies et autres catastrophes qui portent atteinte à la santé des populations. Le but final du Ministère en charge de la Santé est de faire passer à l'échelle les interventions de santé sur la base des orientations de la politique nationale de santé.

Le secteur privé est sous la tutelle technique du Ministère en charge de la santé avec une organisation administrative ou gestionnaire et un volet d'offre de soins ou prestations de soins, répartis chacun en trois échelons.

Le Ministère en charge de la santé a pour mission essentielle d'impulser, de coordonner, d'évaluer et de contrôler l'ensemble des services déployés sur l'ensemble du territoire pour lutter contre les phénomènes morbides. De son leadership dépend la performance du système de santé. Il est appuyé en cela par des directions et services techniques ainsi que par les partenaires au développement. Le Secrétariat Général (SG) est l'interface du Ministre et assiste ce dernier dans sa fonction à la fois politique que technique par deux directions générales : (i) La Direction Générale de la Santé (DGS) et (ii) Directions Générales des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires (DGEPS). Il s'agit de :

- La Direction Générale de la Santé (DGS) assure la conception, la coordination, la supervision des programmes de santé conformément aux politiques et stratégies, définies par le Gouvernement. Elle est composée de : (i) la Direction des Etablissements des Soins Publics et Privés (DESPP), (ii) la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), (iii) la Direction de la Santé Familiale et Infantile (DSFI), (iv) la Direction de la Promotion de la Santé (DPS), (v) la Direction de la Lutte contre le SIDA (DLS), (vi) la Direction Régionale de la Santé (DRS) et (vii) tous les projets et programmes du secteur de la santé ;
- La Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires (DGEPS) assure la coordination, la planification, les études socio-économiques, la recherche, le suivi et l'évaluation des directions et des programmes de santé conformément aux politiques et 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 Sanitaires (DISS).

Figure 2: Schéma du Système de Référence par niveau de la pyramide sanitaire



L'organisation administrative : Elle comprend trois (3) niveaux comme suit :

- **Au niveau central :** le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les Programmes de santé. Ces structures sont chargées de la définition de la politique ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- **Au niveau intermédiaire :** 3 Directions Régionales et 7 Pôles de référence sanitaire qui ont pour mission d'organisation et d'appui des districts sanitaires dans la mise en œuvre de la politique sanitaire ;
- **Au niveau périphérique :** 17 Districts Sanitaires chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Par ailleurs, le district sanitaire qui constitue l'unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires qui représentent le bassin de desserte d'un établissement sanitaire de premier contact.

L'offre de soins ou prestation de service : décrit à trois (3) niveaux comme suit :

- **Niveau primaire ou périphérique** est composé de toutes les structures de santé publiques qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de soins curatif, préventif, éducatif et promotionnel;
- **Niveau secondaire :** comprend toutes les structures de santé publiques assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement ;
- **Niveau tertiaire :** constitué de toutes les structures de santé publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Un projet est en cours pour la construction du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) déjà créé par Décret présidentiel depuis 2005. Il est à noter que beaucoup des structures de santé ne sont pas fonctionnelles pour assurer les fonctions de second recours.

Le secteur pharmaceutique public : L'organisation de la gestion, la coordination des produits de santé relèvent du Ministère en charge de la santé à travers la Direction

des établissements de soins publics et privés. En revanche, des structures rattachées d'appui ont été mises en place en vue d'harmoniser et de réguler la chaîne d'approvisionnement et de distribution des produits de santé y compris les autorisations d'importation et la production. Il s'agit de l'Agence National des Médicaments et des Evacuations Sanitaires (ANAMEV) et de l'Office Comorien des produits pharmaceutiques (Ocopharma).

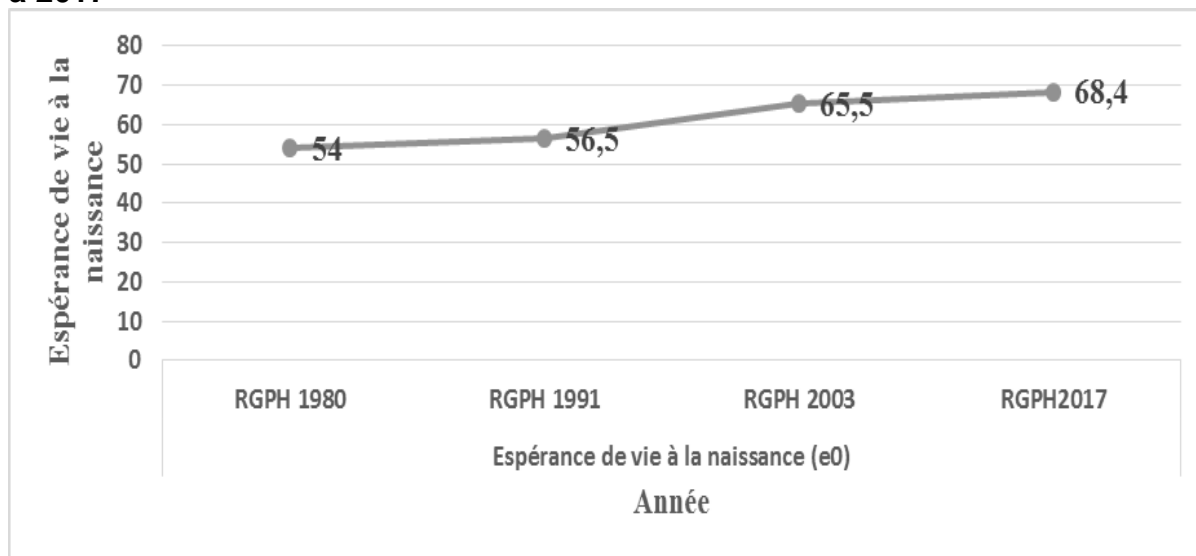
Le secteur privé: est en plein essor et contribue au niveau national à environ 40% de l'offre de service de santé. Le secteur privé est subdivisé comme suit :

- **privé à but lucratif :** On peut distinguer deux catégories : (i) privé de soins curatifs (Cliniques médico-chirurgicales, Cabinets médicaux, Cabinets dentaires et Cabinets de soins infirmiers et Laboratoires d'analyses médicales, Centres d'imageries Médicales et (ii) privé pharmaceutique (Officines et Dépôts pharmaceutiques). Ce dernier est localisé surtout dans les principales zones urbaines (Moroni, Mutsamudu et Fomboni). Il connaît une réelle croissance et reste très désorganisé. Il se compose de deux parties : les Officines et Dépôts pharmaceutiques. 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 ;
- **privé à but non lucratif :** constitué par les ONG et les groupements intervenant dans le domaine socio-sanitaire : Caritas Comores (4 Centres de santé), ASCOBEF (2 Cliniques), Croisant Rouge Comorien, Fédération National des Mutuelles de Santé des Comores (FENAMUSAC), etc.
- **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. Par contre, la médecine traditionnelle a été évoquée dans les documents de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) et de la Politique Nationale de Santé 2015-2024 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.
- **Tradipraticiens :** Ils sont utilisés parfois comme des relais communautaires et représentent le recours d'une bonne partie de la population. Les plantes médicinales font de cette pratique un levier additionnel qui sert à l'amélioration de la couverture sanitaire. Par contre, ils ne s'impliquent dans les interventions du renforcement du système de santé, notamment, en matière de prévention et des soins communautaires.

7.2. Etat de santé

7.2.1.1. Espérance de vie à la naissance

Figure 3: Evolution de l'espérance (ans) de vie à la naissance par sexe de 1980 à 2017



Source : INSEED, Comores

Malgré que le pays enregistre une morbidité élevée, les stratégies et les réformes engagées ont permis une évolution croissante de l'espérance de vie avec un gain très appréciable de 14,4 ans sur la période de 1980 à 2017, soit 37ans

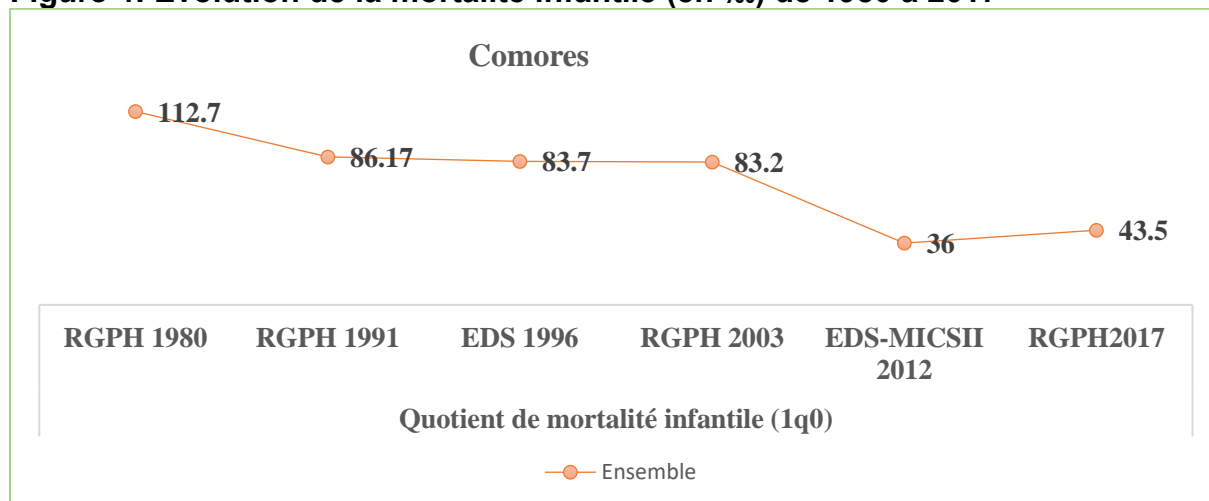
7.2.1.2. Mortalité dans l'enfance et adulte

Cette section est consacrée à la présentation du schéma de mortalité générale obtenu à partir de la combinaison des indicateurs de mortalité des enfants (0 à 4 ans révolus) et de la mortalité adulte (Probabilité de mourir entre 15 et 60 ans).

7.2.1.3. Mortalité infantile

La mortalité infantile est celle des enfants de moins d'un an. Elle est mesurée par le quotient de mortalité infantile. Ce dernier désigne la probabilité de mourir avant d'atteindre le premier anniversaire. En 2017, il est estimé à 43,5‰, c-à-dire, environ 4,6 enfants sur 1000 naissances vivantes décèdent avant leur premier anniversaire.

Figure 4: Evolution de la mortalité infantile (en ‰) de 1980 à 2017



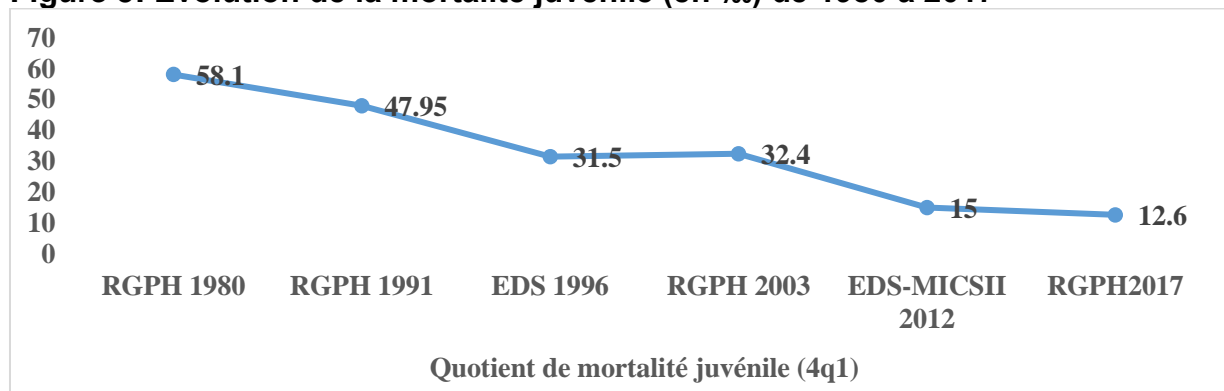
Source : INSEED, Comores

On note une diminution de la mortalité infantile de 1996 à 2012 et une légère augmentation en 2017.

7.2.1.4. Mortalité juvénile

Le quotient de mortalité juvénile est la probabilité pour un enfant ayant survécu à un an de mourir avant d'atteindre cinq ans. Sur 1000 enfants qui ont atteint un an à l'Union des Comores en 2017, environ 13 meurent avant l'âge de 5 ans.

Figure 5: Evolution de la mortalité juvénile (en ‰) de 1980 à 2017



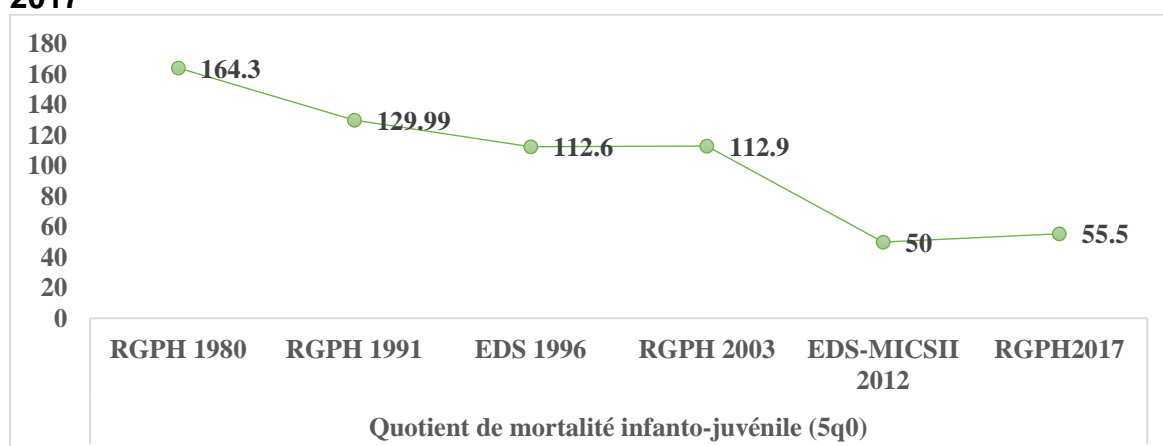
Source : INSEED, Comores

La mortalité juvénile a connu une réduction régulière de 1980 à 2017, passant de 58,1 à 12,6

7.2.1.5. Mortalité infanto-juvénile

Cette mortalité concerne les enfants de moins de cinq ans (moins de 5 ans)

Figure 6: Evolution du quotient de mortalité infanto-juvénile (en ‰) de 1980 à 2017



Source : INSEED, Comores

7.2.1.6. Mortalité adulte

L'espérance de vie à 20 ans représente l'indicateur de mortalité adulte. Le Taux brut de mortalité (TBM) a diminué, en Union des Comores, de 7,9 pour 1000 habitants à 7,1 entre 2003 et 2017.

7.2.1.7. Mortalité maternelle

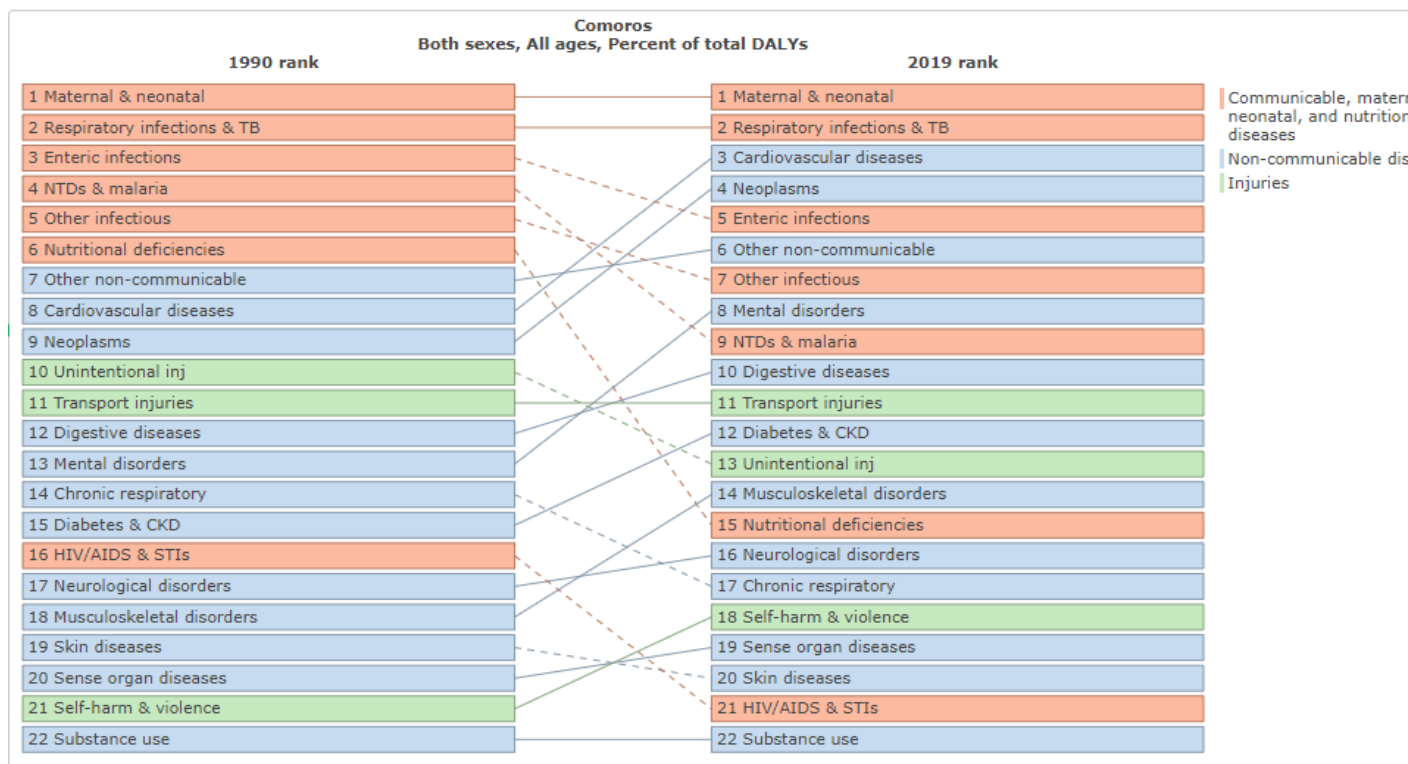
Tableau 5: Indicateurs de mortalité maternelle

| Indicateurs | Valeurs |
|---|---------|
| Taux de mortalité féminine (en ‰) (TMF) | 8,3 |
| Taux de mortalité lié à la grossesse (en ‰) (TMM) | 0,26 |
| Rapport de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances) (RMM) | 195 |
| Proportion de décès pour cause maternelle (%) (PDCM) | 18,22 |
| Risque de décès maternel sur la durée de la vie (en ‰) (RDC) | 8,97 |

Source : RGPH 2017, INSEED, Comores

7.2.2. Niveau de Morbidité

Figure 7: Evolution en % des principales causes de morbidité



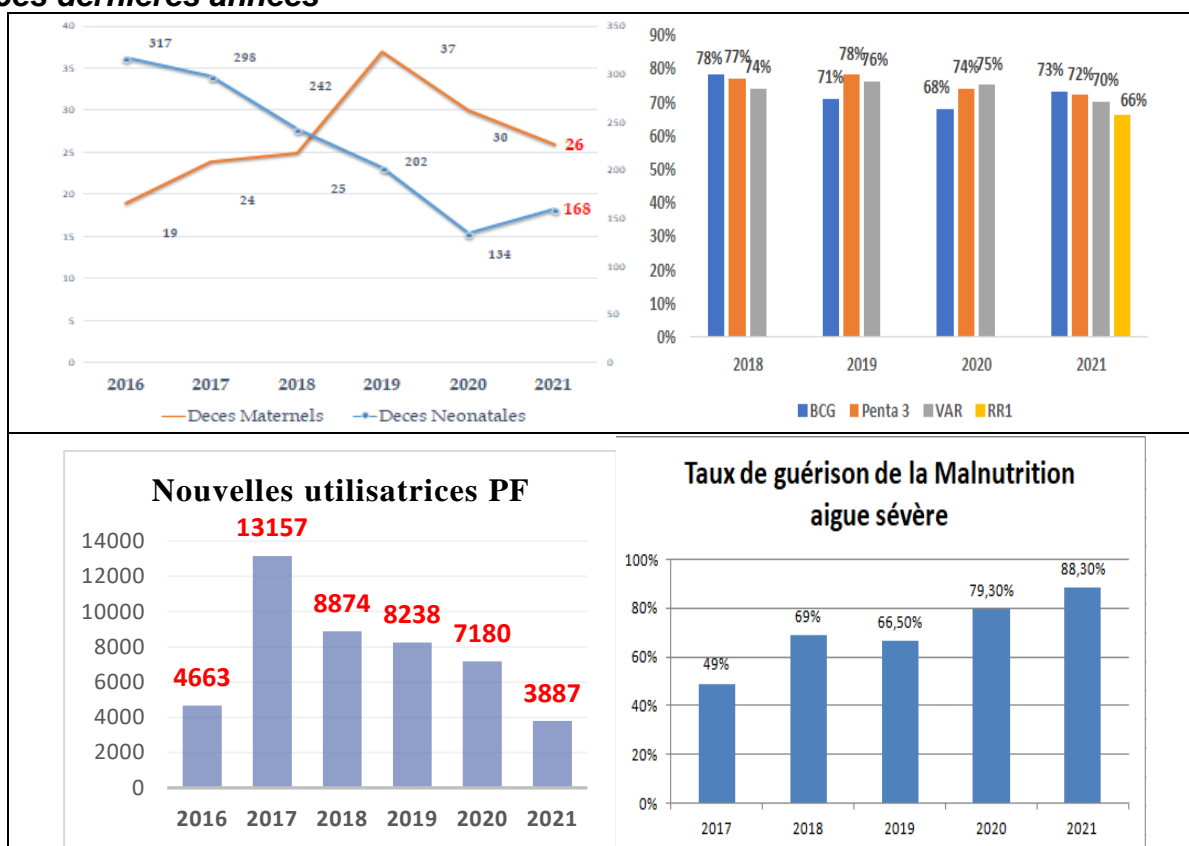
7.2.3. Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant

Cette partie concerne la santé de la mère, notamment sur la Planification Familiale (PF), les Consultations pré et post-natales, les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB), les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complètes (SONUC), les services de vaccination, les services de soins préventifs et curatifs, la nutrition et les services de santé de l'adolescent. Malgré la disponibilité de la Feuille de Route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, on a enregistré une **proportion des décès d'âges non déclarés est de 9,4%**⁶. Les décès maternels et néonataux sont dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

Tout d'abord pour la santé maternelle, néonatale et infantile, les graphiques ci-dessous montrent que les décès néonataux et maternels restent toujours un défi à relever pour notre pays malgré leur diminution ces dernières années. Aussi, la diminution régulière du nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes modernes de PF est alarmante, tandis que le taux de guérison de la malnutrition aigüe sévère est encourageant. Quant à la couverture vaccinale des principaux antigènes, elle fluctue autour des 70 à 75% durant les années.

