

STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

COMORES



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

COMORES

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013

Union des Comores

1. Planification santé
2. Mise en œuvre du plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1331

(NLM Classification: WA 540 HC5)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	v
PRÉFACE	vii
RÉSUMÉ	ix
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS DU PAYS POUR LE DÉVELOPPEMENT ET POUR LA SANTÉ	3
2.1 Profil du pays :	3
2.2 Profil sanitaire du pays	5
2.2.1 Système de santé	5
2.2.2 Profil épidémiologique	6
2.2.2.1 Les maladies transmissibles :	6
2.2.2.2 Les maladies non transmissibles :	7
2.2.2.3 Problèmes de santé maternelle et infantile	7
2.3 Défis de santé et de développement	8
2.3.1 Défis de la précédente stratégie de coopération :	8
2.3.2 Bilan de la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération :	8
2.3.2.1 Appui institutionnel au système de santé	8
2.3.2.2 Appui à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles	9
2.3.2.3 La réduction de la mortalité maternelle et infantile	10
2.3.3 Défis actuels :	11
SECTION 3 L'APPUI AU DÉVELOPPEMENT ET LE PARTENARIAT	12
3.1 Environnement de la coopération	12
3.2 Principaux partenaires actuels (2008) et leurs domaines d'intervention	14
SECTION 4 CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS: ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	15
4.1 But et mission	15
4.2 Fonctions essentielles	15
4.3 Programme mondial d'action sanitaire	16
4.4 Priorités au niveau mondial	16
4.5 Priorités au niveau régional	16
4.6 Renforcement de l'efficacité de l'action de l'OMS au niveau des pays	17
SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS	18
5.1 Interventions de l'OMS	18
5.2 Bureau pays :	19
5.2.1 Ressources humaines	19
5.2.2 Organigramme	20
5.3 Appui du Siège et du Bureau régional de l'OMS et de l'équipe inter-pays. ...	21
5.4 Rôle de l'OMS au côté des autres partenaires au développement du secteur de la santé	22
5.5 Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la coopération OMS au niveau du pays :	23

SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE 2009-2013	24
6.1 Objectif:	24
6.2 Les composantes de l'Agenda stratégique:	24
6.2.1 Système de santé et gouvernance	24
6.2.2 Réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles	25
6.2.3 Réduction de la mortalité maternelle et infantile	26
6.2.4 Partenariat autour de la santé	27
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DE LA SCP	28
SECTION 8. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION	29
Annexes	30

ABRÉVIATIONS

AIFO	:	Assozione Italiana Amici DI RAOUL FOLLEREAU
ASCOBEF	:	Association comorienne pour le bien-être de la famille
CAP	:	Collaboration action prévention
CDMT	:	Cadre de dépenses à moyen terme
CHR	:	Centre hospitalier régional
CMC	:	Centre médico-chirurgical
CMU	:	Centres médicaux urbains
CNALE	:	Comité national d'alerte
CNFRSP	:	Centre national de formation et de recherche en santé publique
CNS	:	Comité national de la santé
CNTS	:	Comité technique national de la santé
CRC	:	Croissant rouge comorien
CSD	:	Centre de Santé de District
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EBC	:	Enquête budget consommation
EMSP	:	Ecole de médecine et de santé publique
FADC	:	Fonds d'appui de développement communautaire
FAO	:	Organisation pour l'Agriculture et l'Alimentation
IDA	:	Agence internationale de Développement (Banque mondiale)
IDH	:	Indice de développement humain
IIRO	:	Organisation islamique international secours
IST	:	Infections sexuellement transmissibles
MDA	:	Mass Drug Administration
MSR	:	Maternité sans risques
OMD	:	Objectifs du millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PIP	:	Programme d'investissement public
PNAC	:	Pharmacie nationale autonome des Comores
PNB	:	Produit national brut
PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNUD	:	Programme des Nations unies pour le Développement

PNS	:	Politique nationale de la santé
RNFD	:	Réseau national Femme et Développement
SCP	:	Stratégie de coopération avec le pays
SIS	:	Système d'information sanitaire
UNDAF	:	Cadre pour l'assistance des agences du système des Nations unies
UNFPA	:	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	:	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
SIDA	:	Syndrome d'immunodéficience acquise

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Pantenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

L'Union des Comores est composée de trois îles situées dans l'Océan indien entre Madagascar et le Mozambique. D'une population totale de 652.202 habitants en 2008 pour 2236 km², le pays a un indice de développement humain (IDH) de 0,556 et est classé 132^e sur 177 pays. Il fait partie des pays les plus pauvres du monde, avec 36,9% des ménages comoriens, soit 44,8% des individus vivant en dessous du seuil de pauvreté.

La stratégie de coopération entre l'OMS et l'Union des Comores pour la période de 2009 à 2013 est une révision de celle en cours qui couvre la période de 2005 à 2009. Elle s'appuie sur les potentialités du pays pour s'attaquer aux faiblesses du système de santé en vue de contribuer à la résolution des problèmes de santé de la population comorienne.

Au niveau des potentialités, le pays dispose de ressources humaines importantes par rapport aux autres pays de la Région africaine avec des ratios personnel/population respectivement de 2 médecins, 3 infirmiers d'Etat et plus de 2 sages-femmes d'Etat pour 10.000 habitants. L'accessibilité géographique aux structures de santé est bonne, car tous les comoriens peuvent accéder à une formation sanitaire dans un rayon de 15 km.

Au titre des faiblesses, il faut noter un dysfonctionnement du système de santé dû entre autres à la persistance des conflits de compétences entre les gouvernements des îles et celui de l'Union, la faible contribution de l'Etat au fonctionnement des structures de santé (autour de 4%), l'utilisation inadéquate des ressources humaines existantes, la faible capacité de mobilisation des ressources pour soutenir le processus de réforme et l'insuffisance de coordination des intervenants dans le secteur de la santé.

Au niveau de la situation épidémiologique, il apparaît une prédominance du paludisme comme première cause de morbidité. Le processus d'élimination de la filariose et de la lèpre est engagé et se poursuit normalement. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, les données disponibles semblent indiquer leur présence de plus en plus importante.