⁶ Rapport DSF, Comores, 2021

Figure 8: Evolution des indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile ces dernières années



Source : Rapport Direction de la Santé Familiale & présentation PEV, 2021

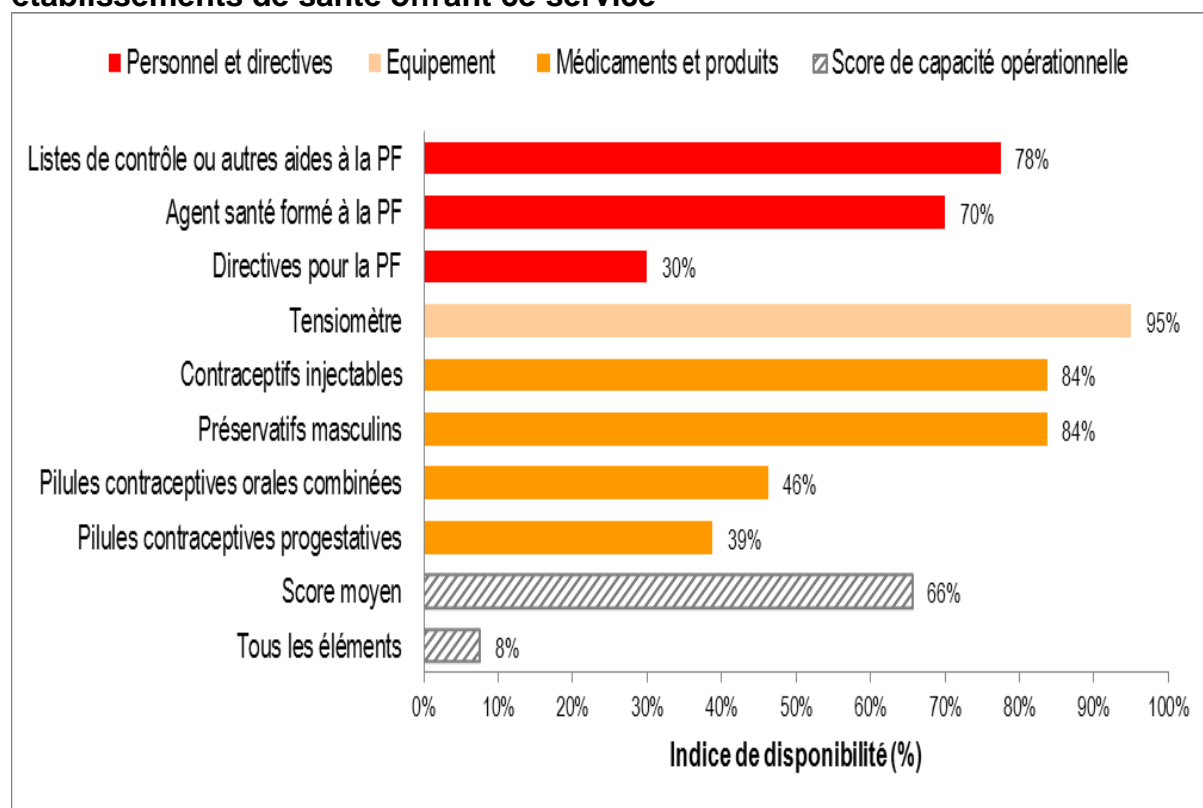
En Union des Comores, les facteurs déterminants les décès maternels et néonataux sont généralement représentés par les trois retards, notamment, (i) la prise de décision par la famille, (ii) la référence à rejoindre la formation sanitaire et le retard de prise en charge au niveau des formations sanitaires. D'autres aléas sont à prendre en compte, notamment : (i) la faible utilisation des services en santé maternelle et néonatale avec ses différents déterminants liés aux prestataires, à l'individu, à la communauté et à l'environnement de mise en œuvre des interventions et (ii) la défaillance dans l'offre de services, notamment, par insuffisance de ressources et de plateaux techniques, par défaut de cadrage et par stimulation insuffisante de la demande. Il y a aussi le problème d'accessibilité géographique et financière qui constitue des obstacles aux femmes pour bénéficier des informations et des soins de qualité.

Ces différents problèmes dans le domaine de la Santé maternelle et néonatale résultent de l'insuffisance des ressources pour rendre disponibles des plateaux techniques des formations sanitaires respectant les normes, de la faible organisation du système de référence et contre-référence. Il y a aussi l'insuffisance de la promotion de l'utilisation des services et de la communication pour le changement social et comportemental de la population ainsi que les faibles engagements et participation de la communauté.

7.2.3.1. Planification familiale

Les services de Planification Familiale sont disponibles⁷ à 60% dans 134 établissements de santé enquêtés. Les résultats montrent que : la méthode la plus disponible est les préservatifs masculins (57%) suivie des pilules contraceptives orales combinées (52%), des contraceptifs injectables progestatifs (41%), de l'implant (34%), des pilules contraceptives progestatives (28%). En revanche, les méthodes les moins disponibles sont le dispositif contraceptif intra-utérin (13%), le préservatif féminin (7%) et la stérilisation féminine (5%). Par contre, la stérilisation masculine, la méthode du collier et le contraceptif injectable combiné ne sont quasiment pas offerts. Au niveau des trois régions sanitaires l'offre des services de planification familiale est plus disponible à Ndzuwani (65%) suivi de Mwali (59%) et Ngazidja (56%). Les préservatifs masculins sont disponibles dans plus de la moitié des établissements de santé (70%).

Figure 9: Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la PF parmi les établissements de santé offrant ce service

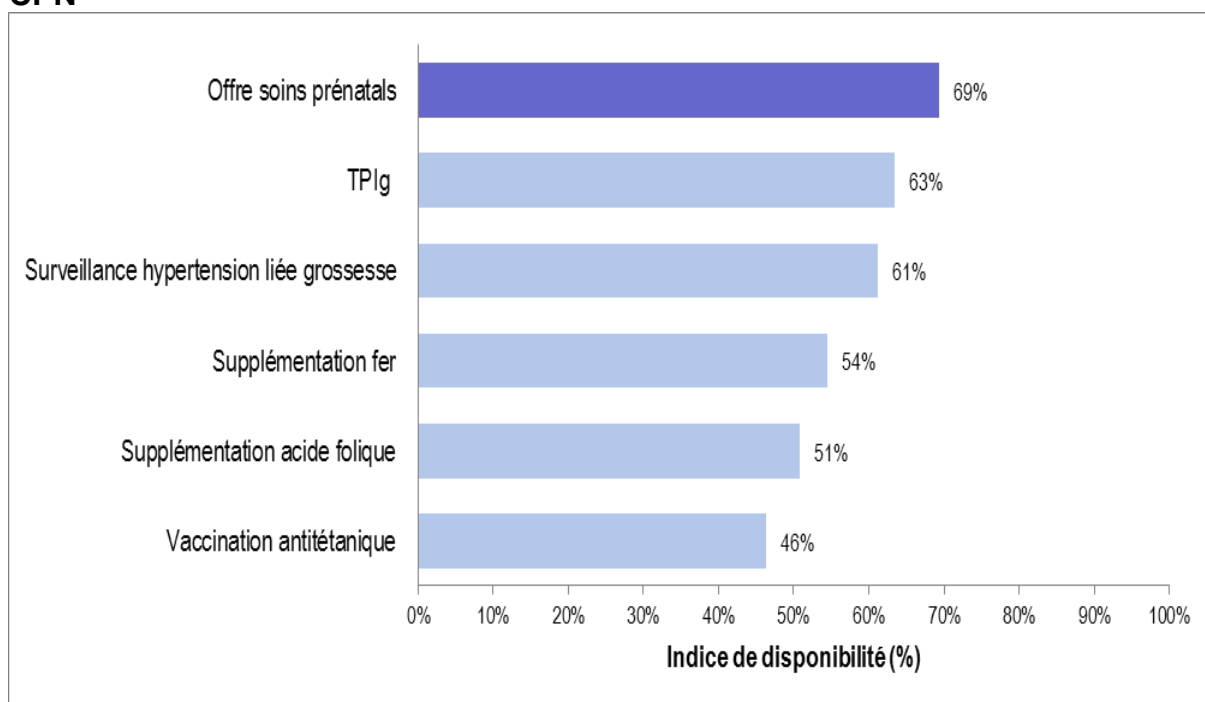


Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

⁷ Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

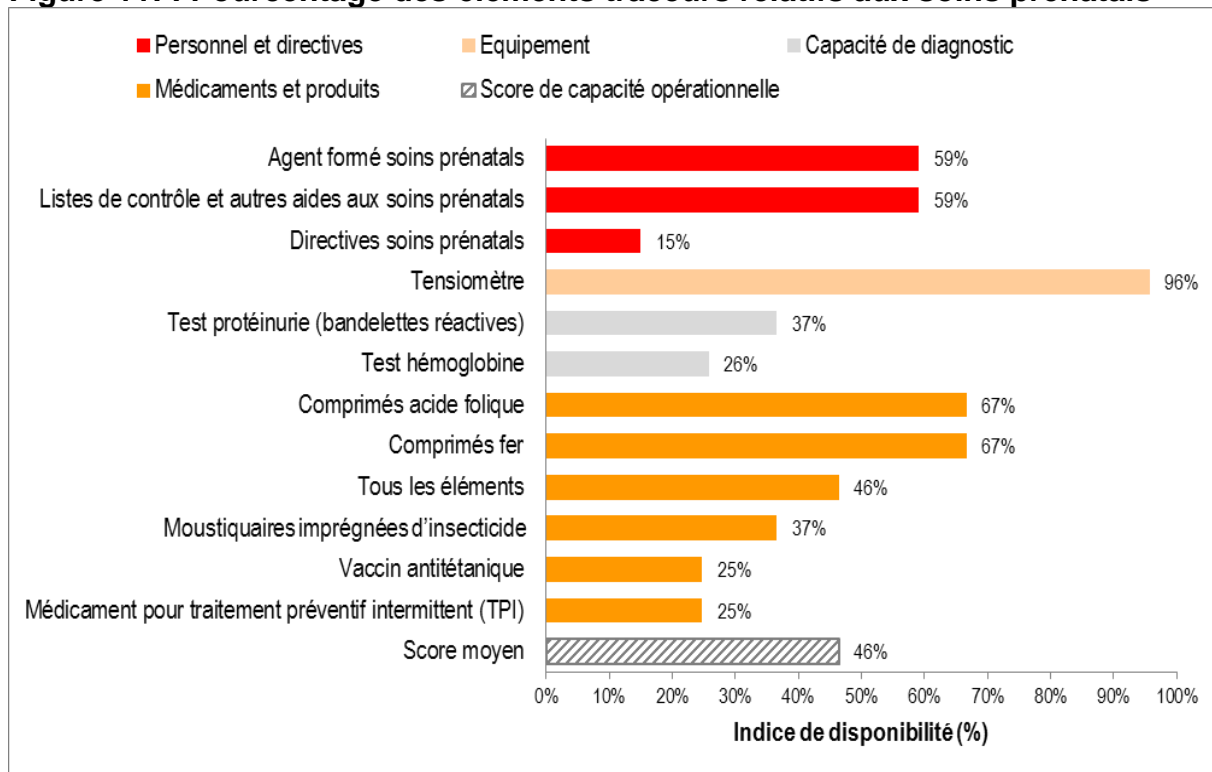
7.2.3.2. Consultation Prénatale

Figure 10: Pourcentage des d'établissements offrant des services de soins de CPN



Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

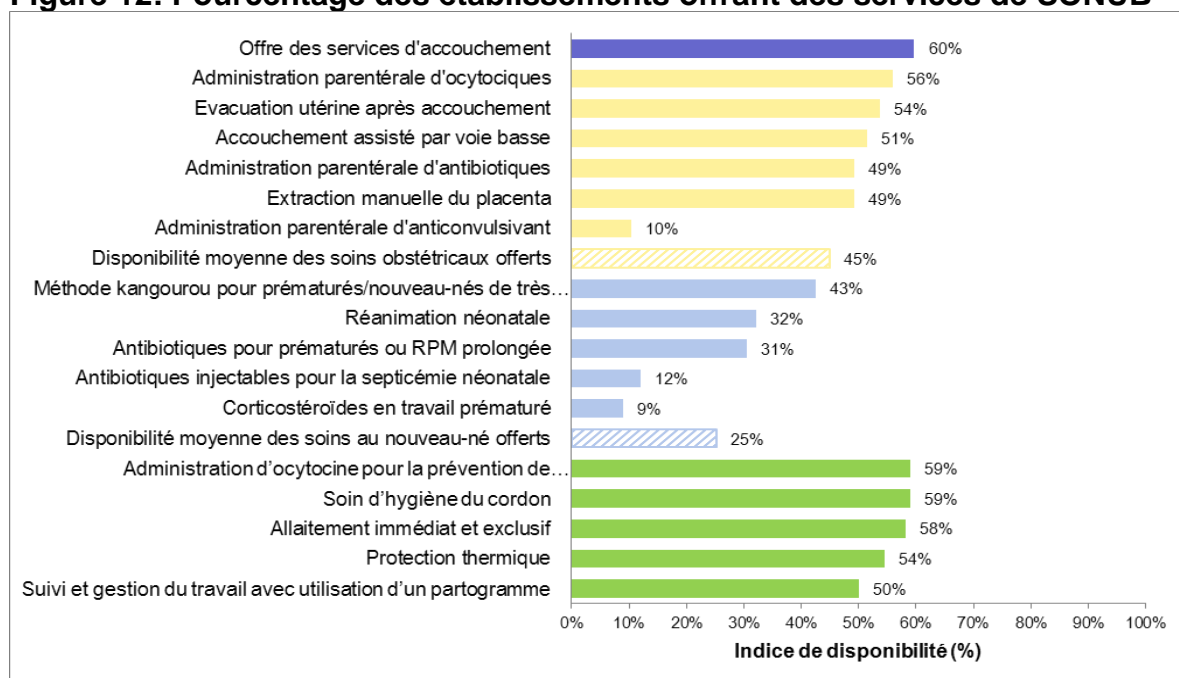
Figure 11: : Pourcentage des éléments traceurs relatifs aux soins prénatals



Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

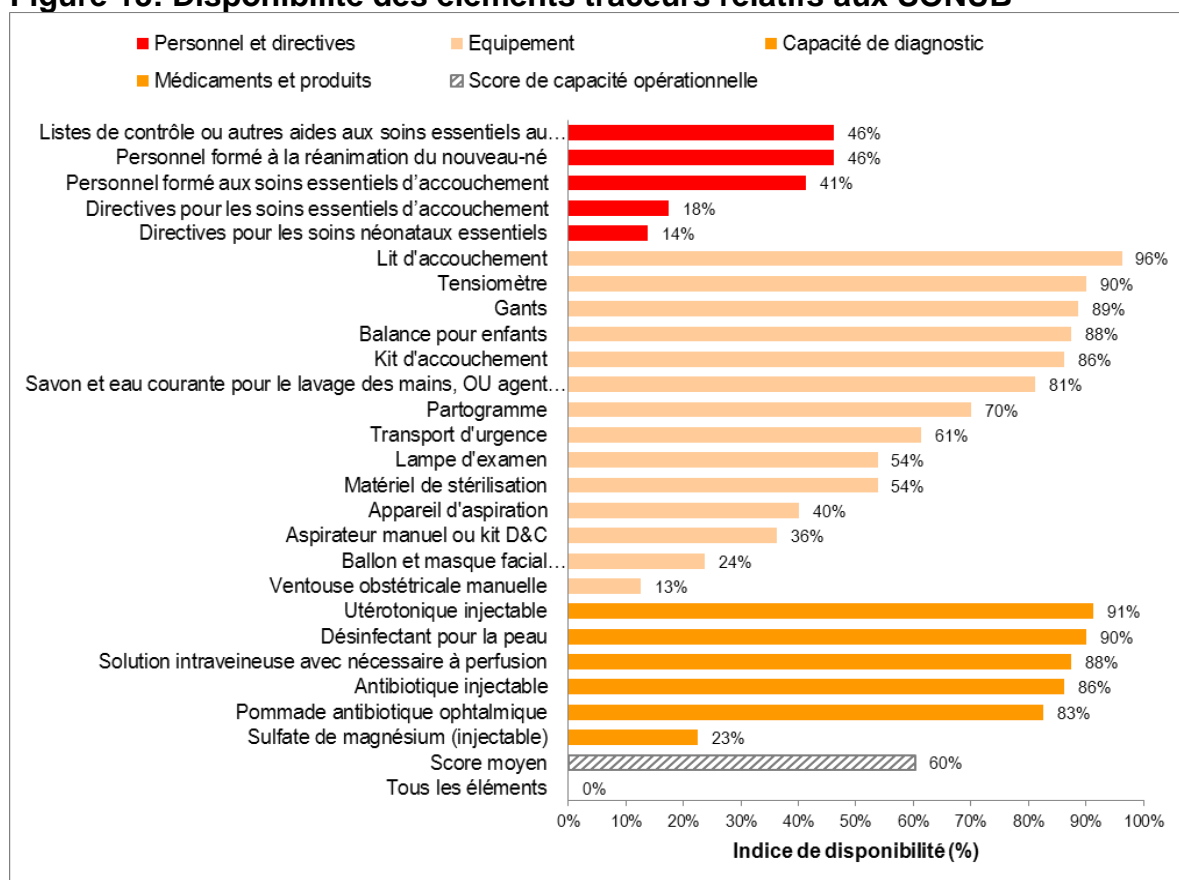
7.2.3.3. Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences de Base

Figure 12: Pourcentage des établissements offrant des services de SONUB



Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Figure 13: Disponibilité des éléments traceurs relatifs aux SONUB

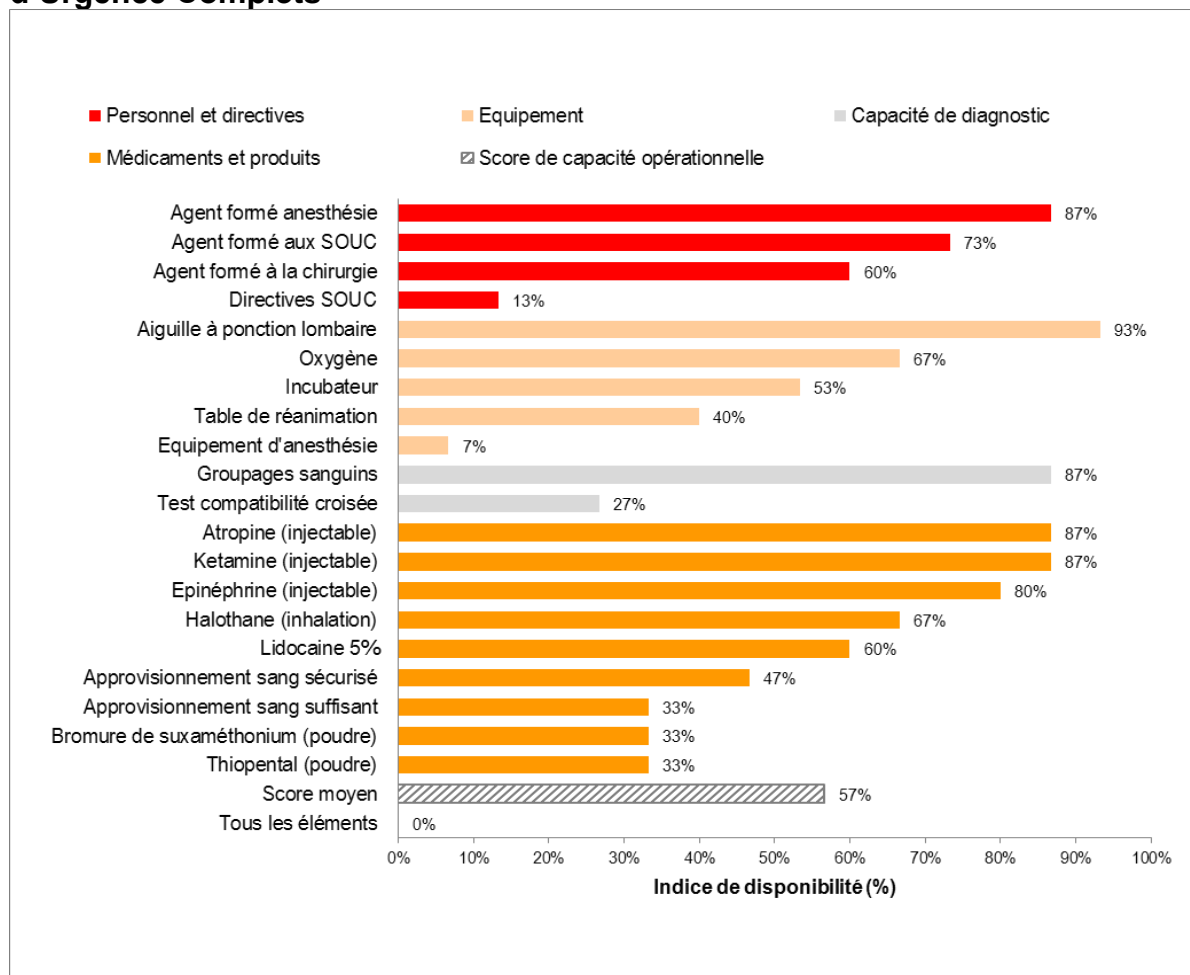


Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Il faut noter aussi une prise en charge inappropriée des SONU ; ceci s'explique en partie par les besoins non satisfaits suite à l'insuffisance de banque de sang avec les ressources de soutien au don de sang et la mauvaise organisation du système national de référence/contre référence.

7.2.3.4. Soins Obstétricaux d'Urgence Complets

Figure 14: Disponibilité des éléments traceurs relatifs aux Soins Obstétricaux d'Urgence Complets



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

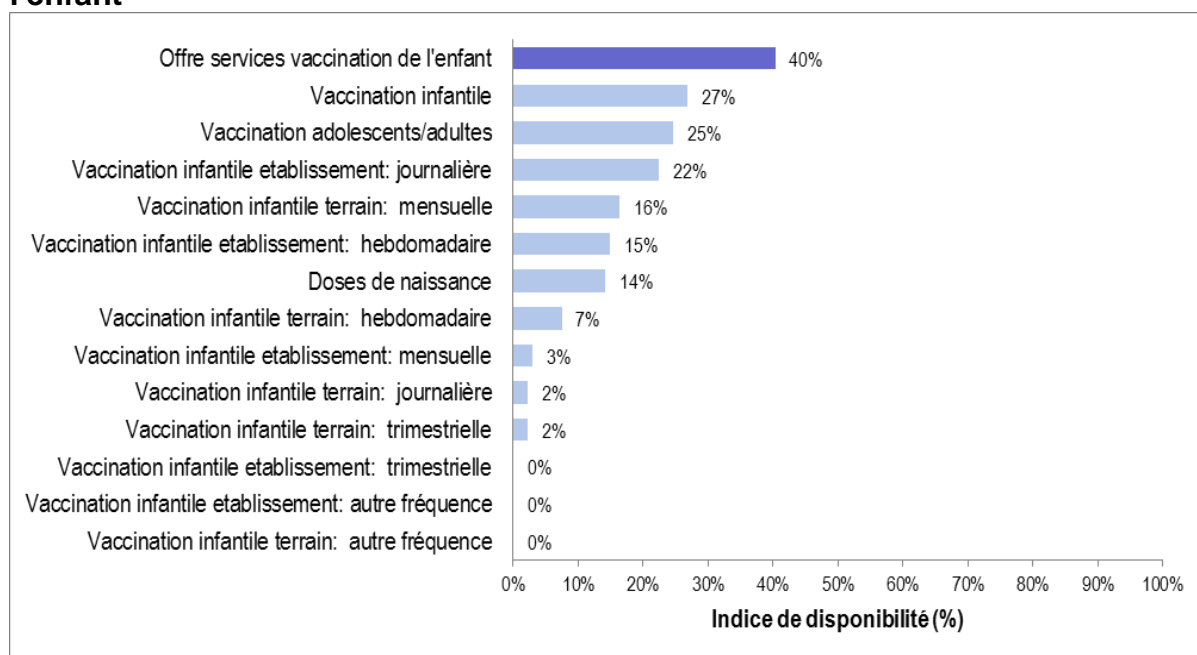
7.2.3.5. Cancer de la Femme

La lutte contre les cancers actuellement se fait par des séances de dépistages des cas, les séances de sensibilisation organisées par les associations à but non lucratif, la prise en charge se fait dans les établissements publics de santé. Selon le registre des cancers⁸, 495 cas ont été dépistés et pris en charge parmi lesquels 64% sont des femmes. Il serait nécessaire de mettre à jour le plan stratégique de lutte contre les cancers 2010-2014.

⁸ Source : Rapport Direction de la Santé Familiale, Comores, 2021

7.2.3.6. Vaccination

Figure 15: Pourcentage d'établissements offrant des services de vaccination de l'enfant



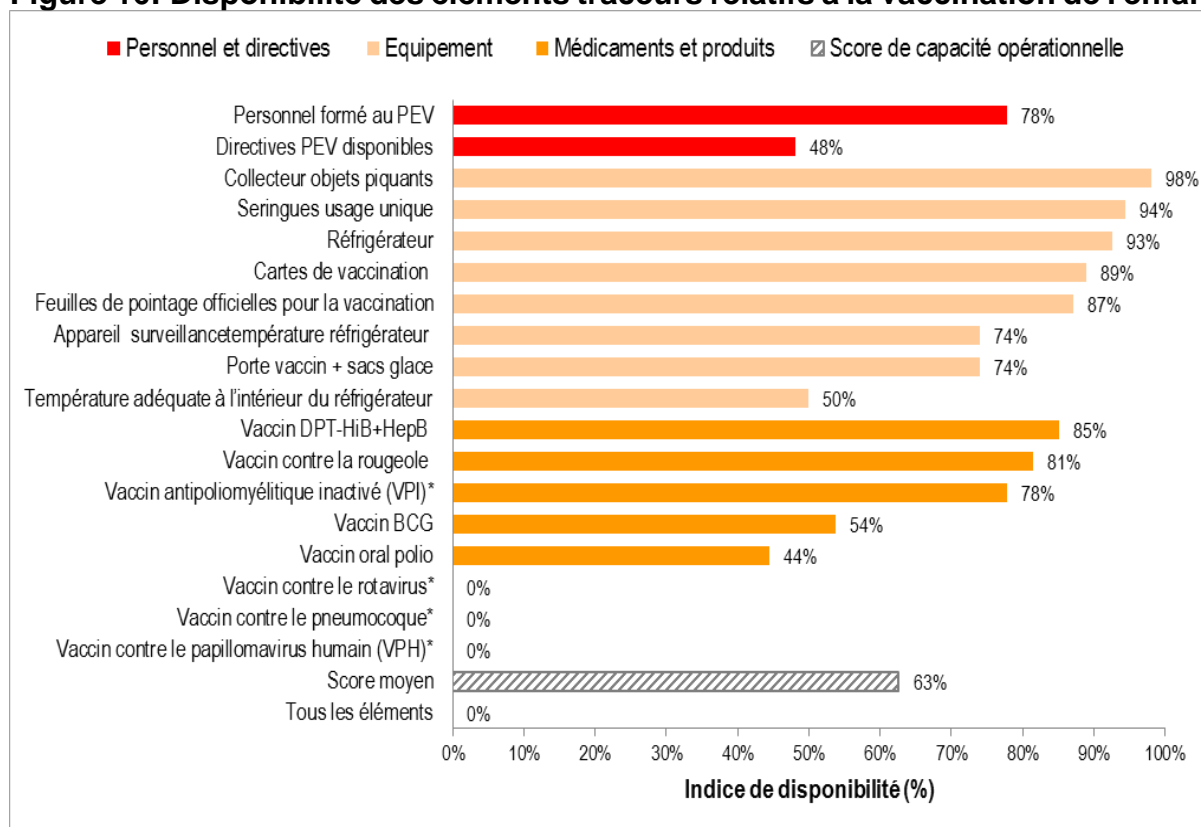
Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Selon le graphique ci-dessus, les services de vaccination des enfants ne sont pas offerts à hauteur des souhaits, ceci pourrait être dû à l'irrégularité de l'organisation des séances de vaccination en stratégies avancées, la démotivation et l'insuffisance des ressources humaines et des moyens logistiques. Cette situation nécessite des actions d'amélioration, notamment l'augmentation des postes de vaccination, la mise en œuvre effective des stratégies avancées dans les villages et les quartiers et la recherche active des cibles.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) assure la Vaccination des cibles et dispose de plusieurs documents stratégiques comme le Plan Pluri-Annuel Complet 2017-2021, un Guide de Vaccination, un Manuel de Procédure de la Gestion des Vaccins (SOPs). Le programme bénéficie d'une subvention de l'Etat pour l'acquisition des vaccins traditionnels depuis plusieurs années. La mise en œuvre des stratégies du programme a permis d'atteindre d'importants résultats en matière de couverture et de contrôle de certaines maladies, notamment, le pays a été déclaré indemne de poliovirus depuis plus de 10 ans. En outre, le programme a enregistré une réalisation majeure pour avoir introduit le Vaccin de la Rougeole couplé à celui de la Rubéole. Il est à noter que le Pays s'inscrit aux grandes Initiatives mondiales telles que l'Eradication de la Polio et l'Elimination de la Rougeole, le Tétanos Maternel et Néonatal (TMN).

Malgré les efforts déployés par l'Etat et les partenaires, on note une baisse des données administratives de vaccination en 2020. La couverture vaccinale est passée de 80,8% à 74,9% pour le Penta3, de 73,9% à 76,9% pour la Rougeole et xxx % pour le VAT.

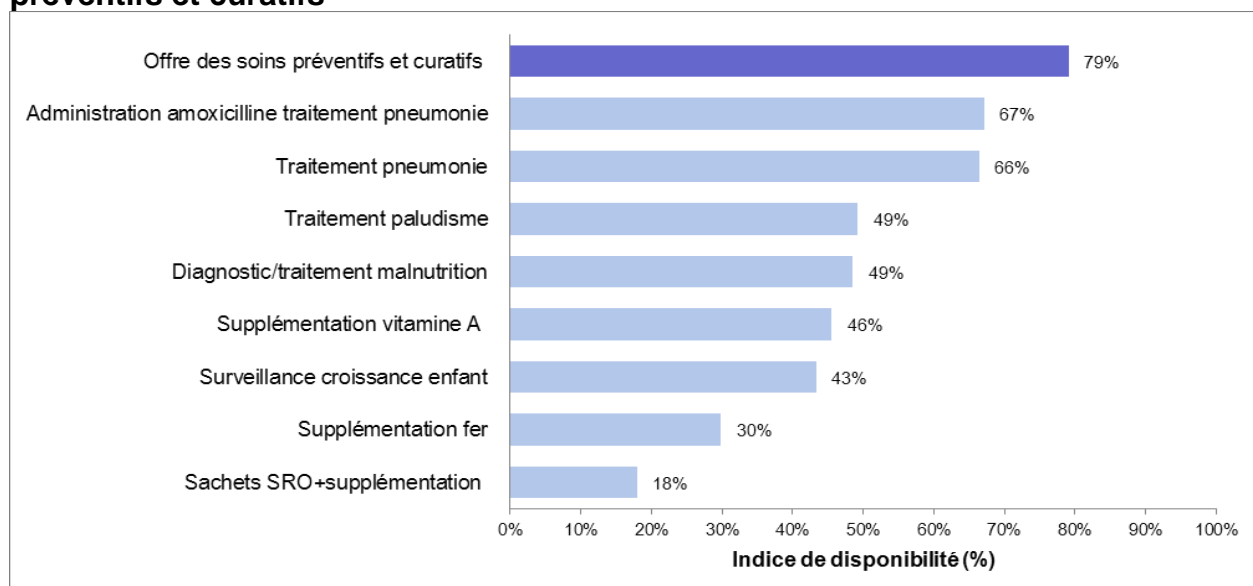
Figure 16: Disponibilité des éléments traceurs relatifs à la vaccination de l'enfant



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

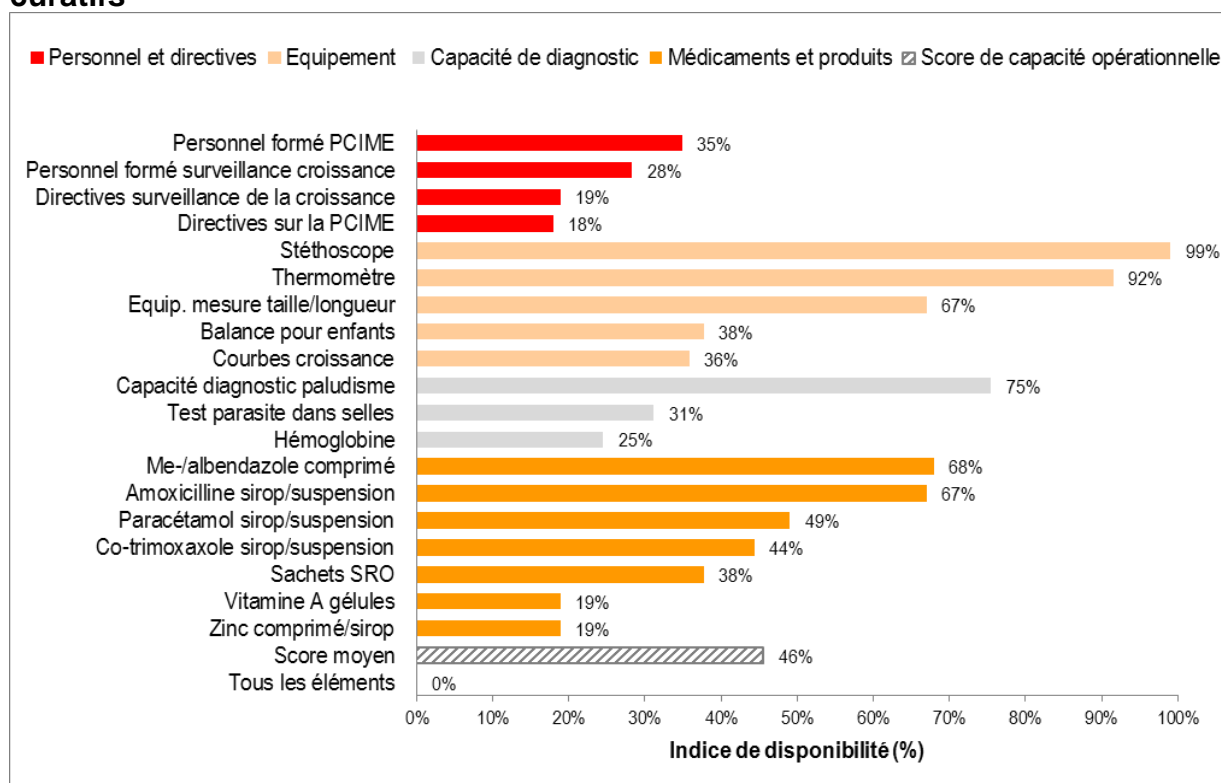
7.2.3.7. Soins Préventifs et Curatifs pour l'Enfant

Figure 17: Pourcentage d'établissements offrant des services de soins préventifs et curatifs



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

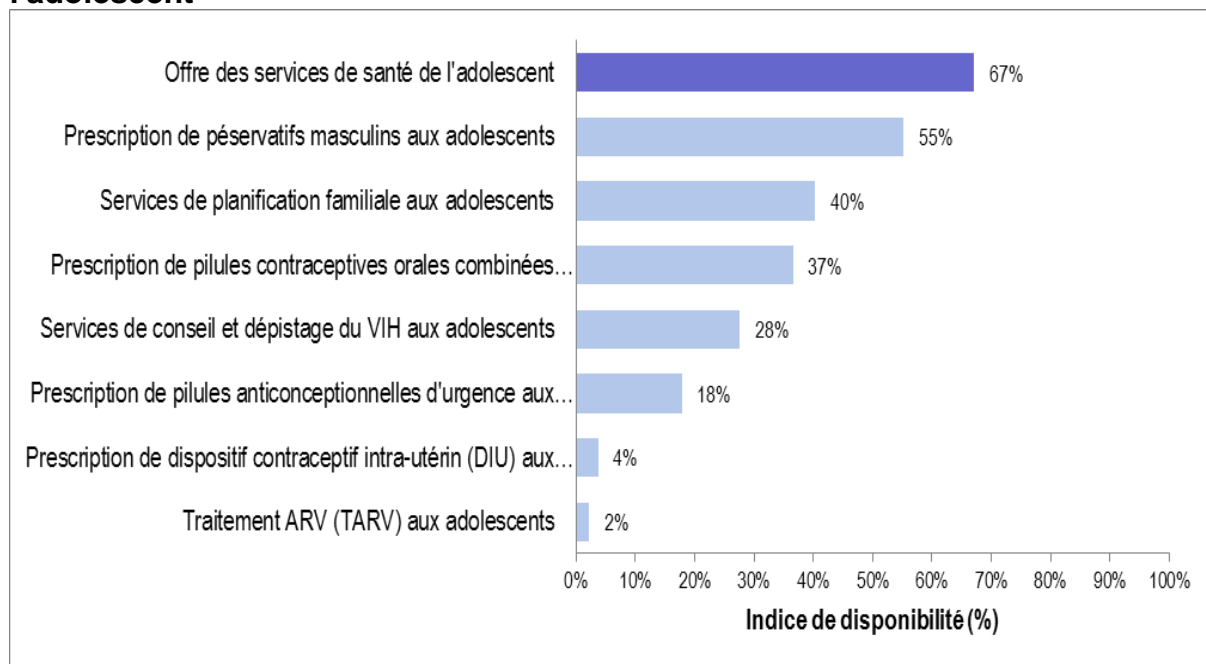
Figure 18 : Disponibilité des éléments traceurs relatifs aux soins préventifs et curatifs



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

7.2.3.8. Santé de l'Adolescent

Figure 19 : Pourcentage d'établissements offrant des services de santé de l'adolescent

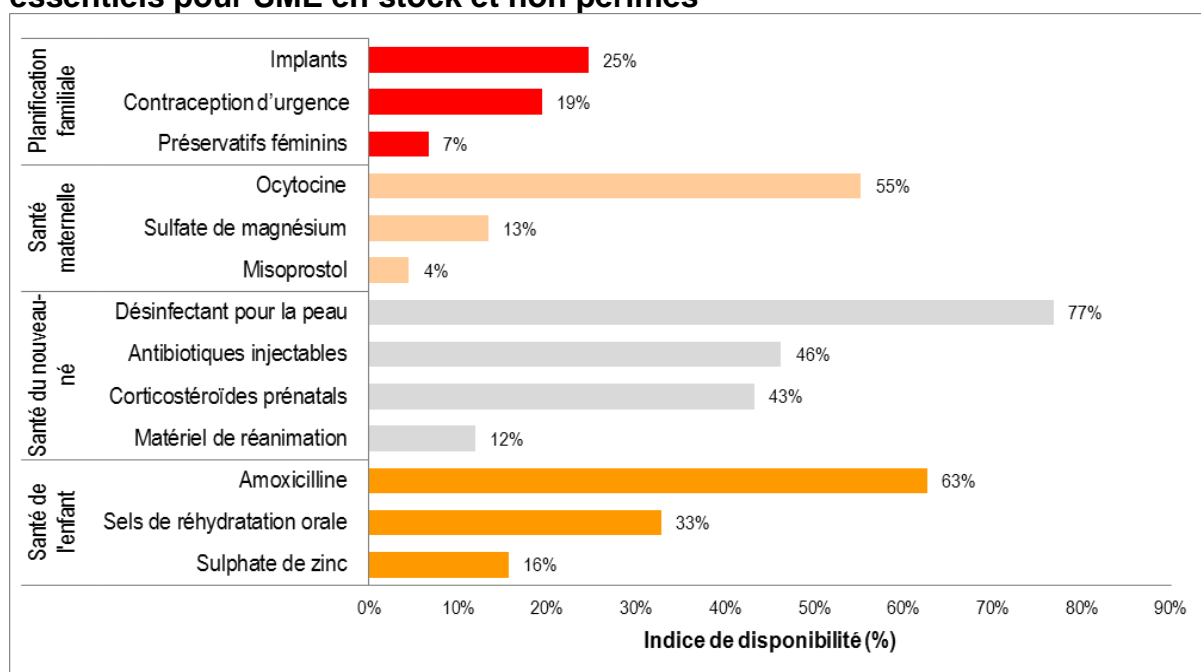


Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Les Jeunes et Adolescents de 10-24 ans représentent une proportion importante de la population⁹ : 11% des Jeunes Filles de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 10% ont été Mères et 1% ont été enceintes pour la première fois. La fécondité précoce est quatre fois plus élevée parmi les Jeunes Filles instruites (27%) que celles 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.

7.2.3.9. Produits Médicaux Essentiels pour SME

Figure 20: Pourcentage d'établissements disposant des produits médicaux essentiels pour SME en stock et non périmés



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

7.2.3.10. Nutrition

En 2021¹⁰, le Programme de Nutrition a enregistré 1504 admissions d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec un taux de guérison de 88,3% et des taux d'abandon et de décès en continuelle baisse respectivement de 7,3% et de 0,7%. A ce niveau également, 72 prestataires de soins ont été formés à la prise en charge de la malnutrition. Dans le cadre de la santé scolaire, 85 Instituteurs ont été formés sur les clés de la Marmite et 111 représentants des groupements agricoles sur les bonnes pratiques alimentaires et nutritionnels

D'après les résultats de la charge mondiale de morbidité de 2019, la malnutrition de la mère et de l'enfant est un facteur de risque important sur lequel l'action réduirait de façon significative les affections liées à la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile.

⁹ Source : Rapport EDS-MICS 2012, INSEED, Comores

¹⁰ Source : Rapport de la Direction de Santé Familiale et Infantile, Comores, 2021

Figure 21: Distribution des facteurs de risque comportementaux à travers les maladies (Institute of Health Metrics, 2019)

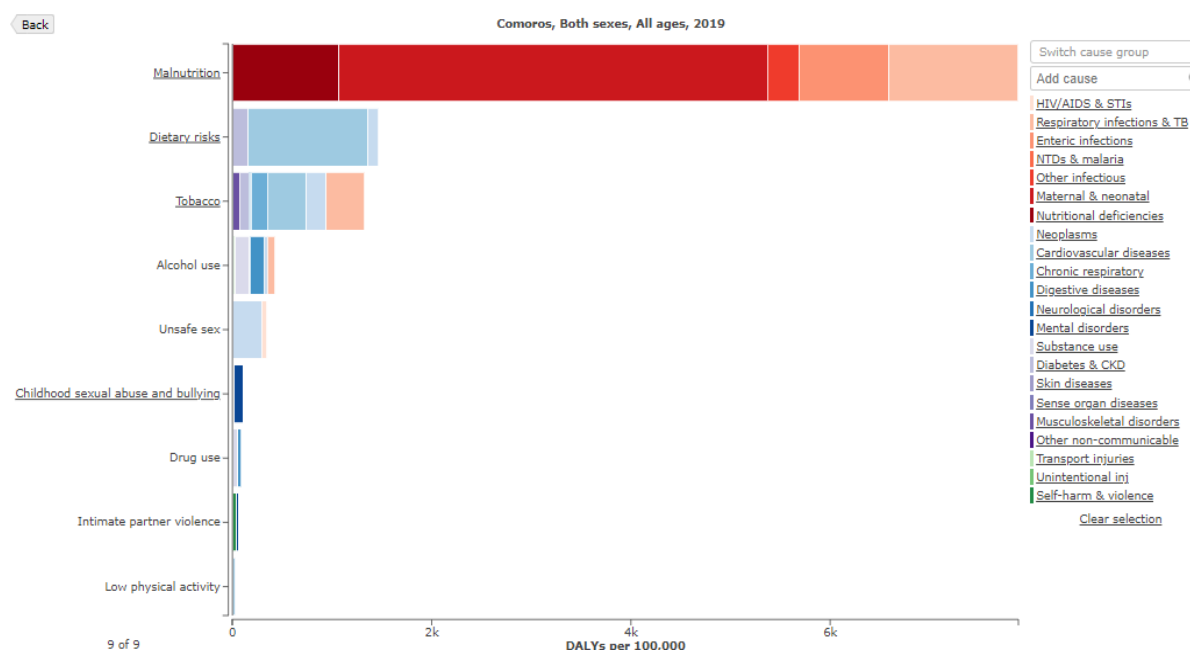
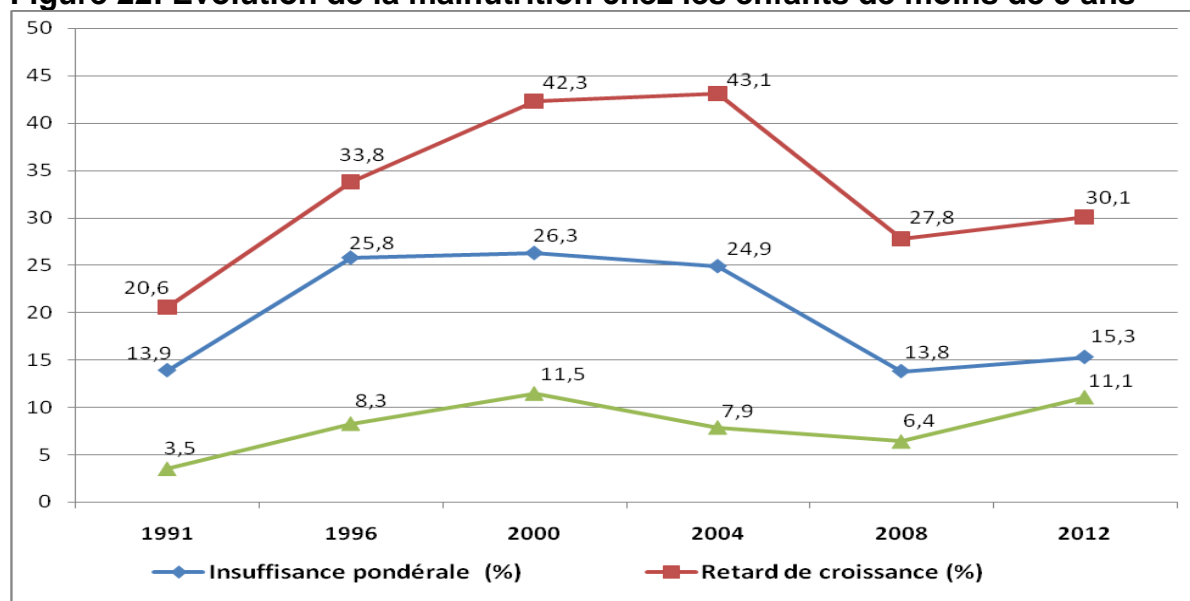


Figure 22: Evolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans



Source : RGPH 1991, EDS 1996, MICS 2000 et EDS-MICSII 2012, Comores

La Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans reste un problème prioritaire de santé publique. En effet, 30,1% des enfants souffrent de malnutrition chronique dont 14,5% sous forme sévère. Le taux de malnutrition aiguë sévère est estimé à 3,8% et la malnutrition modérée à 7,3%.

Le faible poids à la naissance est estimé à 16% ; et le taux d'allaitement maternel exclusif à 12%¹¹. En outre, les services de santé ont dépisté¹² 4 864 cas de malnutrition aigüe sévère avec 2575 guéris et 36 décès.

7.2.3.11. Santé scolaire

La santé scolaire est mise en œuvre à travers plusieurs actions par un point focal de la Direction de la Santé Familiale. Le pays ne dispose pas de programme multisectoriel en faveur du milieu scolaire qu'il faut incessamment développer.

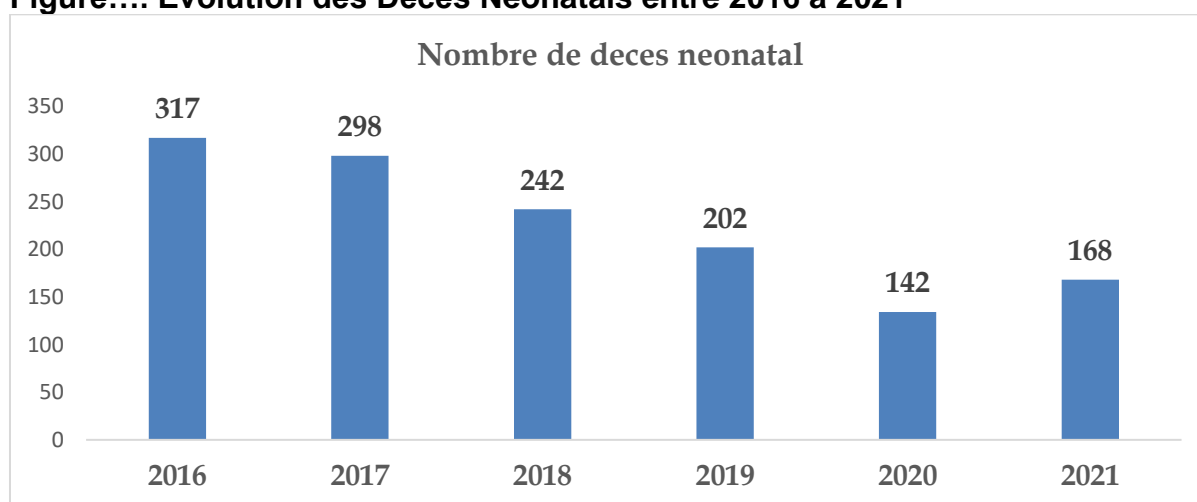
7.2.3.12. Santé Néonatale

Selon l'OMS, «Environ 43 % des décès d'enfants de moins de cinq ans surviennent pendant la période néonatale». En Union des Comores¹³, la mortalité néonatale est estimée à 30‰ entre 1998 à 2002, soit 57% pour la mortalité des moins de cinq ans (53‰). En revanche, elle est estimée à 24‰ entre 2008 à 2012, soit 48% de la mortalité des moins de cinq ans (50‰). On constate que le risque de mourir durant le premier mois est supérieur à celui de mourir entre le premier et le douzième mois. La principale cause des décès néonataux reste la prématurité suivi des infections.

Par ailleurs, les bébés de petit poids à la naissance y compris les prématurés, ont une mortalité au moins trois fois plus élevée (41‰) que les bébés moyens ou gros à la naissance (12 ‰).

Malgré, les efforts consentis ces dernières années, la santé néonatale reste un problème préoccupant. La plupart des décès sont invisibles et les données existantes sont notifiées uniquement dans les établissements de santé, aucun d'entre eux n'est audité.