L'aide extérieure exécutée pour le développement socio-économique du pays et inscrite au Programme d'investissement public (PIP) est estimée respectivement à 9,9 et 8,7 milliards de francs comoriens en 2005 et 2006. Les prévisions de 2007 et 2008 sont de loin supérieures à ces montants, soit respectivement 25,3 et 28,8 milliards de francs comoriens. L'écart important entre les montants exécutés en 2005 et 2006 et les prévisions de 2007 et 2008, sous réserve de la fiabilité des données, pourrait exprimer la faible capacité d'absorption du pays.

La part de la santé dans cette aide extérieure est respectivement de 6,7% et 7,4% en 2005 et 2006 pour la partie exécutée et 4,1% et 6,8% en 2007 et 2008 pour ce qui concerne les prévisions. La quasi-totalité de l'aide allouée à la santé est constituée de dons.

A l'issue de l'analyse de la situation et des échanges de point de vue des différents acteurs, les défis majeurs à relever en rapport avec le mandat de l'OMS sont (1) la qualité et l'accessibilité des services de santé ; (2) la réduction de la charge des maladies transmissibles et non transmissibles ; (3) l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et (4) la mobilisation de tous les acteurs pour une meilleure contribution au développement du secteur de la santé.

La stratégie de coopération avec le pays s'inspire du cadre politique et institutionnel de l'OMS à travers les orientations mondiales et régionales et la mission de l'OMS qui est «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible». Elle assurera, au niveau pays, la mise en œuvre des six fonctions essentielles de l'OMS en harmonie avec les sept domaines prioritaires du programme mondial d'action sanitaire, les cinq priorités du onzième programme général de travail 2006-2015 et les cinq orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine pour la période de 2005 à 2009.

Elle s'attachera effectivement à renforcer le rôle directeur de l'OMS dans la santé, aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins du pays, notamment pour ce qui est de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il apparaît, néanmoins, qu'en fonction du contexte spécifique du pays et des défis en matière de santé, la stratégie de coopération avec le pays peut ajuster les six fonctions essentielles de l'OMS en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif.

Cette nouvelle SCP partira de la consolidation des résultats de celle en cours et qui s'est essentiellement concentrée sur trois axes stratégiques ; (1) le renforcement institutionnel au système de santé, (2) l'appui à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles et (3) l'appui pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Elle poursuivra le renforcement des capacités techniques du bureau de pays qui se trouvent toujours assez limitées aussi bien sur le plan des ressources humaines que des ressources financières. Il est proposé, par conséquent, de renforcer les ressources humaines et de promouvoir le partenariat avec les autres parties prenantes pour ce qui est des ressources financières. En ce qui concerne l'appui attendu des autres niveaux de l'Organisation, il doit être intensifié aussi bien sur le plan technique que financier tout en se cadrant sur les priorités du plan de travail du pays.

Au vu de ce qui précède, le nouvel agenda stratégique de l'intervention de l'OMS s'articulera autour des quatre axes stratégiques suivant et qui constituent en fait les défis soulignés par l'analyse de la situation: (1) l'amélioration de la performance du système de santé et de l'accessibilité aux services de santé, (2) la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles, (3) la réduction de la mortalité maternelle et infantile et (4) la promotion du partenariat autour de la santé pour une meilleure implication de tous les acteurs et une mobilisation des ressources nécessaires au financement des programmes de santé.

La SCP sera mise en œuvre à travers les plans de travail biannuels qui seront élaborés en étroite collaboration avec la partie nationale et avec la participation de tous les autres partenaires au développement de la santé.

Le suivi de cette mise en œuvre de la SCP sera assuré à travers le processus de rapports semestriel, annuel et biennuel établi dans le cadre des plans de travail biannuels de l'OMS ainsi que pendant les revues annuelles des programmes nationaux. Des évaluations à mi-parcours et en fin de cycle sont prévues.

SECTION 1

INTRODUCTION

C'est en 2000 que le conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a approuvé la stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'OMS. Cette stratégie institutionnelle souligne le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation, d'où la nécessité de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Ceci constitue le fondement des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays (SCP)

La stratégie de coopération de l'OMS avec un pays donné énonce les priorités stratégiques de l'Organisation pour son activité dans ce pays, priorités qui doivent guider une réponse intégrée des trois niveaux de l'Organisation : bureau de pays, Bureau régional et Siège. Elle est l'expression claire de l'action de l'OMS en faveur des pays. Le programme d'action stratégique sur lequel elle porte oriente la coopération entre l'OMS et l'État membre, pour le moyen terme. Elle sert de référence pour les plans de travail de l'OMS et l'allocation des ressources de l'Organisation, que celles-ci proviennent des pays, de la Région ou du Siège ou bien d'autres sources telles que les centres collaborateurs.

La première SCP avec l'Union des Comores a été élaborée en 2004 et couvrait la période de 2005 à 2009. Sa mise en œuvre a donné des résultats globalement satisfaisants à travers les trois axes stratégiques retenus et portant respectivement sur le renforcement institutionnel, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Entretemps, l'OMS au niveau global a procédé à une importante réforme dans son approche de planification basée sur les résultats. Un plan stratégique à moyen terme de 2008 à 2013 a été conçu suivant cette approche pour la mise en œuvre de son programme général de travail 2005-2015. Treize objectifs stratégiques ont été définis dans ce cadre et chaque pays devrait orienter ses plans de travail sur ses objectifs stratégiques de manière à ce que l'action de l'OMS soit plus visible à travers la même chaîne de résultats à tous les niveaux de l'Organisation.

Il était devenu, dès lors, nécessaire de revoir les stratégies de coopération avec les pays pour les adapter à cette nouvelle approche de planification basée sur les résultats. C'est ainsi que l'Union des Comores, à l'instar des autres pays de la Région africaine, a procédé à la revue de sa stratégie de coopération en procédant d'abord à une évaluation de la précédente.