Figure.... Evolution des Décès Néonataux entre 2016 à 2021



Source : Rapport Direction de la Santé Familiale, Comores, 2021

¹¹ Source : Rapport EDS-MICS, INSEED, Comores, 2012

¹² Source : Rapport de la Direction de Santé Familiale et Infantile, Comores, 2021

¹³ Source : Rapport EDS-MICS, INSEED, Comores, 2012

7.2.4. Maladies Transmissibles

Les maladies infectieuses et parasitaires, fortement liées à l'insalubrité de l'environnement et aux mauvaises conditions de vie, touchent toutes les tranches d'âges. La lutte contre ces maladies constitue un volet important des programmes de santé publique en Union des Comores.

Les maladies infectieuses et parasitaires, fortement liées à la salubrité de l'environnement et aux conditions de vie, touchent toutes les tranches d'âges. La lutte contre ces maladies constitue un volet important des programmes du Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre. Les principales causes de mortalité et de morbidité de la population générale restent les maladies transmissibles dont le Coronavirus-2019 avec un taux de létalité très élevé de 2,3% qui vient de faire son irruption sur la scène mondiale. D'autres pathologies sévissent aussi. Il s'agit de la Lèpre (Taux de prévalence de 4/10000), de la Tuberculose (37/100000), du VIH/SIDA (Prévalence <0,5%), du Paludisme¹⁴ (Incidence 11,45 pour 1000) et des Maladies Tropicales Négligées (MTN). Les Infections Respiratoires Aigües (IRA) constituent 39,5% de motif de consultation dans les structures sanitaires.

Les principaux défis consistent à :

- Disponibiliser des infrastructures intégrant la prise en charge des maladies émergentes (Coronavirus-2019, Ebola, Fièvre Virale, Hémorragique, etc..), des urgences et catastrophes ;
- Assurer la meilleure qualité de prise en charge des patients en période endémique et épidémique ;
- Mobiliser les ressources financières domestiques pour la viabilité des programmes ;
- Renforcer les ressources humaines de qualité ;
- Renforcer les capacités des laboratoires ;
- Assurer la sécurité du personnel et des patients.

7.2.4.1. VIH-SIDA/IST

L'Union des Comores fait partie des pays à épidémie moins active avec une prévalence maintenue à moins de 0,05%. Cependant on note une prévalence élevée chez les populations cibles notamment les travailleurs des sexes 0,79% les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes 0,40%, les usages des drogues 1,14% (enquête seroprévalences 2020). En 2021 la file active est de 85 Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dont 4 enfants suivent un traitement antirétroviral, soit : 66 à Ngazidja, 13 à Ndzuwani et 6 à Mwali. Au total, 2724 cas d'Infections Sexuellement Transmissibles ont été notifiés et traités, ce qui est nettement en baisse par rapport aux 3 dernières années. Ceci s'explique par la diminution des activités de dépistage. Le nombre de décès cumulés liés au sida a été estimé à 79 dont 42 hommes et 37 femmes. Les femmes enceintes font l'objet d'une attention particulière et sont dépistées lors des CPN (Consultations Périnatales) et de l'accouchement. En termes

¹⁴ Source : Rapport du Programme National de Lutte contre le Paludisme, Comores, 2021

de cas de Co-infection, 3 cas de Co-infection à la Tuberculose et au VIH (2 PVVIH dépistés à la TB et un TB dépisté au VIH) et 2 cas de co- infection VIH et Hepatite B.

En effet, l'offre des services de soins complets et d'appui en matière de VIH/SIDA en Union des Comores est disponible dans 3 structures de santé de référence du pays conformément à la stratégie de prise en charge des personnes vivant avec le VIH mise en place dans le pays. En 2014, une Loi portant protection des PVVIH a été votée et promulguée pour lutter contre la stigatisation et discrimination.

Figure 23: Pourcentage des services de Conseil et Dépistage du VIH/SIDA

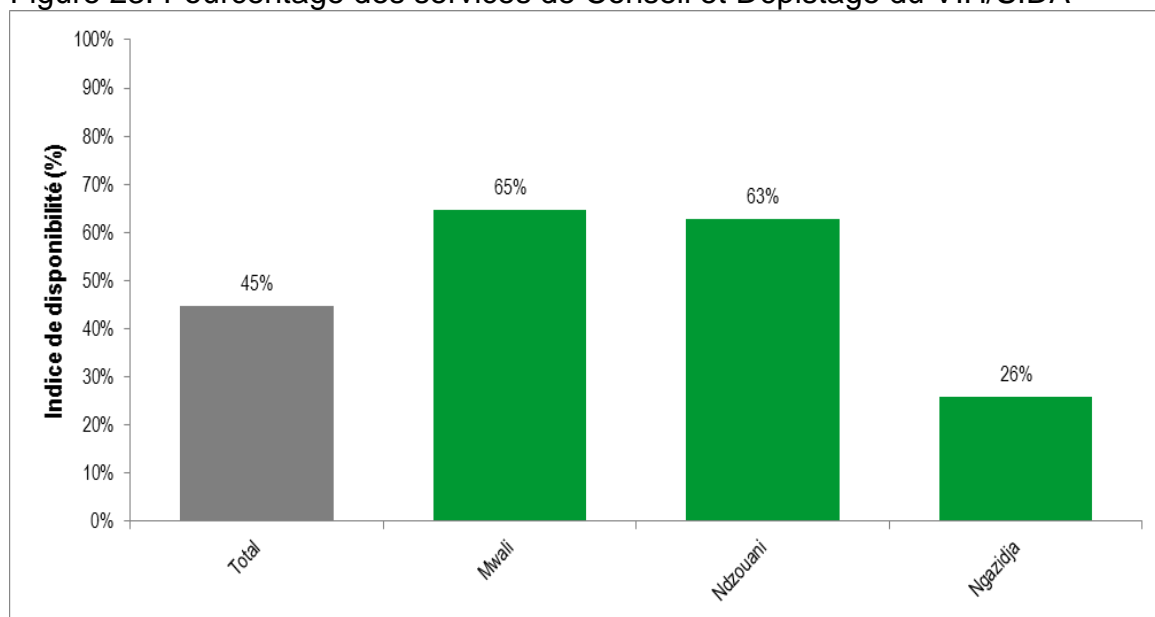
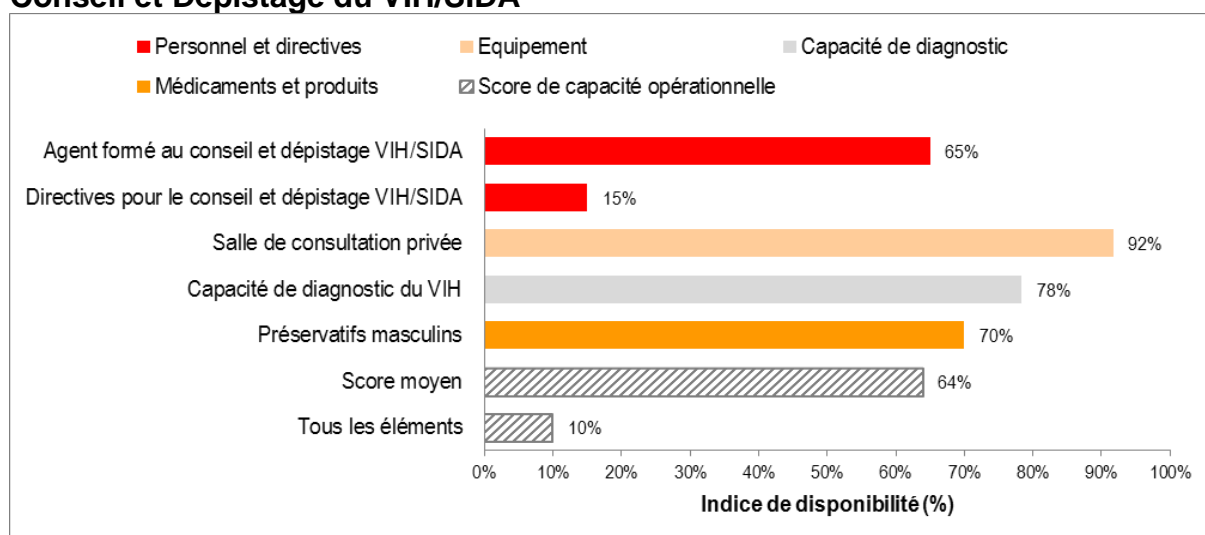
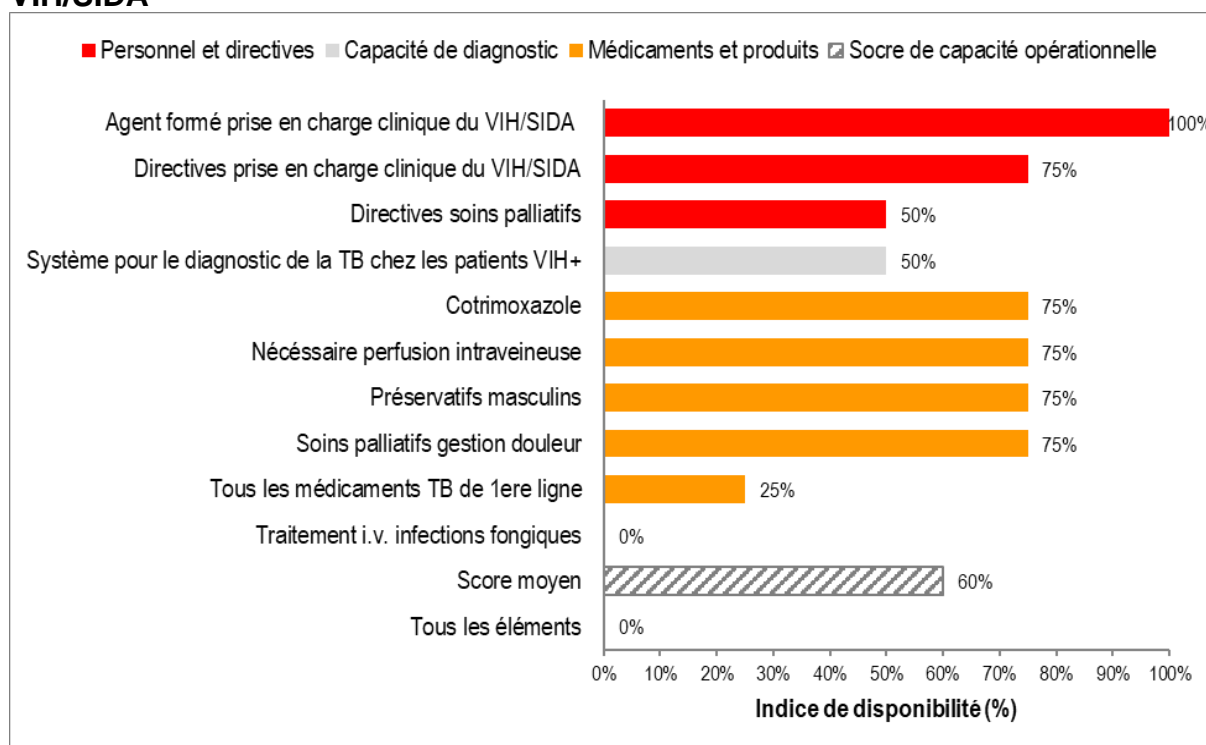


Figure 24 :Pourcentage de la disponibilité des éléments traceurs pour le Conseil et Dépistage du VIH/SIDA



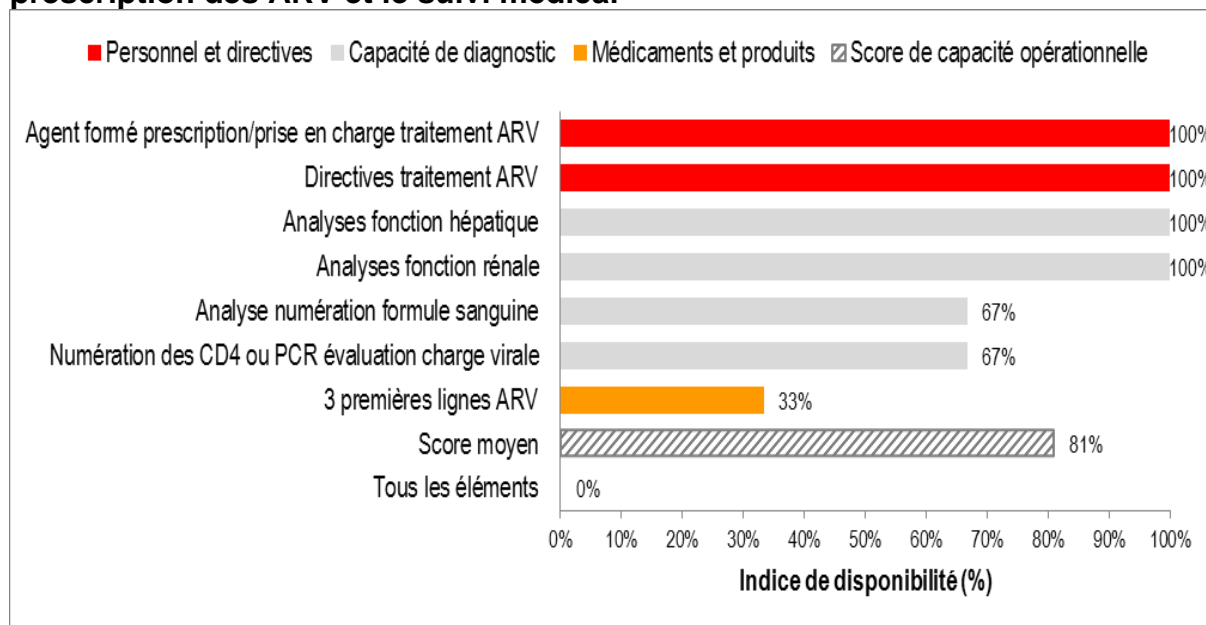
Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Figure 25: Pourcentage des éléments traceurs pour les soins et appui au VIH/SIDA



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Figure 26 : Pourcentage de la disponibilité des éléments traceurs pour la prescription des ARV et le suivi médical



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Seulement, 45% des établissements publics disposent des services de conseil et de dépistage du VIH. Près de 65% de ces établissements de santé sont à Mwali contre 63% à Ndzuwani et 26% à Ngazidja. A cet effet, la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) est disponible dans 46% des établissements de santé dont 7% offrent des services de Conseil et Dépistage pour les Femmes

enceintes VIH+ et 1% pour le Conseil de Planification Familiale aux Femmes enceintes VIH+. La prescription des ARV prophylactiques est offerte par 1% des établissements pour les femmes enceintes VIH+ et pour les nourrissons nés des mères VIH+. S'agissant des services de prise en charge des IST, la disponibilité varie de 55% à 100% dont 69% pour le public, 89% pour le privé à but non lucratif, 58% dans le privé à but lucratif et 67% dans les organisations confessionnelles.

Parmi ces structures¹⁵, en moyenne 64% des éléments traceurs sont disponibles dans les services de conseil et dépistage du VIH dont 10% disposent de tous ces éléments traceurs et 15% des directives. Par contre, on note que 92% de ces services disposent d'une salle de consultation privée et 78% de la capacité de diagnostic du VIH avec 65% des agents formés en conseil et dépistage du VIH/SIDA.

En outre, une faible utilisation des préservatifs a été constatée ainsi qu'un degré de stigmatisation et de discrimination aux PVVIH élevé. Il a été noté également une augmentation de la prévalence des Hépatites à 6% chez les jeunes de 15-24 ans⁹. A cet effet, les données montrent que des progrès remarquables ont été réalisés dans l'atteinte des objectifs 90-90-90. Aussi, 88% des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2018 dont 83% avaient accès au traitement antirétroviral et 80% d'entre elles avaient supprimé leur charge virale.

En Union des Comores, la maîtrise de la taille de la population cible du VIH/SIDA, la limitation de leur accès aux soins, due à l'intolérance, la stigmatisation et la discrimination, constituent le plus grand défi pour atteindre les résultats fixés à Zéro nouveau cas et Zéro décès et Zéro stigmatisation par un meilleur ciblage, une meilleure prise en compte des besoins de ces groupes, le développement de programmes visant à réduire les barrières d'accès aux services VIH liés aux droits humains. Et à la réduction des cas perdus de vue. Le marketing social sur l'utilisation des préservatifs reste aussi notre point de mire. L'autotest dans le nouveau Plan Stratégique National de lutte contre les IST/VIH et Hépatites (PSN 2021-2025) reste méconnu par la population mais constituerait une alternative de renforcement du dépistage. Néanmoins, il subsiste encore des insuffisances à corriger afin de lancer le pays sur la piste des 95-95-95 au cours des cinq (05) prochaines années.

Les problèmes majeurs identifiés se résument comme suit : (I) la non fonctionnalité des instances de coordination, notamment, le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et les Comités Insulaires de Lutte contre le Sida (CILS) ; (II) le dépistage du VIH non systématique chez les porteurs des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ; (III) la non gratuité des services et des médicaments pour la prise en charge des hépatites virales; (IV) l'insuffisance d'identification des femmes enceintes séropositives ayant donné naissances à des enfants infectés par le VIH ; (v) l'insuffisance dans la prise en charge globale des PVVIH (circuit du patient ,dossier du patient, et insuffisance de kits alimentaires et de psychologue en matière de lutte contre la stigmatisation, l'auto-stigmatisation et la discrimination.

Les défis majeurs dans la lutte contre le Sida à relever consistent : (i) renforcement des capacités techniques des prestataires sur l'approche syndromique, (ii) dotation

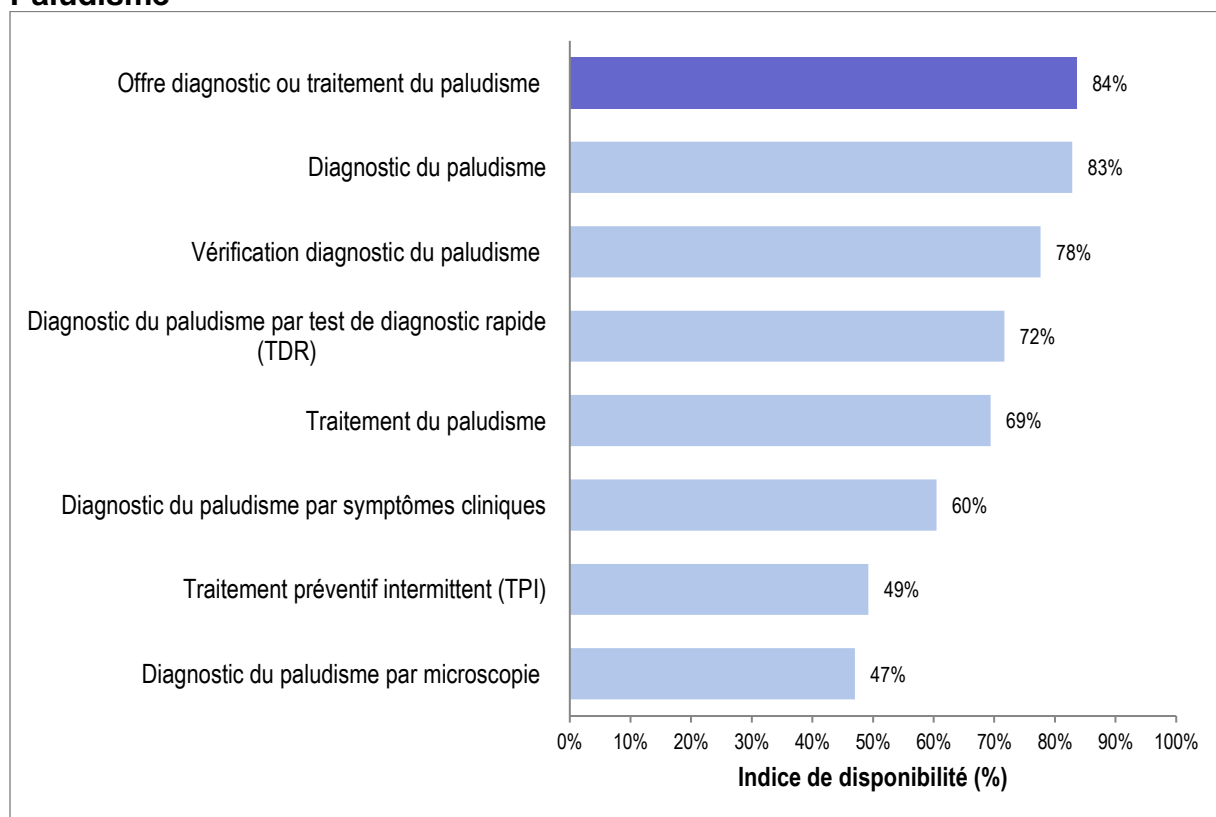
¹⁵ Source: Rapport de l'enquête HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

aux structures en équipements et matériels y compris les moyens de diagnostic adéquat, en produits de santé y compris les réactifs, (iii) amélioration de la qualité de l'offre des soins dans les zones reculées (iv) mise en application de la loi portant protection des PVVIH, (v) renforcement du dépistage, de la rétention des PVVIH et la mise sous ARV des PVVIH, (vi) mobilisation des ressources des financements supplémentaires pour la lutte contre le sida, (vii) renforcement des interventions de la prévention, de la prise en charge et le soutien pour la riposte par les ressources domestiques, (viii) élargissement de la couverture vaccinale contre l'hépatite B et (ix) mise en œuvre du guide de prise en charge des hépatites.

7.2.4.2. Paludisme

Jusqu'en 2007 le paludisme constituait un fardeau économique et épidémiologique. Le pays 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, le pays est classé comme un des pays à très faible transmission avec une incidence de la maladie de 20,55 pour 1000 en 2019 à 5,1 pour 1000 en 2020. Toutefois en 2021¹⁶, la tendance des indicateurs est à la hausse avec une incidence de 11,45 pour 1000 hab, (Mwali 0,78 pour 1000 ; Ndzuwani 0,15 pour 1000 et Ngazidja 22,24 pour 1000 en 2021)

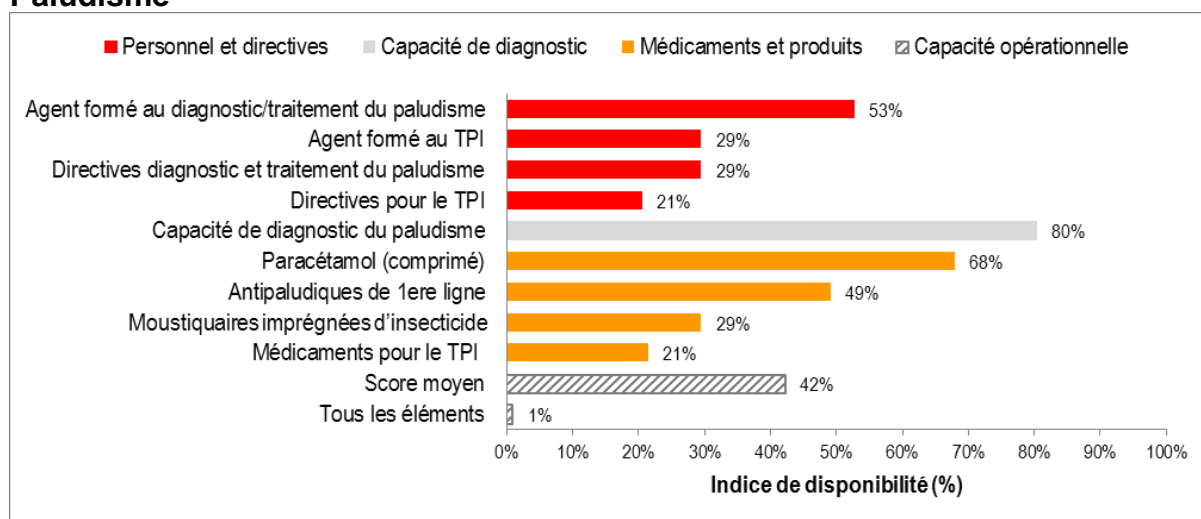
Figure 27: Pourcentage d'établissements offrant des services contre le Paludisme



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

¹⁶ Source : Rapport du Programme National de Lutte contre le Paludisme, Comores, 2021

Figure 28: Pourcentage de la disponibilité des éléments traceurs contre le Paludisme



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

L'analyse de la capacité opérationnelle des services de lutte contre le paludisme permet de relever qu'à l'échelle nationale, 1% des établissements de santé offrant les soins de lutte contre le paludisme disposent de tous les éléments traceurs dédiés à la prise en charge du paludisme. Toutefois, en moyenne, 42% des éléments traceurs sont disponibles dans les établissements de santé offrant les soins du paludisme ; c'est-à-dire qu'en moyenne 4 des 9 éléments dédiés à l'évaluation de la capacité opérationnelle de services de lutte contre le paludisme sont disponibles dans les établissements de santé.