En s'inspirant des leçons tirées de la mise en œuvre de la précédente SCP et des orientations nationales de développement consignées dans la politique nationale de santé (PNS) et le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), l'élaboration de la nouvelle SCP a fait l'objet d'un processus de concertation permanente avec les autorités nationales et les partenaires au développement du secteur de la santé. Elle comporte huit parties allant de l'introduction à la présentation du cadre de suivi-évaluation, en passant par :

- l'analyse de la situation faisant ressortir les défis du pays pour le développement sanitaire;
- la situation actuelle de l'assistance au développement dont bénéficie le pays ;
- le cadre politique et institutionnel de l'OMS qui doit servir de base pour la SCP ;
- les grandes réalisations de la stratégie de coopération avec le pays de 2005-2009 ;
- le cadre de mise en œuvre de la SCP 2009-2013, et
- le cadre de suivi-évaluation de la SCP 2009-2013.

SECTION 2

DÉFIS DU PAYS POUR LE DÉVELOPPEMENT ET POUR LA SANTÉ

2.1 PROFIL DU PAYS : SITUATION PHYSIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE :

Située à l'entrée du Canal de Mozambique dans l'Océan Indien, à 300 km de Madagascar d'une part et de la côte sud du continent d'autre part, pays indépendant depuis 1975, l'Union des Comores couvre une superficie de 2236 km² pour 652.202 habitants en 2008 (projection du RGPH 2003), avec un taux d'accroissement de 2,1% par an, et répartie sur quatre îles d'origine volcanique comme suit: Grande Comore (Ngazidja): 1147 km² pour 291 hbts/km², Anjouan (Ndzouani): 424 km² pour 652 hbts/km², Mohéli (Moili): 290 km² pour 146 hbts/km², Mayotte (Maoré): 374 km². Cette dernière île est restée sous administration française. La proportion de la population âgée de moins de 15 ans est de 46,1%. L'espérance de vie est passée de 55 ans en 1991 à 65,5 ans en 2004.

Les Comores ont un climat tropical avec deux saisons : la saison fraîche et sèche qui va de mai à octobre et la saison chaude pluvieuse qui va de novembre à avril, avec une température variant entre 15°C et 33°C.

Situation économique et sociale

Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,556 le pays est classé selon le Rapport du Programme des Nations unies pour le Développement, au 132^e rang sur 177 pays¹. Son PNB par habitant est de 640 US\$ en 2006².

La pauvreté aurait augmenté de 3,5 à 4 % entre 1995 et 1998 au niveau national. Selon l'enquête intégrale auprès des ménages (EIM) en 2004, 36,9% des ménages comoriens soit 44,8% des individus vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Sur le plan social, les structures traditionnelles du pays centrées autour des chefs coutumiers, notables et autorités religieuses sont bien organisées et assurent le maintien des valeurs propres à la société, et partant jouissent du profond respect de la population. Cependant, l'exclusion des femmes de certains droits sociaux est une source de vulnérabilité et d'inégalité³.

Concernant l'habitat, les constructions sont anarchiques dans l'ensemble du territoire national aussi bien dans les villes que dans les zones rurales. Ce qui aggrave les problèmes d'évacuation des déchets et les conditions de vie des populations.

¹ PNUD : Rapport mondial sur le développement humain, 2006.

² Banque mondiale : Indicateurs du développement dans le monde, 2007 .

³ La pauvreté aux Comores : concepts, mesure et analyse, 2000. – Moroni : PNUD/BIT, 2000.

Selon le tableau de bord 2006/2007 du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le taux brut de scolarisation dans le primaire est de 95% en 2006/2007. Le taux brut de scolarisation, tous niveaux confondus (primaire, secondaire, collège, lycée), a oscillé entre 58%, niveau le plus bas atteint en 1994/1995 et 68% en 2004/2005, celui de 2006/2007 étant de 65%.

Le taux d'alphabétisation des adultes⁴ est passé de 53,8% en 2000 à 56,2% en 2004, soit 63,5% chez les hommes et 49,1% chez les femmes.

La langue nationale est le comorien (dérivé du Swahili), le français et l'arabe sont les langues officielles de travail.

Environnement et accès à l'eau potable.

Seulement 23%⁵ de la population a accès de manière durable à un assainissement adéquat. Les déchets domestiques et industriels de toute nature posent un problème d'environnement réel. On estime que la quantité de déchets sera de 353.159 tonnes en 2020 contre 124.362 tonnes en 2000, soit une augmentation de 34%. Par ailleurs, il n'existe pas de système de drainage et d'évacuation des eaux usées dans l'ensemble du territoire.⁶

Les risques liés aux catastrophes naturelles, notamment volcaniques (Karthala), cycloniques et d'inondations constituent une préoccupation majeure. Il en est de même pour ceux liés aux aliments importés dont le contrôle et la surveillance restent insuffisants.

La proportion⁷ de la population qui a accès à une source améliorée d'eau est estimée à 94% mais la qualité de cette eau reste douteuse. D'après les conclusions du MICS 2000, la quasi totalité de la population s'approvisionne en eau probablement insalubre, source potentielle de maladies diarrhéiques, infectieuses et parasitaires.

Gouvernance

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

Suite à la crise séparatiste en 1997, un nouvel ensemble comorien appelé Union des Comores a été créé par la nouvelle constitution adoptée le 23 décembre 2001. Cette nouvelle constitution consacre une large autonomie des îles, garantit un partage du pouvoir entre l'Union et les îles qui la composent afin de permettre à celles-ci de concrétiser leurs aspirations légitimes, d'administrer, de gérer librement et sans entrave leurs propres affaires et de promouvoir leur développement socio-économique dans l'unité⁸. Chaque île est placée sous l'autorité d'un gouvernement, composé d'un président élu et de ministres avec une administration qui assure le fonctionnement régulier des pouvoirs publics. Les îles disposent, également, de leurs propres assemblées politiques.

Cependant, il persiste toujours des difficultés d'ordre institutionnel se matérialisant sous forme de conflits de compétences entre le pouvoir central et ceux des îles et ayant un impact négatif sur la conception et la mise en œuvre des politiques de développement ainsi que sur la mobilisation des partenaires au développement.

⁴ Institut de l'UNESCO pour les statistiques.

⁵ PNUD : Rapport du développement Humain, 2005.

⁶ Enquête à indicateurs multiples -MICS 2000. – Moroni : DGP, 2000.

⁷ PNUD : Rapport du développement Humain, 2005.

⁸ Avant-projet de constitution de Constitution du Nouvel Ensemble Comorien, (3 août 2001).

La participation des femmes à la gestion des affaires publiques reste extrêmement limitée. Actuellement (aout 2008), le gouvernement de l'Union ne compte qu'une seule femme parmi ses membres et une seule femme siège au sein de l'Assemblée nationale.

2.2 PROFIL SANITAIRE DU PAYS

2.2.1 *Système de santé*

Politique, stratégies et réformes

La réforme du système sanitaire a été entreprise à partir de 1994 avec l'élaboration du Plan national de développement sanitaire (PNDS) perspectives 2010. Ce plan met l'accent sur le renforcement des districts de santé, la décentralisation effective dans la gestion des activités, l'approvisionnement en médicaments essentiels et le recouvrement des coûts⁹.

Pour adapter le développement de la santé au contexte actuel du pays, une politique nationale de la santé 2005-2015 a été adoptée par le gouvernement en décembre 2005. Elle se fonde sur les orientations stratégiques suivantes¹⁰.

- le développement des services de santé y compris le renforcement des infrastructures et des capacités de planification, de financement et de suivi (décentralisation, recouvrement des coûts, formation du personnel, planification/programmation/suivi-évaluation des activités, système d'information sanitaire et recherche)
- le développement de stratégies et d'actions spécifiques aux différents programmes de lutte contre les maladies,
- la promotion et la protection de la santé (IEC, environnement et santé, comportements sains)

Organisation et accès aux services de santé de qualité

Aux Comores, le système de santé est organisé en trois niveaux : (1) le niveau central est composé l'administration centrale, de l'hôpital de référence national El-Marouf, de la pharmacie nationale autonome des Comores (PNAC) et de l'Ecole nationale de médecine et de santé publique (ENMSP) ; (2) le niveau intermédiaire ou de l'île est composé des administrations sanitaire des îles et de deux centres hospitaliers régionaux (CHR) ; (3) le niveau périphérique est constitué de 17 districts de santé dont 7 en Grande Comore, 7 à Anjouan et 3 à Mohéli. Parmi ces districts, 2 sont couverts par des centres médicaux chirurgicaux (CMC) à Anjouan et Ngazidja et 3 par des centres médicaux urbains (CMU) au niveau de chaque île¹¹. A cela, il faut ajouter un réseau de dispensaires de santé des Armées, le dispensaire CARITAS de la Mission catholique, un secteur privé en pleine expansion et 49 postes de santé périphériques.

L'accessibilité géographique à un centre de santé dans un rayon de 5 km est estimée à 45% à la Grande Comore, 74% à Anjouan et 69% à Mohéli soit une moyenne de 63% pour l'ensemble du pays. 100% de la population ont accès aux services de santé dans un rayon de 15 km. Le taux de fréquentation des formations sanitaires est estimé à 10,25%. Le taux moyen d'occupation des lits varie de 20 % à 60%.

⁹ Plan national de développement sanitaire (PNDS) perspectives an 2010, décembre 1993.

¹⁰ Politique nationale de santé (PNS), février 2005.

¹¹ Rapport d'activités OMS 2002-2003.

Une évaluation de la performance du SIS a été réalisée récemment avec l'appui financier du Réseau de métrologie sanitaire (RMS). Elle a fait ressortir qu'il n'existe pas de système intégré et coordonné de collecte, d'analyse et d'exploitation des données sanitaires¹².

Le recensement des ressources humaines effectué en 2007 a montré que l'Union des Comores dispose de 1,9 médecin, 3 infirmiers d'Etat et 2,6 sages femmes d'Etat pour 10.000 habitants, mais que la répartition ce personnel de santé est inéquitable entre les différentes îles et entre les niveaux, au détriment des districts de santé. En effet, seulement 21% des médecins, 43% des sages-femmes et 34% des infirmiers sont au niveau des districts de santé pendant que le seul hôpital national de Moroni, la capitale nationale, emploie 31% des médecins, 35% des sages-femmes et 31% des infirmiers d'Etat. Le pays ne dispose que d'une seule institution de formation, l'Ecole de médecine et de santé publique (EMSP), qui ne forme que des sages-femmes et infirmiers d'Etat. Les cadres supérieurs de santé (médecins, pharmaciens, etc.) sont formés à l'extérieur du pays.

L'évaluation du secteur pharmaceutique en 2003¹³ a fait ressortir l'existence de dépôts pharmaceutiques non conformes au code de la santé publique. De même 89,5% des vendeurs de médicaments ne sont pas qualifiés. Ce secteur est caractérisé par une absence quasi-totale de réglementation et de contrôle. Le pays ne dispose pas de laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments importés ou conditionnés localement. Par ailleurs, on note un développement du marché illicite des médicaments, une manipulation des médicaments par du personnel non qualifié, une absence de régulation des prix des médicaments qui a pour conséquence une disparité considérable des prix d'une structure à une autre.

Les prévisions budgétaires au titre de la santé ont baissé d'année en année de 2006 à 2008. Aussi, la part du budget de la santé dans le budget national est-elle passée de 5% en 2006 à 4% en 2008. L'essentiel du budget de la santé, soit 70 à 80%, est consacré aux salaires du personnel.

2.2.2 Profil épidémiologique

2.2.2.1 Les maladies transmissibles :

Le système d'information sanitaire est peu développé et la base de données épidémiologiques reste incomplète et non actualisé.

Les données disponibles montrent la prédominance du paludisme comme première cause de morbidité et de mortalité. Selon le rapport de notification des cas de paludisme (2004/2005/2006) du comité de coordination des projets financés par le GFATM, il ya eu :

- En 2004, 54.078 cas dont 44% d'enfants de moins de 5 ans et 27% de femmes enceintes ;
- En 2005, 45.886 cas dont 38% d'enfants de moins de 5 ans et 13% de femmes enceintes ;
- En 2006, 74.422 cas dont 45% d'enfants de moins de 5 ans et 8% de femmes enceintes

Selon les résultats d'une enquête de séroprévalence réalisée en 2003, le taux de séroprévalence du VIH est estimé à 0,025%. le nombre total de cas dépistés et rassemblés

¹² Schéma directeur du système d'infirmité sanitaire, 2004.