Les défis majeurs de lutte contre le paludisme consisteront d'abord à la mobilisation d'avantage des ressources domestiques et celles des partenaires d'appui, et au renforcement des capacités notamment la formation des acteurs sur l'élimination du paludisme. L'organisation de la recherche opérationnelle (enquête anthropologique, enquête d'efficacité thérapeutique ...), et l'adhésion de la communauté et les autres parties prenantes y compris le secteur privé sur l'élimination.

7.2.4.3. Tuberculose

En matière de lutte contre la Tuberculose¹⁷, il a été notifié 68 nouveaux cas en 2021, bactériologiquement confirmés avec 92% de taux de succès thérapeutique. Néanmoins, des efforts sont à renouveler pour l'augmentation du taux de dépistage qui reste faible à moins de 70%.

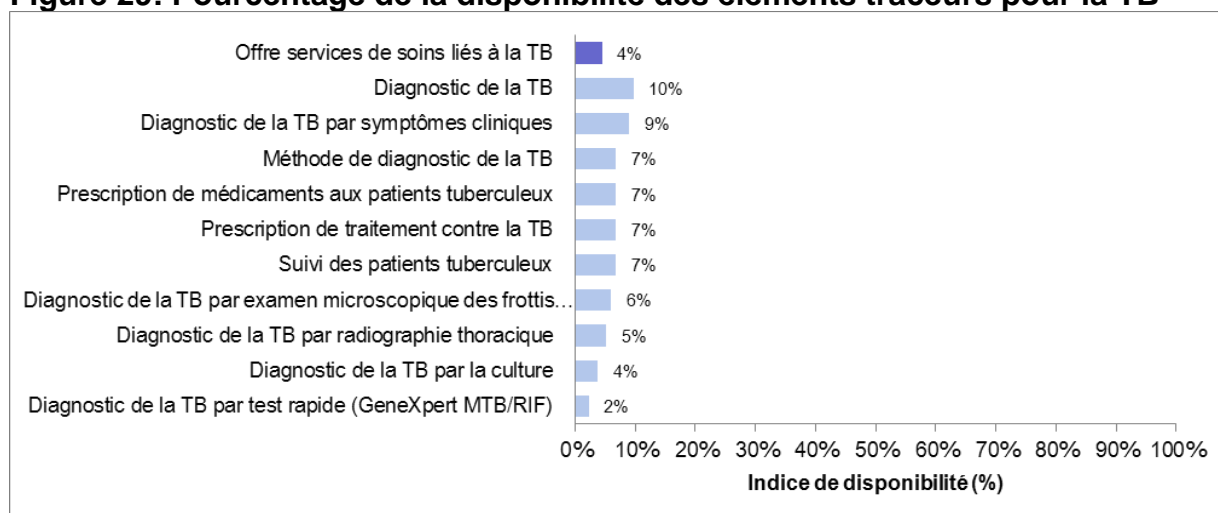
Le Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose (PNLT) a élaboré un Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose et la Lèpre permettant à tous les acteurs engagés dans la lutte contre ces deux endémies de travailler ensemble dans l'analyse des progrès réalisés des cinq dernières années et a permis

¹⁷Rapport d'activités Programme National de Lutte contre la Tuberculose et Lèpre, 2021

l'identification des défis à relever et de définir ainsi les orientations stratégiques pour les prochaines années.

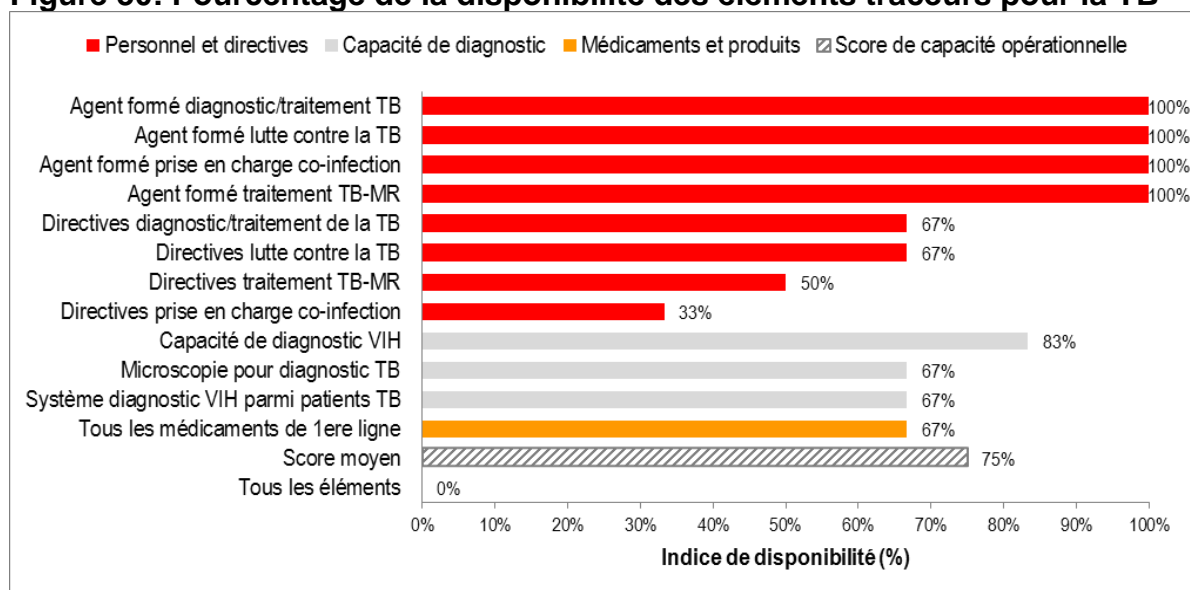
L'évaluation de la disponibilité des services de lutte contre la Tuberculose a porté sur les paquets de méthodes de diagnostic et des stratégies de traitement mises en œuvre dans les établissements de santé. Il s'agit des services ci-après : Diagnostic de la TB, Diagnostic de la TB par Symptômes cliniques, Diagnostic de la TB par Examen microscopique des Frottis d'expectoration, Diagnostic de la TB par la culture, diagnostic de la TB par Test Rapide (Gene Xpert MTB/RIF), Diagnostic de la TB par Radiographie thoracique, Méthode de diagnostic de la TB, Prescription de médicaments aux patients tuberculeux, Prescription de traitement contre la TB et suivi des patients tuberculeux.

Figure 29: Pourcentage de la disponibilité des éléments traceurs pour la TB



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Figure 30: Pourcentage de la disponibilité des éléments traceurs pour la TB



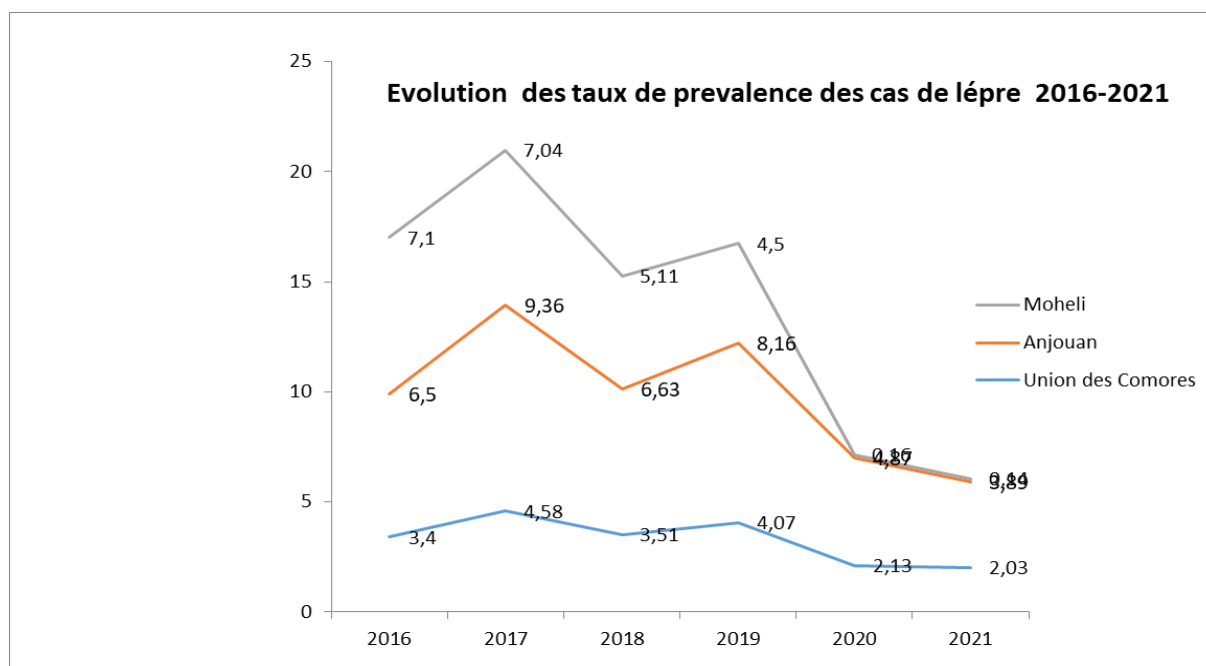
Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Les défis consistent au renforcement de la décentralisation des services de prise en charge, à l'amélioration du circuit du patient et le renforcement de dépistage. La prévention de la maladie en milieu de soins à travers la stratégie de Prévention de Contrôle des Infections (PCI). Le renforcement de la surveillance de la tuberculose multi-résistante et des approches innovantes notamment la géolocalisation des cas et des contacts.

7.2.4.4. Lèpre

La lèpre est endémique en Union des Comores. La prévalence en 2020 était de 2,13/10000 hab. La particularité de cette endémicité est que la maladie se concentre dans l'île de Ndzuwani (4,87/10000 hab.). La prise en charge est assurée par les équipes de lutte contre la Lèpre et les Agents de Santé Communautaire. L'objectif de cette stratégie est de mener des activités de dépistage des cas dans les zones non accessibles à Ndzuwani et à Mwali sur : la recherche des cas, la mise sous traitement, le contrôle du traitement et le dépistage précoce des cas de réaction lépreuse afin de réduire le risque de développement des invalidités. La stratégie de porte-à-porte contribue à réduire de manière significative la prévalence de la maladie en Union des Comores dans une perspective d'élimination de cette endémie. Le programme a mis en place un système de géolocalisation des cas et des contacts pour renforcer le dépistage et le suivi des cas.

Figure 27 : Evolution du taux de prévalence de cas Lèpre de 2016 à 2021



Source : Rapport du Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose, Comores, 2021

Les principaux défis du PNLT consistent au renforcement des capacités technique en infrastructure et en personnel qualifié, l'amélioration du plateau technique. L'amélioration de la recherche opérationnelle. La mobilisation de ressources domestiques additionnelles.

7.2.5. Maladies Tropicales Négligées.

7.2.5.1. Filariose Lymphatique

L'Union des Comores s'est inscrite depuis 2001 à la stratégie régionale d'élimination de la Filariose Lymphatique dans les pays endémiques. Plusieurs Campagnes de Traitement de Masse ont été mises en œuvre pour réduire la transmission de la maladie avec une couverture thérapeutique de 96%¹⁸ et une prévalence à 2% en 2021. Par ailleurs, des enquêtes¹⁹ ont été réalisées et le taux d'antigénémie est inférieur à 2% au niveau de Mwali et de Ndzuwani. Dans ces deux îles, la Filariose Lymphatique n'est plus un problème de santé publique.

Les défis consistent à renforcer la surveillance épidémiologique des principales MTN qui sevisent dans le pays, à poursuivre la stratégie d'élimination de la filariose lymphatique, la mise en place de la prise en charge et la Gestion de la Morbidité et Prévention des Incapacités (GMPI), la formation du personnel et la mobilisation des ressources financières.

7.2.5.2. Arboviroses

La dengue et le chikungunya sont les arboviroses les plus observés aux Comores. En 2005, une épidémie de Chikungunya a touché des dizaines de milliers de personnes dans la région de l'Océan Indien. Cet événement a confirmé que le partage des informations sanitaires au sein des pays de la Commission de l'Océan Indien (Comores, Madagascar, Maurice, France/Réunion et Seychelles) était essentiel.

Les défis consistent au renforcement de capacités de détection et la riposte à temps réel, à la mobilisation des ressources additionnelles et au renforcement des capacités techniques en infrastructures adéquates.

7.2.5.3. Zoonoses

En matière de prévention des Zoonoses, depuis 2015, il existe une collaboration officielle matérialisée par un Memorandum «*One Health*», instaurant un système de surveillance et de collaboration actifs entre les services de santé animale et de santé humaine pour détecter des cas et alerter rapidement les autorités des services vétérinaires et de santé publique. Les Zoonoses telles que la Fièvre de la Vallée du Rift et d'autres maladies animales à fort impact économique comme la Peste des Petits Ruminants se sont déclarées, mettant en danger la sécurité alimentaire dans la Région. Pour faire face à ces menaces, l'approche "*Une seule santé*" a été développée. Les Ruminants Vivants ont été importés des Pays voisins en Union des Comores, depuis plus de 40 ans. Le risque d'introduction de nouvelles Maladies dans le Pays était élevé. Malgré les efforts des services sanitaires comoriens, le Pays est particulièrement vulnérable à l'intrusion d'agents pathogènes.

¹⁸Rapport d'activité Direction de lutte contre la Maladie, 2021

¹⁹Enquêtes Pré-TAS et TAS, Comores, 2020

Le défi consiste à maintenir la surveillance épidémiologique à tous les niveaux et la capacité de riposte adéquate, renforcer la collaboration active entre les services de sante humaine et sante animale, renforcer les capacites en infrastructures, en équipement, en produit de sante y compris les vaccins et en ressources humaines, la mobilisation des ressources additionnelles.

7.2.6. Covid-19

Au 30 avril 2020, l'Union des Comores a enregistré le premier cas de Covid-19 après l'éclatement au niveau mondial. L'Epidémie a suivi une évolution en Trois phases. Pour y faire face, le pays a élaboré un Plan National de Riposte et un Protocole de Prise en Charge des Malades. Des mesures strictes de barrière ainsi que des activités de sensibilisation et de prise en charge sont mises en œuvre à travers un Plan National de Riposte. Les données des indicateurs clés de la surveillance et la prise en charges des cas de COVID-19, montrent que :

Tableau 6: Répartition des indicateurs clés de la surveillance et prise en charge de COVID-19 selon les Iles, du 30 Avril 2020 au 02Janvier 2022.

| Indicateurs clés | Ngazidja | Ndzuwani | Mwali | Total |
|-----------------------|----------|----------|-------|-------|
| Nombre de Cas cumulés | 4 453 | 1 530 | 924 | 6907 |
| Guéris cumulés | 3 425 | 774 | 789 | 4988 |
| Décès cumulés | 90 | 36 | 32 | 158 |

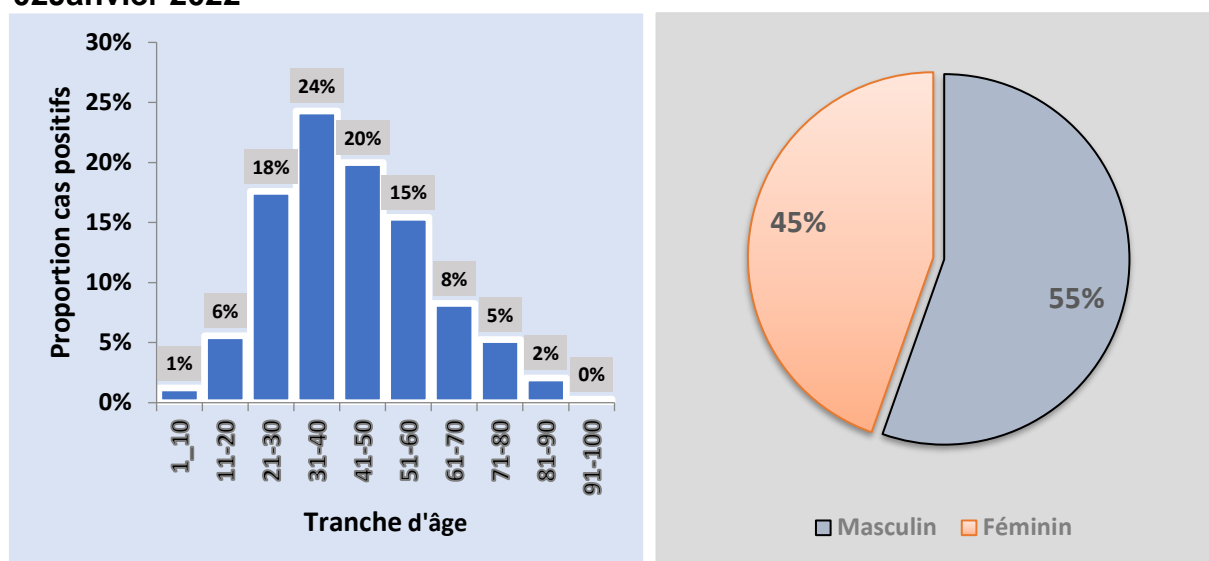
Sources : SITREP N°143 DU 27 déc.2021 au 02 Janv. 2022

Le taux de guérison était de 72% avec un taux de létalité très élevé de 2.3%. En plus, **66 380** tests ont été déjà réalisés dont **52% de tests Antigène et (40%) sur base de PCR-RT**. Les agents de santé représentent **4%** des cas confirmés depuis le début de la pandémie en Union des Comores. A cet effet, le taux d'attaque à l'échelle nationale est de 842 pour 100 000 habitants. En revanche, au niveau régional, le taux d'attaque pour 100 000 habitants est respectivement selon l'ordre décroissant de 1 655 à Mwali, 1 084 à Ngazidja et de 432 à Ndzuwani. Le taux d'hospitalisation est inférieur à 10%. La majorité des cas est suivie à domicile. Depuis le début de l'épidémie, l'ile de Ngazidja reste l'épicentre avec environ 64% du total des cas confirmés.

Grace à la surveillance génomique, le variant BETA a été détecté en Union des Comores, depuis le mois de Janvier 2021. Le variant DELTA est en circulation suite à la résurgence des cas confirmés Covid-19 observée à Mwali, depuis le 29 septembre 2021.

Les publics ciblés par les tests de diagnostic sont les voyageurs internationaux, les passagers nationaux symptomatiques et les cas contacts, et la population en général. Ces tests PCR et antigéniques sont effectués autant que nécessaire et aussi bien pour les vols intérieurs qu'extérieurs. Pour les voyageurs avec un test non valide ou sans résultat de PCR, les prélèvements sont effectués afin de déterminer le statut et les actions à prendre selon le cas, positif ou négatif. Par contre, les voyageurs en partance de l'Union des Comores les résultats des PCR sont exigés avant l'embarcation.

Figure 31: Distribution des cas positifs de Coronavirus 2019 en Union des Comores, selon la tranche d'âge et le sexe du patient du 30 avril 2020 au 02Janvier 2022



Dans le cadre de la campagne de vaccination de la population adulte contre la Covid-19 avec le vaccin Sinopharm, le pays est à sa quatrième cohorte. Ainsi, 247 272 personnes présentent un schéma complet de vaccination soit 30,1% de la population totale au 26 décembre 2021.

Le défi consiste à promouvoir la communication pour le changement des comportements en faveur de la prise en charge curative, préventive, réadaptative et palliative des cas, à renforcer les capacités des infrastructures en termes de diagnostic et séquençage génomique des nouveaux variants. Des efforts à fournir dans le cadre de la sécurité du personnel de première ligne et la vaccination des groupes vulnérables.

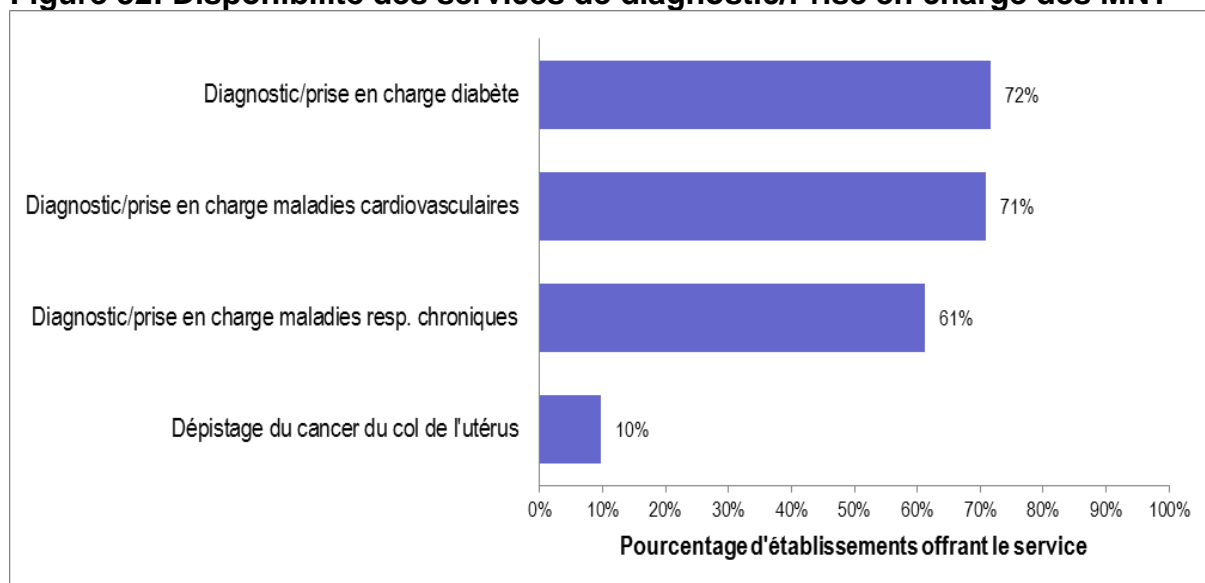
Le défi consiste à promouvoir la communication pour le changement des comportements en faveur de la prise en charge curative, préventive, réadaptative et palliative des cas.

7.2.7. Maladies non transmissibles

En Union des Comores, le secteur de la santé est marqué par une transition épidémiologique caractérisé par l'émergence de nouvelles Maladies Non Transmissibles (MNT). Ce phénomène constitue le premier motif d'évacuations sanitaires²⁰. Il s'agit notamment de l'Hypertension Artérielle, du Diabète, de l'Insuffisance Rénale et du Cancer.

²⁰Rapport ANAMEV, Comores, 2019

Figure 32: Disponibilité des services de diagnostic/Prise en charge des MNT



Source : Rapport HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Malgré la disponibilité des services de diagnostic/prise en charge des MNT, les pathologies non transmissibles restent dominées par les Troubles Cardiovasculaires avec une prévalence de 25% contre 4,8% pour le Diabète et le Cancer.

Les défis majeurs consistent au renforcement de la prise en charge globale ou des soins curatives, préventives, promotionnelles, réadaptatives et palliatives. Pour reléver ces défis, la réalisation régulière d'une enquête Stepwise sur les MNT et les facteurs de risques associés s'avèrent nécessaire.

7.2.7.1. 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, financiers 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.

7.2.7.2. 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 présente une disparité entre l'île ; Ngazidja (4,2%), Ndzuwani (5,2%) et Mwali (5,4%). En plus de ces données, en 2018²¹, 40% de la population ayant réalisé un dépistage du diabète présentent une surcharge pondérale et /ou obésité.

²¹ Rapport d'activité du programme national

En termes de prise en charge et de prévention du diabète, 72% des établissements de santé dans le pays offrent des services de diagnostic et de traitement du diabète dont 68% dans les établissements publics (100% dans les Centres hospitaliers nationaux et 91% dans les Centres de santé de district) et 78% dans les établissements privés à but lucratif.

En outre, on note une disponibilité de l'offre des services de lutte contre le diabète quelque soit le milieu de résidence, 82% en milieu urbain et 62% en milieu rural. On constate une faible disponibilité des services de diagnostic et de traitement du Diabète dans les Postes de santé, soit 57%.

7.2.7.3. 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 l'HTA et d'hypercholestérolémie de 25%, de la surcharge pondérale à 39,4% et 13,5% d'obésité. Il est à souligner que 86% de la population consomment moins d'une portion de fruits et légumes par jour et 62% restent assis ou couchés au cours d'une journée.

Toutefois, il convient de noter une faiblesse du système d'information sanitaire en milieu hospitalier. Ceci entraîne de difficultés d'avoir le nombre exact des cas des maladies cardiovasculaires en milieu hospitalier.

7.2.7.4. 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 MNT (Tabac, Obésité, etc.).

En termes de dépense courante de santé, on constate que les maladies respiratoires captent une part importante. Pour les soins de cette catégorie de maladie, les dépenses²² effectuées sont plus élevées derrière la santé de la reproduction avec 20,97% en 2015 et 16,79% en 2019 des Dépenses Courantes de Santé (DCS) du Pays.