¹³ Rapport évaluation du secteur pharmaceutique, juillet-aout 2003.

par le PNLS de 1988 à 2006 est de 89 avec le nombre de nouveaux cas variant entre 0 en 1989 et 10 en 2000.

Les nouveaux cas de tuberculose recensés¹⁴ étaient de 79 en 2005, 67 en 2006 et 56 en 2007. Avec l'avènement du SIDA, il y a à craindre une recrudescence importante de cette maladie.

Les nouveaux cas de lèpre dépistés¹⁵ sont de 120 en 2005, 121 en 2006, 111 en 2007. 90 % des cas sont dépistés dans l'île d'Anjouan.

Après quatre campagnes de traitement de masse (MDA) de la filariose lymphatique, le taux de prévalence¹⁶ de la microfilarodermie est passé de 10,5 % (Grande Comore), 15,5% Anjouan et 17 % (Mohéli) en 2001 à moins de 1% en 2007 au niveau des 3 sites sentinelles et des 3 sites de contrôle.

Des flambées épidémiques de choléra surviennent depuis 1998 avec une létalité hospitalière autour de 1%. La dernière flambée date de février 2007. Il en est de même de la rougeole dont le pays a subi une flambée en 200, la couverture vaccinale anti-rougeoleux étant inférieure à 80%.

Le système de surveillance des PFA est assez faible et n'a permis de détecter que 3 cas en 2005, 6 cas en 2006 et 2 cas en 2007. Les cas détectés sont confirmés au niveau de l'Institut Pasteur de Madagascar. La couverture vaccinale en VPO3 en 2007 est respectivement de 66,3% en Grande Comore, 81,6% à Anjouan et 102,4% à Mohéli.

2.2.2.2 Les maladies non transmissibles :

Au nombre des maladies non transmissibles citées par les praticiens, on note la malnutrition protéino-énergétique chronique chez les enfants et les femmes enceintes, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré, les affections oculaires et bucco dentaires, les maladies mentales, les pathologies liées au tabagisme et leurs conséquences. Leur situation reste préoccupante malgré l'absence de données et de politique de prise en charge.

2.2.2.3 Problèmes de santé maternelle et infantile

Le taux de mortalité¹⁷ infantile a baissé passant de 86,2 pour 1000 en 1991 à 83,2 pour 1000 en 2003. Le taux de mortalité infanto-juvénile a lui aussi connu une amélioration en passant de 130 pour 1000 en 1991 à 113 pour 1000 en 2003. Il en est de même pour le ratio de mortalité maternelle, estimé en 2003 à 380 pour 100.000 naissances vivantes.

La prévalence contraceptive est passée de 4% en 1994 à 19,4% en 2000. Le pourcentage de femmes enceintes qui ont fait une consultation prénatale est 84% et 62% des accouchements ont été assistés par un personnel qualifié.

Le système de référence, notamment pour la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales n'est pas organisé. La pauvreté grandissante, spécialement chez les femmes, est elle aussi un obstacle limitant l'accès des femmes aux services de santé¹⁸.

¹⁴ Données fournies par le programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose (PNLT).

¹⁵ Données fournies par le programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose (PNLT).

¹⁶ Enquête qualitative sur le 1er passage du traitement de masse contre la filariose lymphatique (20 février au 20 avril 2003) : rapport de consultation. – Moroni : OMS, 2003. (p.4).

¹⁷ RGPH, 2003.

¹⁸ Feuille de route des Comores pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 2004.

2.3 DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT

2.3.1 Défis de la précédente stratégie de Coopération :

L'agenda stratégique de l'OMS a été mis en œuvre à travers ses trois axes stratégiques, à s'avoir :

- L'appui institutionnel au système de santé,
- L'appui à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles,
- La réduction de la mortalité maternelle et infantile.

2.3.2 Bilan de la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération :

Rappelons que la précédente SCP couvrait la période 2005-2009. Elle n'est donc pas, tout à fait, arrivée à son terme. Néanmoins, d'importantes réalisations ont été faites malgré les contraintes d'ordre politique et économique que le pays traverse.

2.3.2.1 Appui institutionnel au système de santé

Le consensus sur la révision et l'adoption de la politique nationale de santé et des outils de sa mise en œuvre est obtenu :

Les efforts entrepris dans ce domaine ont abouti à l'adoption de la politique nationale de la santé (PNS) et de la politique pharmaceutique nationale (PPN) et à la révision du code national de la santé (CNS). Cependant, la mise en œuvre ces politiques et code reste encore à matérialiser à travers l'élaboration d'outils techniques appropriés tels que le plan national de développement sanitaire (PNDS) qui n'est pas encore révisé, l'élaboration des plans d'action pour le secteur pharmaceutique et la revue des textes réglementaires relatifs au CNS.

Aussi, un appui permanent a été fourni pour le suivi de la mise en œuvre des programmes nationaux à travers l'organisation des revues semestrielles et annuelles conjointes qui ont permis également l'élaboration des programmes annuels d'activités.

L'amélioration du plateau technique, de la maintenance des équipements et la promotion de l'assurance de qualité:

Les actions entreprises dans ce domaine ont porté essentiellement sur la formation du personnel à la prescription des médicaments essentiels, la révision de la liste des médicaments essentiels et l'évaluation de l'opérationnalité des districts de santé.

Renforcement des compétences techniques du personnel de santé :

Dans ce domaine, une base de données sur les ressources humaines a été constituée en 2005 et actualisée en 2007 ; cinq cadres comoriens ont bénéficié de bourses d'étude pour des CES respectivement en cardiologie, gynécologie, pédiatrie et imagerie médicale et deux cadres pour la maîtrise en santé publique ; et plusieurs cadres comoriens ont bénéficié de prise en charge pour participer à divers réunions, conférences et séminaires internationaux.

Le renforcement de la coordination:

En plus des documents de politiques cités plus haut, il y a eu la création du Comité national de la santé (CNS) et du Comité national technique de la santé (CNTS) en 2007 respectivement par décret du chef de l'Etat et par arrêté du Vice-président en charge de la santé. Cependant, il faut noter que ces Comités ne se sont réunis qu'une fois depuis leur

création à cause, notamment, des perturbations politiques survenues avec la crise de l'île d'Anjouan. Le renforcement du système d'information sanitaire à travers la mise en œuvre du schéma directeur du SIS et l'évaluation du SIS peuvent être, également, cités comme des réalisations qui contribueront au renforcement de la coordination des interventions dans le secteur de la santé.

2.3.2.2 Appui à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles

Les stratégies globales et régionales de lutte contre les maladies prioritaires sont adaptées au contexte du pays:

L'appui technique fourni dans ce domaine a permis l'élaboration de plusieurs plans et programmes de lutte contre les maladies (VIH/sida, paludisme, PEV, grippe aviaire, helminthiases, choléra, etc.) ; le renforcement du fonctionnement des laboratoires pour la sécurité transfusionnelle ; l'augmentation de la couverture en moustiquaires imprégnées au niveau de trois villages de l'île autonome de Mohéli ; et la mobilisation de ressources additionnelles à travers l'appui à l'élaboration des demandes de financement au GFATM pour le 5ème, 6ème, 7ème et 8ème rounds.

Un système de surveillance intégrée et de riposte aux épidémies et aux conséquences sanitaires des catastrophes naturelles est mis en place et est fonctionnel:

Le pays a été doté d'un plan stratégique de surveillance intégrée des maladies transmissibles couvrant la période 2004-2008, du guide générique de l'OMS et de modules de formation sur la surveillance intégrée des maladies transmissibles. Les compétences techniques des cadres nationaux ont été renforcées à travers la formation de 43 agents de santé en SIMR, la participation de certains cadres à des réunions et conférences internationales, la formation de 25 cadres sur la préparation et la riposte contre la grippe aviaire.

La surveillance de la rougeole s'effectue à travers l'envoi d'échantillons de sérums pour confirmation au laboratoire de référence KEMRI de Nairobi, 3 responsables de district ont été formés sur la surveillance de la PFA, la rougeole et le tétanos maternel et néonatal.

La mise place d'un Comité national multisectoriel et pluridisciplinaire de lutte contre le choléra a permis d'assurer une notification régulière des cas de choléra permettant ainsi une gestion appropriée de l'épidémie. Les épidémies de rougeole et de Chikungunya ont été, également, bien gérées.

Suite à la crise d'Anjouan, des fonds ont été mobilisés auprès du CERF (Central Emergency Response Fund) et utilisés pour renforcer la surveillance épidémiologie et assurer la continuité des services de santé à Anjouan.

La lutte contre les maladies transmissibles notamment le sida, la tuberculose, le paludisme, la filariose et les maladies évitables par la vaccination;

VIH/sida : création de comités insulaires, monitoring à travers 12 sites sentinelles, évaluation du système de surveillance, formation de 20 techniciens de laboratoire.

Paludisme : évaluation du programme, revue du plan stratégique, tests d'efficacité thérapeutique de l'arthemeter luméfantrine.

Tuberculose : guide de formation, fiche de supervision, meilleur dépistage de cas à partir de l'année 2005.

Filariose : constitution d'une base de données, enquête sur les géo helminthiases.

PEV : évaluation de la gestion des vaccins, campagne de rattrapage de vaccination antitétanique, formation du personnel du PEV en gestion des vaccins et du matériel d'injection, appui à la stratégie avancée dans le district de Mitsamiouli et supervision dans les 17 districts du pays.

PFA : recherche active des cas et envoi d'échantillons à l'Institut Pasteur de Madagascar pour confirmation, évaluation du processus d'éradication de la poliomyélite.

Surveillance et réponse aux maladies non transmissibles :

25 cadres nationaux ont été formés sur la surveillance du diabète. L'organisation des journées médicales d'ophtalmologie a permis, chaque année, de connaître la situation des maladies oculaires notamment la cécité. En ce qui concerne les autres maladies non transmissibles, leur situation n'est pas bien connue et aucune action spécifique n'a pu encore être mise en œuvre pour leur surveillance.

Le renforcement de la promotion de la santé :

En collaboration avec le ministère en charge de la santé, des contrats ont été signés avec les médias publics, privées et communautaires pour une meilleure information sur la santé. Le bulletin d'information sanitaire de la Représentation de l'OMS (WUNONO) a été régulièrement publié. Les journées de mobilisation autour des problèmes de santé ont été organisées (Journée mondiale de la santé, Journée africaine de lutte contre le paludisme, Journées mondiale de lutte contre la tuberculose, Journée mondiale du don de sang, Journée de la femme, etc.).

2.3.2.3 La réduction de la mortalité maternelle et infantile

Renforcement des compétences techniques des prestataires des services :

L'OMS a contribué à ce résultat à travers l'adoption de modules de formation (maternité à moindre risque) ; l'appui à l'élaboration de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ; la formation des cadres (maternité à moindre risque, urgences obstétricales, approche genre, etc.) ; l'appui pour la prise en compte du genre dans la stratégie et le plan d'action SR ; sensibilisation sur les risques liés aux avortements clandestins et aux accouchements non assistés.

Amélioration du plateau technique en matière de la santé de la reproduction et de la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

La prise en charge des soins obstétricaux a été améliorée à travers la mise à disposition des formations sanitaires de 600 kits accouchements.

65% des districts de santé ont bénéficié d'un appui pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

2.3.3 Défis actuels :

A travers l'analyse de la situation, on note que les défis de la précédente SCP demeurent toujours, malgré les efforts fournis et cela d'autant plus que ces défis constituent de grandes préoccupations de développement qui ne peuvent pas être résorbées du jour au lendemain. Aussi, la complexité du cadre institutionnel du pays, caractérisée par des conflits de compétences persistants entre les gouvernements des îles autonomes et le gouvernement central, reste-elle un facteur déterminant du fonctionnement du système de santé. Ainsi, l'organisation des services de santé pour une meilleure coordination des intervenants reste déterminant pour assurer l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité en vue de mieux lutter contre les maladies et d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Pour ce faire, il est indispensable, également, d'instaurer et maintenir une concertation permanente entre les acteurs à tous les niveaux.

Les défis actuels à relever sont donc:

- l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de santé ;
- la réduction de la charge des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ;
- la mobilisation de tous les acteurs pour une meilleure contribution au développement du secteur de la santé.