²² Rapport des Comptes de la Santé de 2011 révisé, 2015 et 2019, Comores, 2021

7.2.7.5. Tabac, alcool, drogues et substances psycho-actives

Les résultats de l'enquête (préciser l'enquête) de 2011 révèlent que, 13% de la population interrogée consomme de la cigarette. La répartition par sexe montre que, les hommes représentent 23,8% contre 2% chez les femmes. Ce phénomène est beaucoup observé chez les personnes de la tranche d'âge 25-54 ans (13%) contre 9% chez les sujets plus 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% quotidiennement. Il convient de souligner que le pays ne dispose pas de données sur la consommation des substances psycho-actives.

(Dr Mama recommande d'ajouter le nombre de cas notifié l'année dernière).

7.2.7.6. 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 en dehors de celle des aveugles. Ce qui nécessite une réflexion de haut niveau afin d'améliorer les conditions de vie de cette partie de la population notamment en termes de mobilité et d'accès aux différents services de base (éducation, santé, emploi, Etc).

7.2.7.7. 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 cariées²³.

En octobre 2011, une enquête a été réalisée en milieu scolaire sur les enfants de la tranche d'âge 4-8 ans sur l'île de Ngazidja. Les données ont permis d'obtenir les informations sur la fréquence de la carie dentaire avec une prévalence de 90%. 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 qui se trouvent uniquement dans les capitales. Cela montre l'insuffisance de prise des maladies charge bucco-dentaires et d'actions préventives au niveau périphérique.

7.2.7.8. Affections oculaires

En Union des Comores, aucune enquête nationale n'a été réalisée en dehors d'une étude sur les cas de cécité en 1996 dans le service ophtalmologie du CHN EI – Maarouf.

Sur une population de 850 000 habitants le nombre estimé de personne devenant aveugle par cataracte est de 540 par an. Le nombre de personnes en attente de

²³Enquête nationale sur la santé buccodentaire, 1997

chirurgie de la cataracte est estimé entre 2 300 et 3 050 personnes. Le taux de prévalence de la cataracte en Union des Comores est de 0,8%.

Par ailleurs, on a noté l'existence d'un certain nombre d'affections cécitantes 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 annuelle des cas de cécité dus à cette maladie. Ce qui entraîne donc, une accumulation de personnes non opérées qui demeurent aveugles à vie.

7.2.7.9. Santé mentale

Un service de santé mentale existe et est logé à la Direction de la lutte contre la maladie sous la responsabilité d'un point focal national, un médecin psychiatre. Toutefois, il existe deux unités de consultation au CHN El-Maarouf avec un médecin psychiatre et au CHRI de Hombo avec un médecin référent en psychiatrie. Le pays possède à ce jour des psychologues et trois infirmiers référents insulaires en psychiatrie.

Le défi actuel du Ministère de la Santé est de doter la Direction de la Lutte contre la Maladie d'un programme de santé mentale avec une stratégie nationale, former du personnel, construire des infrastructures dédiées, fournir les équipements et les autres ressources nécessaires.

7.2.8. Santé communautaire

Des la mise en oeuvre des reformes du système de santé, les interventions à base communautaire occupent une place fondamentale dans la mise en œuvre des activités des différents programmes et projet de santé publique.

Ce pendant, les structures de base communautaires ne fonctionnent le plus souvent qu'avec le soutien des partenaires de proximité, plus particulièrement à travers des associations communautaires locales ou issues de la diaspora. Elles sont parfois non réglementées par le Ministère de la Santé et ne figurent pas sur 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 la construction des structures de santé (CS ou PS) non conformes aux textes en vigueur.

Actuellement, le Pays s'est doté d'une stratégie de santé communautaire, des réseaux d'engagement communautaire (REC), compte 332 comités villageois de santé (26 à Mwali, 92 à Ndzuwani et 214 à Ngazidja) et 830 agents de santé communautaire formés et enregistrés (67 à Mwali, 343 à Ndzuwani et 420 à Ngazidja). Ces derniers, constituent des relais importants des différents programmes du Ministère de la Santé au niveau communautaire lors de la mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé.

Les défis en matière de santé communautaire consistent à assurer une utilisation intégrée des agents de santé communautaire dans les différents programmes, une révision de la stratégie nationale de santé communautaire, une mobilisation des ressources, une institutionnalisation des activités de santé communautaire et rendre effectifs les organes de gouvernance avec une participation de la population à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

7.2.9. Hygiène, Assainissement et environnement

En matière d'hygiène et d'assainissement, la population est livrée à elle-même pour se débarrasser des eaux usées, déchets domestiques et industriels. Peu d'investissements sont réalisés en matière d'assainissement pluvial.

La situation du secteur hygiène et assainissement n'est pas reluisante malgré les efforts déployés par le Gouvernement et les Partenaires au développement. Les défis comprennent l'application des textes réglementaires et législatifs disponibles sur l'hygiène ; l'assainissement et la protection de l'environnement. Cette application des textes devrait s'accompagner d'une formation du personnel et la sensibilisation de la population sur l'hygiène, l'assainissement et l'environnement.

Le Gouvernement s'est engagé à travers la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008) à mettre en œuvre toutes les déclarations et conventions internationales sur les liens entre la santé et l'environnement. Ce qui a conduit à la mise en place une Commission nationale.

En l'absence de mesures d'hygiène, d'assainissement de base et un contrôle sanitaire adéquats, les problèmes environnementaux²⁴ sont conséquents.

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 quantité²⁵ de déchets domestiques, estimée à 124.362 tonnes en 2000 et de 353.159 tonnes en 2020 soit une augmentation de 34%. Il est à noter aussi que seulement 16,8% des ménages comoriens²⁶ sont desservis par un système d'enlèvement des ordures.

Au cours de dernières années avec la décentralisation, on assiste à des initiatives communales de collecte des ordures ménagères contribuant ainsi l'amélioration des conditions d'hygiènes de la population. Mais ces actions restent dérisoires face à la gravité de la situation.

7.2.10. Gestion des Risques et Catastrophes

L'Union des Comores, de part les aléas dûs 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 plan stratégique national de réponse aux urgences avec un renforcement des capacités sectorielles et des points focaux. Malgré le fait que le pays ait été à maintes reprises confronté à différentes épidémies, choléra et d'arboviroses, ainsi qu'à des éruptions volcaniques et des conflits sociaux, les capacités nationales en matière de législation, d'organisation, de préparation, d'alerte et de réponse restent insuffisantes.

²⁴Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, Mars 2012

²⁵Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, Mars 2012

²⁶Eléments d'analyse fondés sur l'Enquête intégrale auprès des ménages de 2004, Comores, février 2005, Jean Pierre Lachaud.

Ces dernières années, les pluies diluviennes ont causé des dégâts matériels et humains entraînant des déplacements massifs des populations. En effet, le pays a connu les inondations dont celles d'avril 2012 mais plus récemment le cyclone Kenneth en 2019 qui était plus dévastateur. Il n'existe pas de pré-positionnements de médicaments et d'intrants 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.

Les défis consistent à former des équipes d'interventions d'urgence tout en leur fournissant les matériels nécessaires, renforcer les capacités des structures sanitaires en matière de réponse et de prise en charge des urgences et catastrophes, puis mobiliser les financements.

7.2.11. Règlement sanitaire international

Dans le cadre de la préparation nationale en matière de sécurité sanitaire, l'Union des Comores a conduit en 2017 une mission d'Evaluation Externe Conjointe (EEC) de la mise en œuvre des capacités du Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005. Il s'agissait d'évaluer la capacité du pays à prévenir, détecter et riposter rapidement aux menaces de santé publique. Le dispositif de gestion des risques et catastrophes est disponible en Union des Comores avec la Direction Générale de la Sécurité Civile (DGSC) comme organe national de gestion des crises. Aussi, il existe la cellule de veille et d'alerte précoce qui collecte, traite et analyse les informations relatives à la prévention et la gestion des risques et catastrophes en temps réel 24h/24h. Egalement le Croissant Rouge Comorien (CRC) constitue un organe d'appui au dispositif de gestion des risques et catastrophes. Il n'y a pas de mécanismes de coordination entre les secteurs qui permettent des échanges réguliers.

Les défis majeurs peuvent se résumer comme suit : (i) renforcement du cadre législatif et réglementaire pour la mise en œuvre du RSI ; (ii) renforcement des mécanismes de collaboration intersectorielle existant notamment avec la direction de l'élevage ; (iii) intégration effective des interventions des services de surveillance épidémiologique avec celles des autres services de santé ; (iv) renforcement des capacités techniques et financières pour la surveillance épidémiologique aussi bien en santé humaine qu'en santé animale ; (v) mise en œuvre de l'approche « One Health » avec un plan de communication multisectoriel et (vi) renforcement du dispositif de gestion des risques et catastrophes.

7.2.12. Traumatismes et Violences :

En Union des Comores, les causes des traumatismes sont nombreuses telles que les accidents de la circulation, les violences, les noyades, les brûlures, les chutes...etc. Elles deviennent de plus en plus fréquentes et inquiétantes au cours de ses dernières années. En matière de violences, il est noté une augmentation de la violence basée sur le genre (à justifier par des statistiques), des conflits sociaux et intercommunautaires (Réf : bulletin annuel au Commissariat au Genre).

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 les causes de traumatismes et de violences, la situation dans ce domaine n'est pas suffisamment connue.

L'insuffisance des données publiées sur la sécurité routière, la faible sensibilisation des conducteurs et de la population ainsi que la faible coordination des acteurs dans ce domaine sont dues en grande partie à l'absence d'une stratégie nationale sur la sécurité routière. Les données issues de la Gendarmerie nationale montrent qu'en 2019, 136 cas d'accidents ont été recensés au niveau national avec une baisse de 47 % par rapport à 2018 (286 cas d'accidents)²⁷. Concernant la Violence Basée sur le Genre, le phénomène prend de l'ampleur avec 144 cas enregistrés dont 127 concernent des mineurs (rapport premier trimestre 2020). Le cadre de prise en charge médicale n'est pas adéquat dans la mesure où les victimes ne bénéficient pas des soins gratuits dans les établissements sanitaires.

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 ne couvrent pas toute l'année 2021, 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 2021²⁸, les différentes statistiques ont fait état de 997 cas de violence dans le pays : 245 à Ngazidja, 395 à Mwali et 357 à Ndzuwani.

L'insuffisance de prise en charge juridique, psychologique et sanitaire des victimes pose un problème de suivi effectif des victimes.

Aussi, le pays ne dispose pas d'une Politique et d'une stratégie de prise en charge des Traumatismes et des Violences.

Les défis comprennent l'élaboration d'une politique et d'une stratégie en la matière, la promotion d'une prise en charge globale, efficace et le développement des actions contre les facteurs de risques des principales causes des maladies et sur les déterminants socio- économique, environnementaux et nutritionnels de la santé ;

7.2.13. Sécurité Sanitaire des Aliments

Dans le domaine de la sécurité alimentaire, L'Union des Comores connaît une situation nutritionnelle préoccupante. Il est donc primordial pour les autorités publiques de maîtriser les enjeux en matière de sécurité sanitaire. Ce qui revient à l'Etat de mettre en place un processus fiable pour une alimentation saine. La population comorienne fait à plusieurs situations critiques relatives aux différents produits de consommation. On peut citer entre autres :

- L'utilisation abusive et incontrôlée des produits phytosanitaires dont les pesticides dans l'agriculture et l'élevage,
- Le problème d'accès à l'eau potable,
- L'insuffisance d'hygiène dans les espaces de stockage et de vente des produits alimentaires,
- L'insuffisance des contrôles à l'importation des produits contrefaits et des produits trop gras, trop sucrés et salés,

²⁷Rapport annuel annuel, Gendarmerie, Comores, 2020

²⁸Rapport annuel, Ministère de la santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et la Promotion du Genre, Services d'écoute, 2011

- L'insuffisance de contrôles dans les lieux de restauration.

Malgré l'absence des données, les médecins et agents de santé observent des nombreux cas d'intoxications alimentaires à causes multiples et variées.

Les défis se résument comme d'abord le développement et la promotion de la politique sur la sécurité sanitaire des aliments ; la mobilisation des ressources, une mise en application des textes réglementaires en vigueur collaboration multisectorielle, la lutte contre les intoxications Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC) et la communication adéquate pour le changement du comportement.

VIII. ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

L'analyse des performances institutionnelles se fera à travers 6 domaines : (i) Gouvernance, Leadership et Partenariat ; (ii) Ressources Humaines, (iii) Prestation de service, (iv) Infrastructure, Equipement et Produits de santé, (v) Financement de la santé, (vi) Système d'information, Recherche et Innovation en matière de santé.

8.1. Gouvernance, Leadership et Partenariat

En matière de leadership le Ministère de la santé s'est manifesté au cours de l'exécution de la Loi 94-016/AF du 17 juin 1994 portant cadre général du système de santé de la République Fédérale Islamique des Comores. Plusieurs textes de mise en application ont été entrepris depuis ce jour dont certains révisés, notamment, les Codes de la santé publique de 1995, 2011 et 2020. Ces textes constituent des arsenaux juridiques et organisationnels indispensables qui ont permis de : (i) définir des cartes sanitaires et (ii) élaborer des textes législatifs et réglementaires d'application, des normes et standards des structures de santé.

S'agissant de la planification, le secteur de la santé développe des plans nationaux de développement sanitaires à partir des quels sont élaborés les plans stratégiques, les programmes nationaux, les projets et les plans opérationnels. Il est noté que les statuts d'organisation des Hôpitaux prévoient que les Centres Hospitaliers et les Centres Médico-Chirurgicaux élaborent des projets d'établissement, des plans directeurs et des plans d'actions annuels.

S'agissant du domaine de la gouvernance, des progrès sont enregistrés tant sur le plan organisationnel que fonctionnel, notamment, le renforcement de la décentralisation du système sanitaire entreprise depuis 1993 avec la mise en place du système de santé de district et le développement de la santé communautaire. Le schéma est constitué d'une gestion administrative de type pyramidal à travers le niveau central, régional est périphérique.

Par ailleurs, une coordination des interventions de santé et une collaboration intersectorielle ont été mis en place à travers des Groupes Techniques Sectoriels (GTS) et des Comités de coordination (Comité de gestion des structures, les Comités nationaux et techniques de santé, les Comités de gestion des épidémies, de conventions de partenariat avec les associations/ONG).

Depuis 2014, l'Union des Comores, a adhéré au Partenariat International pour la Santé et les Initiatives apparentées (IHP+). De plus, le pays à travers le secteur de la santé s'est engagé dans un processus de relance de ses politiques et stratégies de mise en œuvre du Plan Comores Emergent (PCE) à l'Horizon 2030 afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et la Couverture Sanitaire Universelle (Universal Health Coverage-UHC) d'ici 2030.

Les principaux partenaires du secteur de la santé sont multilatéraux et des bilatéraux avec entre autres : OMS, UNFPA, UNICEF, Fonds Mondial, AFD, Banque Mondiale, GAVI, Coopération japonaise, chinoise, etc.;

Les principaux problèmes à relever sont :

- L'inadéquation de certains textes juridiques indispensables à la bonne marche du secteur. Les différents textes réglementaires en vigueur semblent de plus en plus insuffisants pour assurer une meilleure distribution des offres de santé sur l'ensemble du territoire national ;
- Une faible coordination sectorielle entre les parties prenantes nationales et les partenaires techniques et financiers ;
- La faible capacité des structures de contrôle et d'inspection à veiller au respect des textes ;
- L'insuffisance de régulation au niveau du sous-secteur privé. Cette faiblesse est liée beaucoup plus au dysfonctionnement des ordres professionnels.

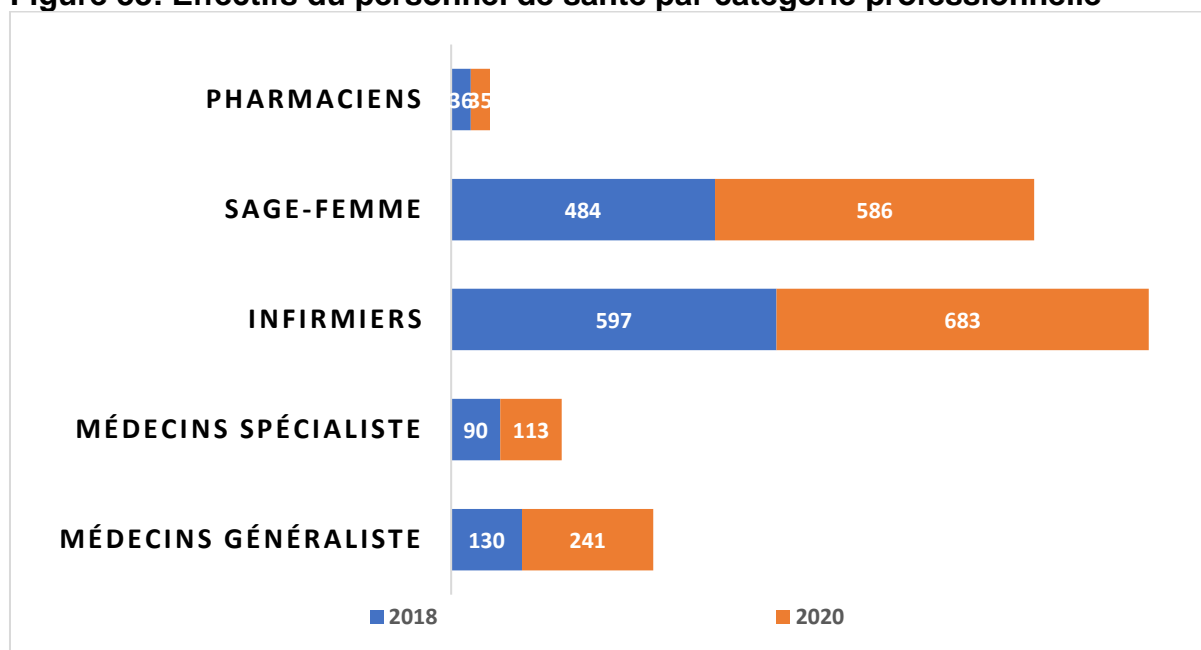
Les défis majeurs à relever sont :

- La mise en application des textes législatifs et réglementaires ;
- Le renforcement de la collaboration intersectorielle ;
- La coordination des interventions des prenantes ;
- Le renforcement du système de santé dans le contexte de la décentralisation et l'amélioration des soins de santé primaire ;
- La mise en place des organes d'administration et de gestion dans les structures de santé, etc.

8.2. Ressources Humaines

Le pays dispose actuellement un ratio personnel/population en 2020 respectivement de 2,02/1000 pour les Médecins, 0,85/1000 pour les Infirmiers et 0,73/1000 pour les Sage-Femmes, cette situation est relativement peu satisfaisante par rapport aux normes de la SADC. il apparaît que la répartition selon le milieu de résidence fait ressortir une forte disparité dont le milieu rural enregistre une densité de 9,5 contre 43,8 en milieu urbain.

Figure 33: Effectifs du personnel de santé par catégorie professionnelle



Sources : Rapport HHFA-SDI 2020, Comores, 2021

En 2021, suite aux besoins fréquemment exprimés en matière de ressources humaines, plus de 70 personnels de santé (Médecins et paramédicaux) ont été recrutés par contrat sous le financement de Partenaires Techniques et Financiers et 22 bourses ont été octroyées pour des formations spécialisées en santé publique.

Sur le plan de la formation du personnel de santé, la formation de base des médecins généralistes, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes ainsi que de la plupart des spécialités médicales et chirurgicales se fait à l'extérieur du pays par manque de faculté de médecine. Toutefois, le pays dispose d'une seule école de formation agréée des cadres moyens (IDE, SFDE) qui demande des efforts de renforcement des capacités pour assurer son plein potentiel.

Actuellement, il existe des insuffisances importantes Pour ce qui est de la gestion et du suivi de la carrière du personnel, malgré la mise en place d'un plan stratégique plus de quinze ans et des recensements réguliers des agents sanitaires. En fait, les personnels qui travaillent dans le secteur de la santé sont des fonctionnaires et agents de l'Etat conformément aux dispositions de loi n°04-006/AU du 10 novembre 2004, portant Statut Général des fonctionnaires de l'Union des Comores, notamment en son article 39. Et la pratique de la gestion qui en découle manque de cadre formel de coordination entre les différents acteurs, qu'ils soient de la Fonction Publique ou des Finances.

Il n'existe pas au niveau national une politique formelle de motivation, même si théoriquement divers types d'incitatifs financiers co-existent au sein du secteur. Il s'agit en particulier de diverses primes octroyées sans lien avec la performance individuelle des agents de santé.

La prédominance des agents dits bénévoles ne garantit en rien l'assiduité au travail, les absentéismes fréquents et la motivation de l'ensemble. Toutes ces causes engendrent des conséquences importantes en termes de productivité ou de performance des agents de santé.

Au plan organisationnel et de management, la gestion des ressources humaines est assurée par un Service du personnel rattaché à la Direction Administrative et Financière. En outre, il existe un Observatoire National des Ressources Humaines en Santé (ONRHS) pour gérer le système d'information des ressources humaines en terme de disponibilité et de partage de l'information et données en collaboration des parties prenantes.

Par ailleurs, les principaux problèmes prioritaires relevés sont :

- Absence de recrutement du personnel qualifié
- Insuffisance dans la mise en œuvre des plans stratégiques et opérationnels à tous les niveaux ;
- Le vieillissement du personnel caractérisé par une moyenne d'âge atteignant 60 ans pour ceux qui servent dans la Fonction Publique, engendre des problèmes liés à la relève, au redéploiement du personnel et à l'octroi de formation continue adaptée ;

- L'insuffisance de postes budgétaires limite le recrutement au sein du secteur public ;
- Insuffisances des capacités organisationnelles et matérielles du service central des ressources humaines

Les défis majeurs à relever sont :

- Mise en œuvre des nouveaux cadres organiques du Ministère de la Santé
- Mise en œuvre des stratégies et politiques, notamment, le Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS) ;
- Revalorisation des différents métiers du secteur de la santé.

8.3. Prestation des services :

Le pays dispose²⁹ moins de structures de base au niveau des districts sanitaire, soit 0,52 établissements de santé (Poste de santé et Cabinet médical) dans un rayon de 5 km pour 5000 habitants et de 0,48 des établissements de santé (Centre de santé et clinique) pour 10000 habitants dont 49,3% à Ngazidja, 38% à Ndzuwani et 13% à Mwali. Ils sont constitués essentiellement de postes de santé (47%), Centres de santé de district (8,2%), Cabinets médicaux (14,9%) et Cliniques (2,7%). Il est à noter que l'ensemble de la population comorienne a accès à une structure de soins de santé dans un rayon de 15 km. L'accessibilité géographique de la population aux services de santé dans un rayon de 5 Km est de 45% pour Ngazidja, 74% pour Ndzuwani et 69% pour Mwali soit une moyenne nationale de 63%.

En 2020³⁰, seulement 7% des établissements de santé disposent de tous les éléments d'aménagement et de confort indispensables. Par contre, 93% disposent des installations sanitaires améliorées, 93% des salles de consultation privée et 84% des sources d'eau améliorée. La disponibilité moyenne des autres éléments se situe en dessous de la moyenne nationale, notamment, les équipements de communication (58%), les sources d'énergie (59%) et les transports d'urgence (49%) et les ordinateurs connectés à l'internet (19%).

Le système de santé est accessible géographiquement avec certaines barrières financières. Il offre un accès décentralisé aux services d'urgence sur les îles. De multiples initiatives, telles que les soins centrés sur le patient et les examens de décès maternels, ont pris racine ces dernières années, dans le but d'améliorer la qualité. Les programmes de santé se concentrent principalement sur le soutien aux services de promotion et/ou de prévention. Ils bénéficient l'appui technique et financier des partenaires au développement du secteur de la santé.

Par ailleurs, les systèmes d'orientation sont faibles et la la référence contre référence font défaut et/ou doivent être rationalisés. La pandémie de COVID-19 a placé la santé publique au premier plan du système de santé. Beaucoup des partenaires sont alignés pour la lutte contre cette pandémie avec le financement de certains projets pilotes, notamment, le Projet vaccination de la Banque Mondiale.

²⁹ Rapport de l'enquête HHFA-SDI, Comores, 2020

³⁰ Rapport de l'enquête HHFA-SDI de 2020, Comores, 2021

Le secteur privé est encore embryonnaire, toutefois un cadre réglementaire de ce secteur est en cours.

En revanche, ces dernières années, il est constaté que de nombreuses familles décident d'aller se soigner à l'étranger (Tanzanie, Madagascar, Maurice, Inde, France, Egypte, etc.) liée à l'insuffisance et la qualité de l'offre des soins notamment pour les pathologies traumatiques, neurochirurgicales, cardiovasculaires et oncologiques. Cette situation se justifie aussi par le manque d'équipements adéquats et modernes. Cette manne financière (le coût des évacuations sanitaires) essentiellement assurée par la diaspora appauvrit d'avantage les familles.