SECTION 3

L'APPUI AU DÉVELOPPEMENT ET LE PARTENARIAT

3.1 ENVIRONNEMENT DE LA COOPÉRATION

Depuis 1996, début de la crise sociopolitique qui secoue le pays, la coopération pour le développement sanitaire entre l'Union des Comores et les partenaires au développement a traversé des difficultés importantes. Certains partenaires dont la Banque mondiale ont tout simplement arrêté leur coopération, d'autres sont restés présents mais sans grande conviction.

Le financement extérieur de la santé est difficile à évaluer en Union des Comores par manque de données consolidées. Les fonds répertoriés dans le programme d'investissement public (PIP) ne portent que sur la contribution de certains partenaires, notamment les organismes des Nations unies et le Fonds mondial. Les contributions des partenaires bilatéraux (Chine, France, Etats arabes etc.) et de beaucoup d'ONG et Associations dont la diaspora comorienne France ne sont pas répertoriées.

Le montant total de l'aide extérieure exécutée et répertoriée dans le PIP est respectivement de 9,9 et 8,7 milliards de francs comoriens en 2005 et 2006. Les prévisions de 2007 et 2008 sont de loin supérieures à ces montants, soit respectivement 25,3 et 28,8 milliards de francs comoriens. L'écart important entre les montants exécutés de 2005 et 2006 et les prévisions de 2007 et 2008 donne une idée des capacités de mobilisation et d'absorption de fonds du pays.

La part de la santé dans cette aide est respectivement de 6,7% et 7,4% en 2005 et 2006 pour la partie exécutée et 4,1% et 6,8% en 2007 et 2008 pour ce qui concerne les prévisions. La quasi-totalité de l'aide allouée à la santé est constituée de dons.

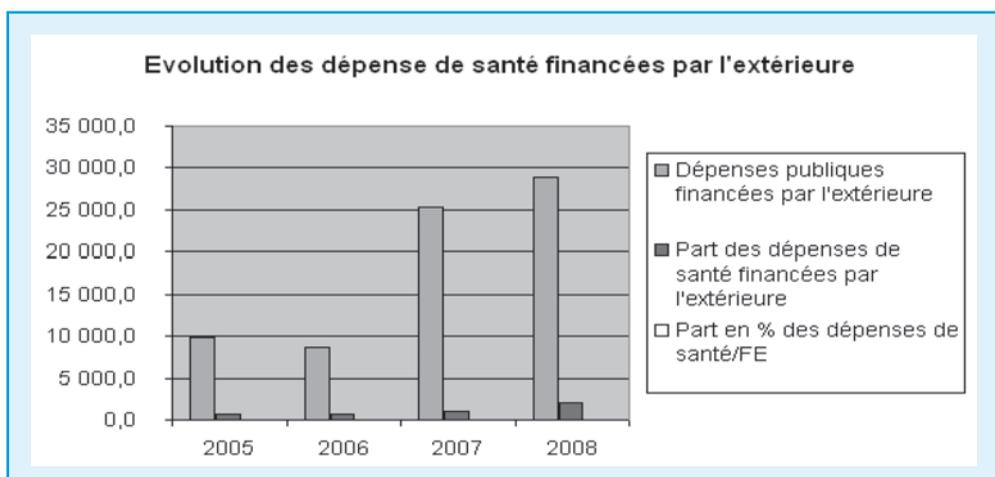
A l'heure actuelle les dispositifs de coordination des partenariats externes par le gouvernement fonctionnent d'une façon non satisfaisante. Aussi, la forte décentralisation du pays permet-elle des interventions de partenaires internationaux au niveau local sans passer par le niveau central. Il est, par conséquent, nécessaire d'intervenir dans ce domaine pour une meilleure efficacité de l'aide. Il s'agira de mettre en place un dispositif permettant de recenser les actions de coopération, d'informer les acteurs sur les supports juridiques et financiers, d'accompagner, de coordonner et de mettre en cohérence les projets.

Tableau 3. Évolution des dépenses de santé financées par l'aide extérieure en millions de francs comoriens (Rapports TOFE & BE)

Intitulé	Exécution		Programmation	
	2005	2006	2007	2008
Dépenses publiques financées par l'aide extérieure	9 921,3	8 742,5	25 356,7	28 808,0
Part des dépenses de santé financées par l'aide extérieure	662,1	644,0	1 048,3	1 959,4
Part en % des dépenses de santé/FE	6,7	7,4	4,1	6,8
Caractère de l'aide extérieure				
Part des dons pour la santé	952,3	974,6	1 048,3	1 838,4
Part des prêts pour la santé	0,0	0,0	0,0	121,0
Part non exécuter par rapport aux dons (en 2005 et 2006)	290,2	330,6	0,0	0,0

Sources : PIP, Commissariat général au plan.

Graphique 4 : Évolution des dépenses de santé financées par l'aide extérieure :