Ces dernières années, on constate une augmentation de cas de maladies chroniques et des incapacités. Il est nécessaire d'investir dans la lutte contre les maladies non transmissibles et dans la couverture de services de santé de qualité. Les défis majeurs se rapportent à :

- l'amélioration de la qualité des services et des soins aussi bien dans le secteur public que privé et le renforcement des soins de santé communautaire ;
- la consolidation des activités de prévention.

8.4. Infrastructure, équipement et produits de santé

L'Union des Comores enregistre des avancées en matière de développement des infrastructures, des équipements et la nouvelle technologie, et l'augmentation du personnel de santé et du budget de l'Etat alloué à la santé³¹.

Tableau 7: Répartition des établissements de santé par régions sanitaires

| Etablissements de santé | Mwali | Ndzuwani | Ngazidja | Union |
|---|--------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Centre Hospitalier National | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Centre Hospitalier de Référence Insulaire | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Centre Médico-Chirurgical | 1 | 1 | 4 | 6 |
| Centre de Santé de District | 2 | 5 | 4 | 11 |
| Centre de Santé Familiale | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Centre de Santé | 1 | 2 | 3 | 6 |
| Poste de Santé | 8 | 23 | 32 | 63 |
| Cabinet Médical | 2 | 12 | 6 | 20 |
| Clinique | 2 | 4 | 11 | 17 |
| Clinique Polyvalente | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 17 | 51 | 66 | 134 |

36 structures de santé dont 26 à Mwali, 140 à Ndzuwani et 170 à Ngazidja. Certaines réalisations majeures telles que : (i) la construction du Centre d'imagerie médicale du Centre Hospitalier National El-Maarouf, du Pavillon Mère-Enfant du CHRI Fomboni, (ii) la dotation d'un plateau technique de prise en charge des cas de neurochirurgie. la construction du Centre Hospitalier Universitaire El-Maarouf est en chantier.

³¹ Rapport des Comptes de la santé de 2011 révisé, 2015 et 2019, Comores, 2020

Tableau 8: Densité dans un rayon de kilomètre et par région sanitaire

| Régions sanitaires | Populations cibles | Densité à moins 5 Km | Densité à moins 15 Km | Densité à plus 15 Km | Ratio/10000 habts |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------|
| Mwali | 54 723 | 0,91 | 0,91 | 3,65 | 3,11 |
| Ndzuwani | 347 421 | 0,50 | 0,35 | 1,15 | 1,47 |
| Ngazidja | 402 588 | 0,47 | 0,55 | 1,49 | 1,64 |
| Total | 804 732 | 0,52 | 0,48 | 1,49 | 1,67 |

Sources : RGPH2017 ; Loi 1994 pour la réforme du système de santé, Comores

Tableau 9: Densité des lits d'hospitalisation et de maternité par région sanitaire et par milieu

| | Nombre de lits d'hospitalisation et de maternité | Population (2020) | Nombre de lits d'hospitalisation et de maternité pour 10000 | Cible (norme) pour 10000 habitants | Densité des lits d'hospitalisation et de maternité |
|-------------------------|--|----------------------|--|---|--|
| Région sanitaire | | | | | |
| Mwali | 193 | 54 723 | 35 | 25 | 141,1 |
| Ndzouani | 547 | 347 420 | 16 | 25 | 63 |
| Ngazidja | 978 | 402 587 | 24 | 25 | 97,2 |
| Milieu | | | | | |
| Urbain | 988 | 250 193 | 39 | 25 | 158 |
| Rural | 730 | 554 538 | 13 | 25 | 52,7 |
| Total | 1718 | 804731 | 21 | 25 | 85,4 |

L'indicateur reçoit le score du nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants / 25 * 100% (max.100), 2020

S'agissant des équipements et matériels essentiels, 78% sont en moyenne disponibles dans les structures de santé. Entre autres, certaines structures ont été dotées des véhicules de supervisions, d'incinérateurs, des équipements pour la gestion des déchets médicaux, des ambulances médicalisées, des Cliniques mobiles de consultations et d'examen échographiques, des kits de prise en charge et de prévention aux structures de santé de base. Concernant les produits de santé y compris les médicaments, il a été constaté au niveau des structures de santé une faible disponibilité des médicaments essentiels (28%) et de capacité de diagnostic (38%). Cette situation a significativement influencé une faiblesse de la capacité opérationnelle des structures de santé. Ces dernières sont constituées essentiellement de postes de santé (47%), des Centres de santé de district (8,2%), des Cabinets médicaux et Clinique respectivement 14,9% et 12,7%³².

8.5. Financement de la santé

Le financement de la santé est conjointement assuré par les fonds publics, les partenaires techniques et financiers (PTF), les fonds privés y compris les ménages, la diaspora, la solidarité internationale (ONG), et l'approche du financement basé sur la

³² Source : Rapport HHFA-SDI 2020, Comores, 2021

performance (PBF) et les mutuelles de santé, les projets cash-transfert et les assurances privées.

Tableau 10: Principaux indicateurs des dépenses de santé

| Agrégats | 2011 | 2015 | 2019 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Dépense totale de santé en % du PIB | 5,3 | 4,39 | 6,56 |
| Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé | 64,01 | 76,78 | 47,57 |
| Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé | 18,01 | 10,5 | 35,49 |
| Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé | 15,16 | 4,27 | 9,99 |
| Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé | 49,17 | 47,63 | 43,83 |
| Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé | 32,9 | 33,37 | 28,38 |
| Dépenses de santé des Partenaires techniques et financiers en % des dépenses totales de santé | 14,29 | 11,11 | 13,52 |
| Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat* | 9,65 | 4,8 | 19,34 |
| Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé | 0,15 | 0,14 | 0,52 |

Source : Rapport des Comptes de la Santé 2015 et 2019

L'Etat joue un rôle prépondérant dans le financement de la santé 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. La répartition des sources de financements selon le PNDS s'établit comme suit : Ménages (48%), Etat (35%) et les PTF (14%).

Les dépenses de santé en pourcentage du budget de l'Etat à 19,34%, de dépenses de santé des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé à 47, 57% et des dépenses des Partenaires Techniques et Financiers en pourcentage des dépenses totales de santé à 13,52%. Cette part importante des ménages dans les dépenses de santé a orienté l'action de renforcement et de développement de mécanismes innovants et alternatifs de financement de la santé. C'est le cas du Financement Basé sur la Performance (PBF) depuis 2012 mis en place actuellement dans quarante-quatre structures sanitaires (dont 26 à Ndzuwani, 8 à Mwali et 10 à Ngazidja) avec un objectif de mise à l'échelle à toutes les structures de Soins de Santé Primaire. Et de l'Assurance Maladie Généralisée (AMG) attribuée à la Caisse Nationale de Solidarité et de Prévoyance Sociale. D'autres mécanismes sont à renforcer, notamment, le cadre institutionnel de la Caisse Nationale de Solidarité et de Prévoyance Sociale (CNPS) dont le format actuel n'est pas adapté aux nouvelles missions attribuées par le décret N°17-105/PR promulguant la loi N°17-012/AU relatif à la Couverture Sanitaire Universelle, mais aussi, la contribution de la Diaspora dans le financement de l'AMG et les financements des agences du système des Nations Unies, de partenaires bilatéraux (par exemple le Projet de Développement France-Comores pour la mise en œuvre des Projets d'offre de soins et de mise en place de

l'Assurance Maladie Généralisée) et de partenaires multilatéraux (Par exemple la Banque Mondiale à travers le projet de vaccination pour la lutte contre la Covid-19).

8.6. Système d'Information Sanitaire

Le Système d'Information et de gestion des statistiques sanitaires, s'articule sous la forme pyramidale du système de santé. Ce système dispose des outils de gestion de l'information sanitaire à tous les niveaux. Les données sanitaires remontées sous forme d'indicateurs sont de natures différentes : Socio-économiques, démographiques, les états de santé (Mortalité, morbidité, lutte contre les Maladies, Nutrition, VIH, etc.), hospitalisations et transferts, Laboratoire.

Les données des soins et services de santé proviennent du recueil quotidien au niveau des postes de santé, des Centre de Santé de District, des Hôpitaux et des programmes de santé. Toute structure sanitaire fonctionnelle en Union des Comores, a le devoir de transmettre les données sur les outils standards du SIS. Il importe donc de décrire et d'analyser le processus de collecte à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il s'agit de :

- **Au niveau central** : La Direction du Système d'Information sanitaire (DISS) au niveau de la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires (DGEPS) est le lieu de convergence des données venant des Directions Régionales de la Santé (DRS), le Centre Hospitalier National (CHN) et les services centraux du Ministère de la Santé. La DISS organise le contrôle de la qualité, le traitement et l'analyse des données reçues. Elle met à la disposition du Secrétariat Général, des programmes et des directions, les informations nécessaires à leurs processus de décision. Elle analyse les données et élabore des rapports de synthèse (Retro-information) à destination des DRS et des services centraux. Elle prépare les bulletins, annuaires et publications diverses pour diffusion.

Pour une efficacité dans la gestion de l'information sanitaire, la DISS coordonne au niveau national toutes les activités en rapport avec la gestion du Système d'Information Sanitaire de Routine : (i) l'élaboration des directives de gestion du SIS, (ii) élaboration des outils standards (Registres, canevas de rapportage, les outils de supervision); (iii) élaboration des curricula de formation sur la gestion du SIS et (iv) l'administration et la gestion du logiciel de gestion des données. La DISS veille au renforcement des capacités des cadres du niveau central, régional et périphérique.

Le Secrétariat Général à travers la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires est responsable de la diffusion des données et de l'information vers les parties prenantes du secteur de la santé sous forme de Bulletins, d'Annuaire, de Publication diverses ;

- **Au niveau régional** : Le niveau régional est le lieu de convergence de toutes les informations venant des Centre de Santé de District (CSD), Centre Médico-Chirurgicaux (CMC)/Hôpitaux de Référence du Pôle et des Centres Hospitaliers de Référence Insulaire (CHRI) et des programmes spécialisés. La direction régionale de la sante est l'organe de gouvernance de la santé au

niveau régional, dirigée par un Directeur Régional de la Santé. Le DRS veille au respect des directives édictées par le SIS en matière d'information sanitaire, de supervision et de renforcement des capacités des CSD et CMC/ HP dans la gestion de l'information sanitaire. Conquérant la gestion des données, la DRS assure le contrôle de la qualité, le traitement et l'analyse. Les résultats sont initialement utilisés pour sa propre prise de décision. Elle élabore des rapports de synthèse à destination des districts sanitaires. Enfin, elle transmet l'ensemble des données à la Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires (DISS), sur un support informatique ;

- **Au niveau périphérique :** Ce niveau organise la collecte, le traitement et l'analyse des données transmises par les structures sanitaires de district. Il évalue la complétude, la promptitude et la qualité des données après le 10^{ème} jour à compter de la fin du mois concerné. Un processus de validation doit être terminé pour permettre les niveaux supérieurs d'avoir accès aux données. Il fait également la retro information envers les structures sanitaires. Enfin, il diffuse les données auprès des utilisateurs locaux (Administration, les Partenaires locaux, les Confessions religieuses, les ONGs) En revanche le circuit de l'information sanitaire actuellement utilisé par le SIS n'est pas respecté.

En Union des Comores, l'utilisation de la santé numérique est embryonnaire, même si le SMS, la Radio/TV, les réseaux sociaux (Facebook, Twitter...) sont utilisés dans des campagnes d'information de masse. L'Union des Comores est parmi les 4 pays de la région Afrique de l'OMS qui ne dispose pas encore d'un Site Web. Les structures du Ministère de la santé sont peu interconnectées entre elles. Seuls les Hôpitaux CHN El-Maarouf, CHRI Hombo et le Centre d'Imagerie Médical sont connectés à Internet via des réseaux WIFI de bas débit et peu stables. Il n'existe pas un réseau LAN interconnectant les bâtiments du Ministère ainsi qu'un Data Center aux normes reconnues. Au niveau primaire, les CSD sont rarement connectés à Internet.

Par ailleurs, le Ministère de la santé à travers la DISS est en train de mettre en place le système DHIS2. Suite à l'apparition du Covid-19, plusieurs applications TICs sont utilisées pour informer et sensibiliser la population et contribuer aussi au suivi des malades et des cas contacts dans le pays. Les outils de la visioconférence sont aussi largement utilisés à l'instar des autres pays de la région.

8.7. Recherche en santé et gestion des connaissances

La Recherche pour la santé n'est pas systématiquement «Institutionnalisée». A cet effet, les recherches opérationnelles au niveau des Programmes prioritaires de santé sont menées de façon périodique. Il est à noter que la coordination de la Recherche au niveau du Ministère de la santé est assurée par la Direction de la Planification, des Etudes, et de la Recherche. En revanche, le domaine de la Recherche et de la publication en santé est quasi inexistant.

Un Comité National d'Ethique 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 (EMSP), qui assure la formation des sages-femmes, Infirmiers d'État, des cadres supérieurs, des spécialités avec le système Licence-Master-Doctorat (LMD). 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.

Les principaux défis sont entre autres de :

- développer la recherche scientifique au sein de l'Ecole de Médecine et de Santé Publique ;
- Réaliser des études de recherche avec la coordination et la supervision de la Direction de la Planification des Etudes et de la Recherche ;
- Renforcer les capacités techniques des institutions en charge de la recherche dans le secteur de la santé ;
- Faire le pladoyer auprès des parties prenantes en appui à la recherche pour la réalisation des études de recherche scientifique et opérationnelle.

IX. PRINCIPES ET VALEURS

Pour la coordination, 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 :

9.1. 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.

9.2. 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.

X. VISION, BUT, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

10.1. 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 ».

Cette vision est sous-tendue par la participation effective des individus et des communautés, l'implication forte et la coresponsabilité des autres Ministères, notamment : (i) Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur, (ii) Fonction Publique, (iii) Finances et du budget, dans le processus gestionnaire (Planification, coordination, suivi et évaluation), aussi à l'utilisation optimale des services communs de santé.

La mise en œuvre du plan repose sur les principes qui sont entre autres (i) le Leadership/Gouvernance aux trois niveaux, (ii) la responsabilisation et la redevabilité, (iii) la multisectorialité, (iv) l'équité, (v) la qualité des soins et services offerts, (vi) la pluridisciplinarité et (vii) la performance axée sur les résultats. Les valeurs défendues sont l'éthique, la transparence et la responsabilité.

10.2. But

Le Plan National de Développement Sanitaire de 2022–2026 vise à contribuer à la santé, au bien-être des habitants, à travers la réduction de la morbidité et de la mortalité en Union des Comores, avec la participation effective des populations et des collectivités territoriales et des structures centrales et déconcentrées du Ministère de la santé. Il propose de manière structurée le processus de passage à l'échelle des services de santé aux populations. Le plan offre des précisions visant à orienter la planification, la mise en œuvre des stratégies et des politiques, la coordination et le suivi-évaluation de ces services.

10.3. Objectifs et orientations stratégiques

Objectif Général :

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

Objectif Stratégiques :

Trois objectifs stratégiques (OS), portent chacun des orientations stratégiques pour mener les divers acteurs du système de santé à produire et à accéder géographiquement et financièrement de manière équitable à des services et à des prestations de qualité. Il s'agit de :

- **OS1. Assurer un accès universel à des services et des soins de santé et de nutrition complets** dont les orientations stratégiques sont :
 - Elargissement et renforcement de l'accessibilité aux services de santé et de nutrition de qualité ;
 - Intensification des interventions de prévention et de promotion de la santé ;
- **OS2. Renforcer la gouvernance, le leadership et le partenariat**
 - Renforcement de la coordination et la réglementation du secteur ;
 - Développement du partenariat public-privé.
- **OS3. Améliorer la gestion des ressources**
 - Développement de la gestion des ressources humaines ;
 - Développement des infrastructures, des équipements et la disponibilité des produits de santé ;
 - Développement d'un système de financement alternatif de la santé ;
 - Renforcement du Système d'Information Sanitaire ;
 - Promotion de la Recherche en santé et de la gestion des connaissances.

XI. RESULTATS, INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES

11.1. Résultats attendus

Les résultats attendus de ce Plan stratégique sont les suivants :

- D'ici 2026, l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables est augmenté au moins à 75% ;
- D'ici 2026, le paquet complet de santé communautaire incluant des services promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sont offerts dans 90% des communes ;
- D'ici 2026, l'incidence du Paludisme est réduite à moins de 1/1000 habitants afin de progresser vers son élimination ;
- D'ici 2026, la prévalence du VIH est maintenu à moins de 0,5% ;
- D'ici 2026, la morbidité et la mortalité liées à la Tuberculose sont réduites à 90% ;
- D'ici 2026, la morbidité et la mortalité liées à la Lèpre sont réduites à 90%
- D'ici 2026, les taux d'incidence des Maladies Tropicales Negligées sont réduits à 80% ;
- D'ici 2026, la Poliomyélite est éradiquée et la Rougeole est éliminée ;
- D'ici 2026, les taux d'incidence des maladies hydriques et alimentaires sont réduits à tous les niveaux ;
- D'ici 2026, la prévention et la prise en charge contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) et les facteurs de risque sont améliorées ;
- D'ici 2026, la Riposte des Urgences et Catastrophes est assurée ;
- D'ici 2026, la surveillance épidémiologique intégrée des maladies est assurée ;
- D'ici 2026, la gouvernance, le leadership et les capacités de gestion de la santé sont mis en place et renforcés à tous les niveaux du système de santé ;
- D'ici 2026, les taux de fréquentation des formations sanitaires devraient progresser de 10,25% actuellement à 16% ;
- D'ici 2026, la disponibilité des ressources des ressources humaines en quantité et en qualité est assurée à 80% ;
- D'ici 2026, la couverture en infrastructures sanitaires répondant aux normes est augmentée à 85% ;
- D'ici 2026, le respect des normes en équipement dans au moins 85% des structures sanitaires est assuré ;
- D'ici 2026, les produits de santé de qualité dans les structures sanitaires sont disponibles et accessibles à 90 % ;
- D'ici 2026, le système d'information sanitaire est fonctionnel à 80% ;
- D'ici 2026, la recherche du système de santé est fonctionnelle à 75% ;
- **D'ici 2026, le financement de la santé est augmenté à 80%.**

11.2. Interventions et actions/activités

Pour atteindre les objectifs stratégiques liés au Plan Comores Emergeant à l'Horizon 2030 et aux résultats spécifiques du secteur de la santé, des axes d'interventions et des actions prioritaires/activités des programmes de santé sont déclinés dans les tableaux ci-après :

Objectif stratégique 1 : Assurer un accès universel à des services de santé et soins 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 et l'approche communautaire visera à augmenter l'accessibilité.

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|---|---|---|
| D'ici 2026, l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables est augmenté au moins à 75% | Développement de l'approche qualité de l'offre des services, des soins de santé et de nutrition, SRMNEA-N | Mettre en place des mécanismes de prise en charge de soins intégrés y compris la malnutrition et les maladies liées aux carences en micronutriments chez les enfants, les femmes enceintes et allaitantes |
| | | Fournir un PMA et un PCA selon les structures et les normes y compris les supports au diagnostic (Laboratoire, Imagerie, ...); surtout la SRMNEA-N |
| | | Généraliser l'utilisation des ordinogrammes et des guides thérapeutiques dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins |
| | | Promouvoir la culture du bon accueil, d'enregistrement (Dossier médical) et de Counseling dans les services de santé |
| | | Rendre effectives les stratégies intégrées avancées et mobiles en matière de vaccination, nutrition et planning familiale |
| | | Rendre fonctionnel le système de référence et de contre référence à tous les niveaux |
| | | Développer l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONUB et SONUC) |
| | | Généraliser les audits des décès maternels et néo natales dans les formations sanitaires et au niveau communautaire |

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|---|---|
| D'ici 2026, l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables est augmenté au moins à 75% (Suite) | Développement de l'approche qualité pour l'offre des services, des soins de santé et de nutrition (Suite) | 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 |
| | | Mettre en place des mécanismes de 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 gynécologique de la Femme |
| | | Renforcer les programmes des «Indigents et des Vulnérables», de la «Santé des Jeunes et des Adolescents», de la «Santé des Personnes Agées» et de la «Santé à tout âge de la vie» |
| | | Mettre en place un programme de lutte contre les Cancers Gynécologiques |
| | | Promouvoir et développer des interventions en faveur d'une alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) y compris le dépistage et la supplémentation |
| | Prévention et prise en charge des maladies évitable par la vaccination | Sécuriser les intrants et les vaccins |
| | | Introduire des nouveaux vaccins de 2023 à 2026 |
| | | Renforcer la Gestion Efficace des Vaccins (GEV) |
| D'ici 2026, le paquet complet de santé communautaire incluant des services promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sont offerts dans 90% des communes | Renforcement de du dispositif d'offre de santé communautaire | Approvisionner régulièrement les antigènes et les autres produits de santé à tous les niveaux |
| | | Mettre en place des réseaux des Agent de Santé Communautaire ('ASC) et des Réseaux Communautaire (RECO) |
| | | Acqu岸ir des Kits fonctionnels adaptés et matériel roulant pour les Agents de Santé Communautaire et les Réseaux Communautaire |
| | | Développer des mécanismes alternatifs de motivation des ASC, avec les différentes parties prenantes de la santé communautaire |
| | | Renforcer du Pool national des compétences en santé communautaire et en sante publique |

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|--|
| D'ici 2026, le paquet complet de santé communautaire incluant des services promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sont offerts dans 90% des communes (Suite) | Développement des outils de gestion de la santé communautaire (Suite) | Élaborer et validation des outils de gestion des données et des intrants, de suivi des activités et de supervision (Guide national de supervision, Grilles de supervision, Canevas de rapports, Canevas de plan d'actions, y compris pour les activités d'appui/soutien comme la supervision/contrôle) |
| | | Renforcer des capacités des acteurs communaux sur le pipeline rural (Concept, diagnostic, planification des besoins et mobilisation des ressources) |
| | | Mettre en place un mécanisme de suivi/ contrôle de la présence effective du personnel sur le terrain |
| | Renforcement des liens entre santé communautaire et médecin traditionnelle | Élaborer une Politique Nationale et Plan stratégique de la Médecine Traditionnelle |
| | | Céer une base de données pour la cartographie des acteurs de la Médecine Traditionnelle travaillant dans l'ère de chaque commune |
| | | Sensibiliser les acteurs de la Médecine Traditionnelle sur la santé communautaire |
| | | Établir des conventions/ententes entre la commune et les acteurs de la médecine traditionnelle pour la référence des cas et la collaboration |
| | | Créer des réseaux des acteurs de la Médecine Traditionnelle au niveau national, régional et préfectoral |

Orientation stratégique 1-2 : Intensification de la prise en charge, de la prévention et de la promotion de la santé

Les interventions de prise en charge, de promotion et de protection de la santé intégrant la prévention sanitaire en milieu scolaire, secondaire, universitaire et de travail doivent être renforcées en s'appuyant sur toutes les composantes du système de santé y compris sur le dispositif communautaire et intersectoriel.

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|---|---|---|
| D'ici 2026, l'incidence du paludisme est réduite à moins de 1/1000 habitants afin de progresser vers son élimination. | Développement des mécanismes de détection et traitement du Paludisme à tous les niveaux | Mettre à jour la politique, le Guide et les Algorithmes de prise en charge du Paludisme |
| | | Renforcer le système d'assurance qualité du diagnostic biologique du Paludisme et des médicaments antipaludiques ; |
| | | Renforcer le système de pharmacovigilance dans le cadre de la lutte contre le Paludisme à tous les niveaux |
| | | Assurer le Traitement Préventif Intermittent (TPI) pour les Femmes enceintes |
| | Renforcement de la surveillance épidémiologique, entomologique, le suivi et évaluation | Mettre en place un système de lutte intégrée contre les Vecteurs du Paludisme |
| | | Renforcer la surveillance du Paludisme aux portes d'entrée |
| | | Renforcer la base de données appropriée au processus d'élimination du Paludisme |
| | | Renforcer le système de prévention y compris le traitement de masse, de détection précoce et de riposte aux épidémies de paludisme à tous les niveaux (Central, Régional et Périphérique y compris communautaire) |
| | | Renforcer le système de recherche active et proactive, d'investigation des cas de Paludisme et la déclaration obligatoire ; |
| | | Mener des enquêtes anthropologiques et des études de recherche |
| D'ici 2026, la prévalence du VIH est maintenue 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. | Dépister et prendre en charge des cas médicaux y compris la prise en charge nutritionnelle et psycho-sociale |
| | | Promouvoir l'intégration des interventions à base communautaire et la mise à l'échelle de la PTME |

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|---|--|---|
| D'ici 2026, la prévalence du VIH est maintenu à moins de 0,5% (Suite) | Développement des mécanismes de détection précoce du VIH au niveau communautaire | Renforcer les stratégies communautaire et d'investigation des cas de VIH |
| | | Mener des enquêtes de recherche opérationnelle sur les IST/VIH et Hépatites. |
| | | Renforcer les actions de lutte contre la stigmatisation et l'implication de la communauté dans toutes les composantes |
| D'ici 2026, la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose sont réduites à 90% | Extension d'une stratégie DOTS de qualité selon les 5 éléments de base | 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 |
| | | Maintenir les mécanismes spécifiques et d'outils de gestion adaptés au système de collecte de données à tous les niveaux |
| | | Intégrer la prise en charge des patients co-infectés |
| | | Mettre en place la surveillance de la résistance et la gestion des patients TB multi résistants comme des composantes de bases de la lutte contre la tuberculose |
| | | Renforcer les mécanismes de dépistage et de prise en charge en faveur des prisonniers, d'autres groupes à risque et des situations particulières (les hommes en tenu, PVVIH....) |
| | Développer des mécanismes de contrôle de l'infection pour la protection contre la TB | Renforcer la Recherche opérationnelle centrée sur les programmes de lutte contre la Tuberculose |
| | | Impliquer de la communauté dans toutes les composantes du PNLT.y compris sur lutte contre la stigmatisation |
| | | Renforcer les mécanismes de protection contre les infections en particulier pour les personnels exposés (Services tuberculose et Laboratoire) |
| | | Mettre aux normes les Laboratoires de diagnostics de la TB conformément aux Protocoles de l'OMS |

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|---|--|
| D'ici 2026, la morbidité et la mortalité liées à la Lèpre sont réduites à 90% | Dépistage des cas de lèpre et de complications | Renforcer le dépistage précoce des réactions lépreuses |
| | | Intégrer le dépistage dans la politique de santé communautaire ; |
| | Prise en charge adéquat des cas de lèpre | Rendre disponible les médicaments PCT de la lèpre et les médicaments de lutte contre les réactions lépreuses |
| | | Renforcer la décentralisation du traitement de la lèpre jusqu'au niveau communautaire |
| D'ici 2026, les taux d'incidence des Maladies Tropicales Negligées sont réduits à 80% ; | Renforcement de la surveillance épidémiologique, le suivi et évaluation | Renforcer la prise en charge adéquate des réactions lépreuses et des infirmités |
| | | Renforcer les capacités de diagnostic et de prise en charge |
| D'ici 2026, la poliomyélite est éradiquée | Préparer la certification de l'éradication de la poliomyélite | Mettre en place un dispositif de surveillance et de notification des cas des MTN à tous les niveaux |
| | | Renforcer les mécanismes de promotion et de prévention pour l'éradication de la Poliomyélite |
| D'ici 2026, la poliomyélite est éradiquée | Préparer la certification de l'éradication de la poliomyélite | Renforcer la vigilance dans la surveillance des cas de PFA |
| | | Renforcer 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. |
| | | Renforcer les capacités techniques des services d'hygiène et assainissement à tous les niveaux |
| D'ici 2026, les taux d'incidence des maladies hydrique et alimentaire sont réduits à tous les niveaux | Contrôle, de réglementation pour l'hygiène et assainissement | Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de gestion et traitement des déchets biomédicaux |
| | | |
| | | |
| D'ici 2026, la prévention et la prise en charge contre les maladies MNT et les facteurs de risque sont améliorées. | Développement des programmes clés pour le changement de comportement | Renforcer les capacités techniques des services d'hygiène et assainissement à tous les niveaux |
| | | Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de gestion et traitement des déchets biomédicaux |
| | | Mettre en œuvre le document de stratégie nationale de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles |
| D'ici 2026, la prévention et la prise en charge contre les maladies MNT et les facteurs de risque sont améliorées. | Développement des programmes clés pour le changement de comportement | Intégrer des programmes de prévention et de lutte contre les Maladies Chroniques dans les Paquets Minimums d'Activités |
| | | Promouvoir la recherche dans le cadre de la lutte contre les MNT |

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|---|---|---|
| D'ici 2026, la Riposte des Urgences et Catastrophes est assurée | Mise en place 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 Gestion Risque et Catastrophe (GRC) au moins une dans chaque Ile. |
| | | Renforcer les capacités techniques des équipes chargées de la Gestion des Urgences et Catastrophes (Personnel de santé, société civile, communauté, etc.....) |
| | | 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 |
| D'ici 2026, la surveillance épidémiologique intégrée des maladies est assurée | Surveillance et la recherche active | Renforcer la surveillance épidémiologique des MNT en les intégrant au système national de surveillance épidémiologique |
| | | Renforcer le dispositif spécial de détection précoce et la réponse contre les Maladies à Potentiel Epidémique y compris celles émergentes (Fièvres hémorragiques, Arboviroses...) |
| | Promotion et prévention sanitaire en milieu scolaire, secondaire, universitaire et du travail | Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de promotion de la santé en milieu scolaire |
| | | Elaborer et mettre en œuvre une politique de santé en milieu professionnel |

Objectif stratégique N°02 : Améliorer la Gouvernance, le Leadership et le Partenariat

Orientation stratégique N°02-1 : 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. L'efficacité des interventions passera d'abord par l'application d'un cadre législatif et réglementaire rigoureux et l'implication de toutes les parties prenantes, à travers des mécanismes permettant des échanges réguliers.

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|---|
| D'ici 2026, la Gouvernance, le Leadership et les capacités de gestion de la santé sont mis en place et renforcés à 80% | Mise en application effective du cadre législatif et réglementaire du secteur de la santé | Elaborer et mettre en application les textes législatifs et réglementaires pour l'ouverture et le fonctionnement des structures sanitaires privées y compris les normes |
| | | Elaborer et mettre en application les textes relatifs à la tarification des actes professionnels |
| | | Renforcer le partenariat avec les Pays étrangers pour limiter les Evacuations Sanitaires |
| | | Elaborer et mettre en œuvre la Carte sanitaire et les Normes et standards des structures de santé |
| | | Elaborer et mettre en œuvre un Guide d'assurance qualité et d'accréditation des structures de santé |
| | | Elaborer et mettre en œuvre un manuel de procédures unifié de gestion et d'audit du secteur de la santé |
| | | Renforcer les capacités techniques de l'inspection de la santé pour le contrôle et la vérification dans les champs médical et pharmaceutique |
| | Développement de la coordination, la planification et l'harmonisation des différentes interventions du secteur de la santé | Renforcer l'harmonisation des différentes interventions en matière de coordination et de planification |
| | | Réaliser des évaluations au niveau de l'administration, des programmes et projets de santé afin de mieux réorganiser les rôles et les responsabilités de chacun |

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 courantes de santé. La réalisation des prestations de soins de qualité nécessite la présence de ressources humaines en santé suffisante en quantité et en qualité. 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 répartition équitable et l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé à tous les niveaux est un défi majeur du système de santé.

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|---|--|---|
| D'ici 2026, la disponibilité des ressources des ressources humaines en quantité et en qualité est assurée à 80% | Rationalisation de la gestion du personnel de santé à tous les niveaux | Renforcer les capacités techniques en matière de gestion des ressources humaines en santé à tous les niveaux |
| | | Elaborer et mettre en œuvre des politiques et stratégies de développement des ressources humaines pour la santé |
| | | Rendre fonctionnel l'Observatoire National des Ressources Humaines en Santé |
| | | Elaborer et mettre en œuvre des outils de suivi et d'évaluation des ressources humaines en santé ; |
| | | Redéfinir les profils des professionnels de santé selon les priorités du secteur de la santé |
| | | Elaborer et mettre en œuvre le cadre organique du Ministère de la Santé |
| | | Mettre en place des mécanismes de motivation et d'amélioration des conditions de travail |

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|---|---|--|
| D'ici 2026, la disponibilité des ressources des ressources humaines en quantité et en qualité est assurée à 80% (Suite) | Développement des institutions de production de ressources humaines pour la santé | Redéfinir le Curricula de formation des professions de santé à l'EMSP selon le besoins du système de santé ; |
| | | Elaborer une stratégie nationale de formation avec des plans consolidés de formation continue à tous les niveaux |
| | | Renforcer les capacités techniques des institutions de formation du personnel de santé |
| | | Renforcer le partenariat entre le Ministère de la santé et les Institutions de formation du personnel de santé |
| | | Mettre en œuvre un système de supervision formative adaptée à tous les niveaux |
| | | Créer la Faculté de Médecine au sein de l'Université des Comores |

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 2026. Les axes d'intervention retenues seront basés sur : (i) développement des infrastructures répondant aux normes. Les actions prioritaires à définir doivent tenir compte des pôles de référence et de l'accessibilité géographique et financière; (ii) le renforcement des équipements à tous les niveaux et (iii) la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation rationnelle des produits de santé de qualité y compris les Vaccins. Ces aspects doivent être soutenus par le développement d'un système de contrôle d'assurance qualité à tous les niveaux.

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|--|
| D'ici 2026, la couverture en infrastructures sanitaires répondant aux normes est augmentée à 85% | Développement des infrastructures sanitaires conformément aux normes et standards des structures de santé | Remettre à niveau au moins 85% les infrastructures sanitaires conformément à la carte sanitaire et aux normes et standards des structures de santé |
| | | Construire des infrastructures administratives répondant aux missions et attributions du Ministère de la santé |
| | | Construire et équiper le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) |
| | | Construire et équiper un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) |
| | | Construire, et équiper les sites d'isolement et des hangars de stockage pour les épidémies et les urgences sanitaires |
| D'ici 2026, le respect des normes en équipement dans au moins 85% des structures sanitaires est assuré | Renforcement des équipements et l'introduction d'un système de maintenance approprié conformément aux normes | Elaborer et mettre en œuvre une politique et stratégie de maintenance des équipements à tous les niveaux |
| | | Renforcer les mécanismes d'innovations technologiques médicales (Télémédecine, radiologie numérique, etc.) |
| | | Créer une Agence Nationale des Technologies Hospitalières |
| | | Renforcer la maintenance des équipements d'une manière efficace et pérenne |

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|---|
| D'ici 2026, les produits de santé de qualité dans les structures sanitaires sont disponibles et accessibles à 90 % | Disponibilité, accessibilité et utilisation rationnelle des produits de santé de qualité | Renforcer les capacités techniques des Laboratoires et Pharmacies |
| | | Mettre en place un système de vérification et de contrôle de la qualité des médicaments |
| | | 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 |
| | | Promouvoir un système de pharmacovigilance et de l'usage rationnel des produits de santé |
| | | Elaborer et mettre en œuvre le Plan Stratégique de la Sécurité Transfusionnelle à tous les niveaux |

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 de soins) 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 et (iii) les financements des partenaires viendront en complément (Environ 15 à 20% de l'ensemble des Dépenses Totales de Santé).

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|---|--|---|
| D'ici 2026, le financement de la santé est augmenté à 80% | Développement des mécanismes de gestion efficiente des ressources financières à tous les niveaux | Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de financement de la santé |
| | | Elaborer et mettre en œuvre un Cadre de Dépense à Moyen Terme du secteur santé |
| | | Renforcer les audits internes et externes de fonds alloués à tous les niveaux |
| | | Renforcer les capacités de gestion financière (budgétisation, planification, comptabilité, audit et suivi-évaluation) des structures sanitaires |
| | Disponibilité des différents types de financement innovant | Mettre en place l'Assurance Maladie Généralisée (AMG) |
| | | Mettre en place un dispositif de paquets de soins subventionnés pour des groupes de population ciblés par l'intermédiaire d'un Fonds d'équité |
| | | Mettre à l'échelle l'approche de financement basé par la performance (PBF) |
| | | Faire le plaidoyer auprès des parties prenantes du secteur de la santé pour la mobilisation des ressources additionnels |

Orientation stratégique 3.4 : Développement du Système d'Information Sanitaire

Le Système d'Information Sanitaire constitue un élément fondamental pour la prise de décision rationnelle et la planification des interventions. Un cadre normatif du système d'information sanitaire est mis en place avec la définition et l'harmonisation des indicateurs des programmes de santé.

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|--|---|
| D'ici 2026, le Système d'information sanitaire est fonctionnel à 80% | Développement de l'utilisation des NTIC | Mettre en place le DHIS2 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire |
| | | Mettre en œuvre la stratégie e-santé |
| | Renforcer les dispositifs d'évaluation et d'utilisation des données statistiques | Renforcer la collaboration inter et intra sectorielle y compris l'Etat civil. |
| | | Produire et diffuser les informations et les données statistiques sanitaires à tous les niveaux |
| | | Procéder aux évaluations de la performance du Système d'Information Sanitaire |

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. 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.

| Résultats spécifiques | Axes d'intervention | Actions prioritaires |
|--|---|--|
| D'ici 2026, la recherche du système de santé est fonctionnelle 75% | Développement de la recherche opérationnelle dans les domaines clinique, épidémiologique, organisationnelle et traditionnelle | Elaborer une politique et une stratégie sur la recherche en santé |
| | | Renforcer le partenariat entre la santé et les autres institutions en charge de la recherche en santé |
| | | Promouvoir la recherche en santé et la gestion des connaissances |
| | | Rendre fonctionnel le Comité national d'éthique pour la science |
| | | Renforcer les capacités techniques de recherche en santé de l'EMSP et de la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche |

XII. CADRE DE MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026 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 développées pour la mise en œuvre ce plan.

Les principales parties prenantes dans la mise en œuvre du PNDS sont ;

- 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.

12.1. Pilotage, coordination et suivi et évaluation

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

12.2. Processus de planification et de coordination

La coordination des activités de planification et de coordination, à travers un processus à la fois ascendant et descendant, sera assurée comme suit :

12.2.1. Cadre institutionnel

- **Au niveau national** par la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires à travers la Direction de la Planification, des Etudes 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 de la 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 Etablissements de Soins Publics et Privés s'assurera de l'élaboration des plans directeurs des Hôpitaux, des plans opérationnels des structures de santé et de la fonctionnalité des Conseils d'Administration.
- **Au niveau régional** : Les Directions Régionales de la Santé » (DRS) sont les responsables directs de la mise en œuvre du plan au niveau régional en collaboration avec les Délégations en Charge de la Santé des Iles Autonomes. Cependant, Les DRS assurent la conception, la coordination, la supervision, le suivi et l'évaluation des interventions au niveau régional. L'état de la mise en œuvre sera régulièrement fait lors des sessions des Comités Insulaires de Pilotage qui valideront les rapports de synthèse et les Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) 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 Equipes 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.

12.2.2. 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 du secteur 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 2022-2026.

12.2.3. Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre du PNDS 2022-2026 se fera dans le cadre du dispositif institutionnel de pilotage, de coordination, de suivi et évaluation.

La première étape de l'opérationnalisation du PNDS consistera en l'élaboration des PRDS, d'un Plan National Intégré de Suivi et Evaluation (PNISE), des Plans Opérationnels Annuels (POA) 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 centrales et régionales s'assureront de l'exécution et du financement des plans opérationnels et leur suivi et évaluation.

12.2.4. Mobilisation des ressources

Le PNDS bénéficiera de financements du Gouvernement et de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur de la santé.

Une table ronde 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, Multilatérales ou Non-gouvernementale).

XIII. CONDITIONS DE SUCCES ET DE RISQUES

13.1. 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 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 2022-2026.

13.2. Conditions de risques

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

- L'environnement socio-politique défavorable dû, par exemple, 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 environnementales et socio-économiques de la population qui peut entraîner une insécurité alimentaire, l'émergence des épidémies et les catastrophes naturelles. Les ressources peuvent être allouées là où l'urgence vitale de la population survient ;
- 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 ;
- La faible adhésion des organes de gestion et de régulation ;
- La persistance de la crise économique mondiale et des conflits mondiaux, entraînant une diminution de l'aide au développement ;
- La qualité ou pertinence des PAO qui vont découler du PNDS ;
- La mobilisation des ressources en faveur du PNDS, faible ou retardée.

XIV. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

Un Plan National Intégré de Suivi et Evaluation (PNISE) du PNDS 2022-2026, document de référence pour l'ensemble des acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PNDS, sera élaboré. Il devra être l'outil de travail qui déterminera le canevas à observer tout au long du processus de suivi et évaluation.

Les principales évaluations seront basées sur :

- **Revues annuelles** : Sur le plan organisationnel, des revues annuelles sectorielles de la mise en œuvre du PNDS seront organisées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elles se feront avec la pleine participation des PTF et de tous les acteurs du secteur de la santé, et d'autres revues pourraient être au besoin envisagées, notamment, à travers le Commissariat Général au Plan (CGP) ;
- **Revue à mi-parcours** : une évaluation à mi-parcours sera menée en 2024 par la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques à travers la Direction de la Planification, des Etudes 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 conduit par la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques à travers la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche en appui avec une expertise internationale, pour mesurer les résultats d'impact et le niveau de réalisation du Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026.

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

Tableau 11: Suivi et évaluation du PNDS

| Types d'évaluation, enquêtes et études | Fréquence de collecte | | | | | Structure de mise en œuvre |
|---|-----------------------|------|------|------|------|----------------------------|
| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | |
| Enquête Démographique et de Santé-Multiples Indicators Survey | | | X | | | INSEED |
| Recensement Général de la Population et de l'Habitat | | | | | X | INSEED |
| Evaluations du Plan National de Développement Sanitaire | | | X | | X | DPER |
| Malaria Indicators Survey | | X | | X | | PNLP |
| Enquête CAP sur les paquets de services offerts | | X | | X | | DISS |
| Enquête HHFA-SDI | | | X | | | DISS |
| Comptes de la Santé | | X | X | X | X | DPER |
| Comptes Nationaux du Personnel de Santé | | X | | X | | DPER |

Tableau 12: **Objectifs et Indicateurs d'Impacts clés du PNDS 2022-2026**

| 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 13: **Objectifs et indicateurs de Suivi clés : Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant**

| Domaines | Objectifs spécifiques | Indicateurs |
|--------------------------|---|---|
| Santé de la Reproduction | D'ici 2026, l'accès aux soins de la population notamment les plus vulnérables est augmenté au moins à 75% | Taux de mortalité maternelle pour cent mille naissances vivantes |
| | | Nombre de nouveaux cas de cancers génitaux |
| | | Proportion des jeunes utilisant des méthodes préventions contre les grossesses non désirées |
| | | Proportion des jeunes utilisant des méthodes préventions contre les IST |
| | | Taux d'accouchement assisté dans une structure |
| | | Taux des césariènes |
| | | Taux de couverture en CPN1 |
| | | Taux de couverture en CPN3 |
| | | Taux de prévalence contraceptive |
| | | Taux de dépistage des cancers génitaux |
| Survie de l'Enfant | | Couverture vaccinale par le DTC-HépB3 (%) |
| | | Couverture vaccinale des femmes enceintes en VAT2+ (au moins 2 doses d'Anatoxine tétanique) |
| | | Taux de malnutrition aiguë sévère |
| | | Taux d'insuffisance pondérale |
| | | Taux d'allaitement maternel exclusif |
| | | Taux de mortalité lié à l'asphyxie du nouveau-né |
| | | Proportion d'enfants scolarisés vivants avec les vers intestinaux |

Tableau 14: **Objectifs et indicateurs de suivi clés : Lutte contre la Maladie**

| Domaines | Objectifs spécifiques | Indicateurs |
|------------------------------|--|---|
| Paludisme | D'ici 2026, l'incidence du Paludisme est réduite à moins de 1/1000 habitants afin de progresser vers son élimination | Taux de porteurs de parasite dans la population en % |
| | | Taux de couverture en moustiquaire imprégné |
| | | Taux de couverture de ménage en PID |
| | | Taux de couverture des femmes en TPI en |
| VIH/SIDA | D'ici 2026, la prévalence du VIH est maintenu à moins de 0,5% | Taux d'utilisation de préservatif pour les rapports sexuels à risque contraceptive % |
| | | Taux de prévalence des IST % ; |
| | | Taux de dépistage volontaire % |
| | | Taux de dépistage chez les femmes enceintes % |
| Lèpre | D'ici 2026, la morbidité et la mortalité liées à la Lèpre sont réduites à 90% | Taux de prise en charge des PVVIH % |
| | | Taux de dépistage de la Lèpre % |
| Tuberculose | D'ici 2026, la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose sont réduites à 90% | Pourcentage des cas traités de la Lèpre |
| | | Taux de guérison de la tuberculose |
| | | Taux de prévalence de la tuberculose pour 100000 |
| | | Pourcentage des cas dépistés |
| Maladie non transmissible | D'ici 2026, la prévention et la prise en charge contre les maladies MNT et les facteurs de risque sont améliorées | % des cas traités de la Tuberculose |
| | | Taux d'incidence de l'HTA % |
| | | Taux de prévalence de Diabète % |
| | | Taux de prévalence de la Cécité % |
| Surveillance épidémiologique | D'ici 2026, la surveillance épidémiologique intégrée des maladies est assurée | Taux de prévalence des infections Bucco-dentaire en % |
| | | Taux de prévalence des maladies liées à l'utilisation des produits nocifs pour la santé |
| | | Pourcentage de promptitude et complétude de la notification des cas des maladies à potentiel épidémique |
| Hygiène et Assainissement | D'ici 2026, les taux d'incidence des maladies hydrique et alimentaire sont réduits à tous les niveaux | Nombre de site de surveillance épidémiologique fonctionnel |
| | | Taux d'incidence des maladies due à une mauvaise hygiène de l'eau et des aliments (MD, IRA, Cholera) |
| | | Pourcentage des formations sanitaires disposant d'un système fonctionnel de gestion des déchets |

Tableau 15: Objectifs et indicateurs de suivi clés : Système de Santé

| Domaines | Objectifs spécifiques | Indicateurs |
|---|--|--|
| Gouvernance, leadership et partenariat | D'ici 2026, la Gouvernance, le Leadership et les capacités de gestion de la santé sont mis en place et renforcés à 80% | Pourcentage des structures administratives travaillant dans des bonnes conditions |
| | | Pourcentage des CSD opérationnels |
| | | Taux de mise en oeuvre des plans d'établissement des hôpitaux |
| | | Taux de mise en oeuvre des programmes de santé en % |
| | | Pourcentage d'hôpitaux disposant des organes de gestion fonctionnels |
| Ressources Humaines pour la Santé | D'ici 2026, la disponibilité des ressources des ressources humaines en quantité et en qualité est assurée à 80% | Ratio Médecin pour mille habitants |
| | | Ratio Infirmier pour mille habitants |
| | | Ratio Sage-femme pour mille habitants |
| | | Proportion des districts sanitaires disposant du personnel requis suivant les normes |
| Infrastructures | D'ici 2026, la couverture en infrastructures sanitaires répondant aux normes est augmentée à 85% | Taux de couverture en infrastructure sanitaire (Rayon de 5 km) % |
| | | Taux de fréquentation des districts sanitaires |
| Equipements | D'ici 2026, le respect des normes en équipement dans au moins 85% des structures sanitaires est assuré | Proportion des structures sanitaires privées répondant aux normes % |
| | | Taux d'occupation Moyenne des lits dans les structures sanitaires |
| Produits de santé y compris les vaccins | D'ici 2026, les produits de santé dans les structures sanitaires sont disponibles et accessibles à 90 % | Taux de rupture de stock des médicaments |
| | | Proportion des structures privées exerçant conformément à la réglementation en vigueur |
| Financement de la santé | D'ici 2026, le financement de la santé est augmenté à 80% | % du 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 |
| | | % de la part des partenaires au financement de la santé |
| | | % de personnes couvertes par un système formel de couverture du risque maladie |
| Système d'Information Sanitaire | D'ici 2026, le Système d'information sanitaire est fonctionnel à 80% | Taux de promptitude dans la transmission des rapports statistiques en % |
| | | Taux de complétude dans la transmission des rapports statistiques en % |
| | | Pourcentage des structures de santé équipées convenablement en TIC |
| | | Taux de réalisation des enquêtes prévues en % |

| Domaines | Objectifs spécifiques | Indicateurs |
|---|--|--|
| Recherche en santé et de la gestion des connaissances | D'ici 2026, la recherche du système de santé est fonctionnelle 75% | Disponibilité d'un Plan Directeur pour la recherche en santé ; |
| | | Nombres des cadres formés sur la recherche ; |
| | | Nombre des études publiées |

XV. FINANCEMENT DU PNDS 2022-2026

15.1. Cadrage budgétaire

15.2. Hypothèses d'estimation

15.3. Coût prévisionnel global

15.4. Sources de financement