3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES ACTUELS (2008) ET LEURS DOMAINES D'INTERVENTION

Nom du partenaire	Type du partenaire	Domaines d'intervention	Aire d'intervention	Montant	Période couverte
Union Européenne (9 ^{ème} FED)	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des structures hydro-sanitaires et sensibilisation à l'hygiène et à la santé dans les écoles scolaires (Croissant Rouge) Appui au réseau des mutuelles de santé- intervient à Anjouan à travers l'ONG CAP pour le financement des formations sanitaires, 			
PNUD/ ONUSIDA	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Programme conjoint de lutte contre le VIH/SIDA, 	Tout le pays		
OMS	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles Développement du système de santé- Santé de la mère et de l'enfant 	Tout le pays	\$ 3 545 000	2008-2009
UNFPA	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de la santé de la reproduction et genre Stratégie population développement et genre, Programme conjoint de la lutte contre le VIH/SIDA 	Tout le pays	\$ 2 818 500	2008-2009
UNICEF	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Programme de la nutrition à base communautaire, Santé de la mère et de l'enfant, Lutte contre le VIH/SIDA 	Tout le pays	\$ 4 485 000	2008-2012
GAVI	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités en matière de vaccination (formation, achat de logistique), 	Tout le pays		
Fonds mondial	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le paludisme, Lutte contre le VIH/SIDA 	Tout le pays Tout le pays	\$ 2 400 000 \$ 1 136 900	2004-2009 2005-2009
BID	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités au niveau des hôpitaux (équipement et formation) 	CHR de Fomboni (Mohéli)	\$ 466 000	2008-2009
COI (AIRIS/RSIE)	Multilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le VIH/SIDA, Surveillance épidémiologique (formation, équipement, participation aux réunions internationales des cadres nationaux, échange d'expérience au niveau de la région) 	Tout le pays		
Chine	Bilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le paludisme,- Renforcement de capacité (assistance technique, formation des spécialistes et octroi des matériels médicaux), 	Tout le pays		
Emirat de Sharjah	Bilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Appui institutionnel en équipements- Construction des bâtiments 			
AFD	Bilatéral	<ul style="list-style-type: none"> Appui aux secteurs de la santé aux Comores (PASCO) (appui institutionnel, renforcement des hôpitaux) 	Tout le pays avec une concentration sur Anjouan et Mohéli	• 10 000 000	2006-2010
Fondation DAMIEN /AIFO	ONG internationale	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre la tuberculose et la lèpre 	Tout le pays	\$ 720 000	2007-2010
CARITAS	ONG internationale	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement de capacité (Assistance technique) 	Moroni et Fomboni		
IPPF	ONG internationale	<ul style="list-style-type: none"> Santé de la reproduction à travers l'ASCOBEF 	Tout le pays		
HIRO	ONG internationale	<ul style="list-style-type: none"> Renforcements des capacités de certains centres de districts (assistance technique) 	Tout le pays		
Diaspora	ONG nationale	<ul style="list-style-type: none"> Appui institutionnel (structures sanitaires) en équipements, médicaments et autres 	Tout le pays		
CRC	ONG nationale	<ul style="list-style-type: none"> Education pour la santé, la lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA, lutte contre les épidémies 	Tout le pays		
RNFD	ONG nationale	<ul style="list-style-type: none"> Santé de la reproduction, VIH/SIDA Sensibilisation et plaidoyer en matière de santé 	Tout le pays		
ASCOBEF	ONG nationale	<ul style="list-style-type: none"> Santé de la reproduction, VIH/SIDA, paludisme 	Tout le pays		
CAP	ONG nationale	<ul style="list-style-type: none"> Santé de la reproduction 	Anjouan		

SECTION 4

CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS: ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

L'OMS a opéré et continue d'opérer de profondes transformations dans sa façon de travailler, l'objectif ultime visé étant d'améliorer sa performance au titre de l'appui aux États membres dans leurs efforts pour s'attaquer aux principaux défis qui se posent dans les domaines de la santé et du développement, et de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé. Ce processus de transformation organisationnelle s'appuie sur le cadre global de la stratégie institutionnelle de l'OMS¹⁹.

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS reste «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le onzième programme général de travail 2006-2015²⁰ et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009²¹ définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé. L'Organisation s'attache en effet à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins des États membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de son avantage comparatif²² :

1. jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
2. fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
3. fixer des normes et des critères, et encourager et en suivre l'application ;
4. définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;

¹⁹ OMS, EB105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.

²⁰ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

²¹ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009.

²² Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

5. fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
6. surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

4.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

1. investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
2. renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
3. promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
4. influencer sur les déterminants de la santé ;
5. renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
6. exploiter le savoir, la science et la technologie ;
7. renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, la Directrice générale de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation : 1. Développement sanitaire ; 2. Sécurité sanitaire ; 3. Systèmes de santé ; 4. Données factuelles à l'appui des stratégies ; 5. Partenariats ; 6. Améliorer la performance de l'OMS. Elle a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et celle des populations africaines.

4.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le onzième programme général de travail fixe les priorités suivantes au niveau mondial²³ :

1. apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
2. renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
3. concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
4. développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
5. renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs

²³ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Elles portent notamment sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; la survie de l'enfant et la santé maternelle ; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement ; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition ; les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) : la gouvernance et les partenariats ; et la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs de mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes. Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui inter-pays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes²⁴ :

1. renforcement des bureaux de pays de l'OMS ;
2. amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé ;
3. fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district ;
4. promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires ;
5. intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

4.6 RENFORCEMENT DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE L'OMS AU NIVEAU DES PAYS

Au niveau des pays, les stratégies OMS de coopération avec les pays déboucheront sur des résultats qui varieront d'un pays à l'autre, en fonction du contexte spécifique du pays et des défis en matière de santé. Cependant, en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées au point 4.2 ci-dessus, pourraient faire l'objet d'ajustements en tenant compte des besoins individuels des pays.

²⁴ Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS

5.1 INTERVENTIONS DE L'OMS

La coopération OMS/Comores a commencé avec l'accord cadre signé en janvier 1976, soit 6 mois après l'indépendance du pays, le 6 juillet 1975. L'OMS était représentée aux Comores par un bureau de liaison jusqu'en 1986 quand ce dernier a été érigé en un bureau de Représentation.

Sur la base du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS pour la mise en œuvre de laquelle l'organisation a défini 13 objectifs stratégiques au niveau mondial, l'Union des Comores a fondé son plan de travail technique sur les 11 objectifs stratégiques suivants:

- a) réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles;
- b) combattre le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme;
- c) prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et à la violence;
- d) réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique;
- e) réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques;
- f) promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque;
- g) traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme;
- h) promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement;
- i) améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable;
- j) améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles;
- k) élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.

Quinze résultats attendus ont été définis par le plan de travail 2008-2009 au regard de ces objectifs stratégiques pour un budget total de 3.162.000 USD dont 2.572.000 USD au titre du budget régulier et 590.000 USD pour les fonds volontaires. Ce plan de travail met l'accent sur l'appui stratégique et technique pour le renforcement des capacités nationales, en se fondant strictement sur les orientations de la politique nationale de santé (PNS), les orientations du Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DRSP) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Un effort soutenu sera fait pour la mobilisation des autres partenaires autour de la mise en œuvre des activités de routine.

5.2 BUREAU DE PAYS :

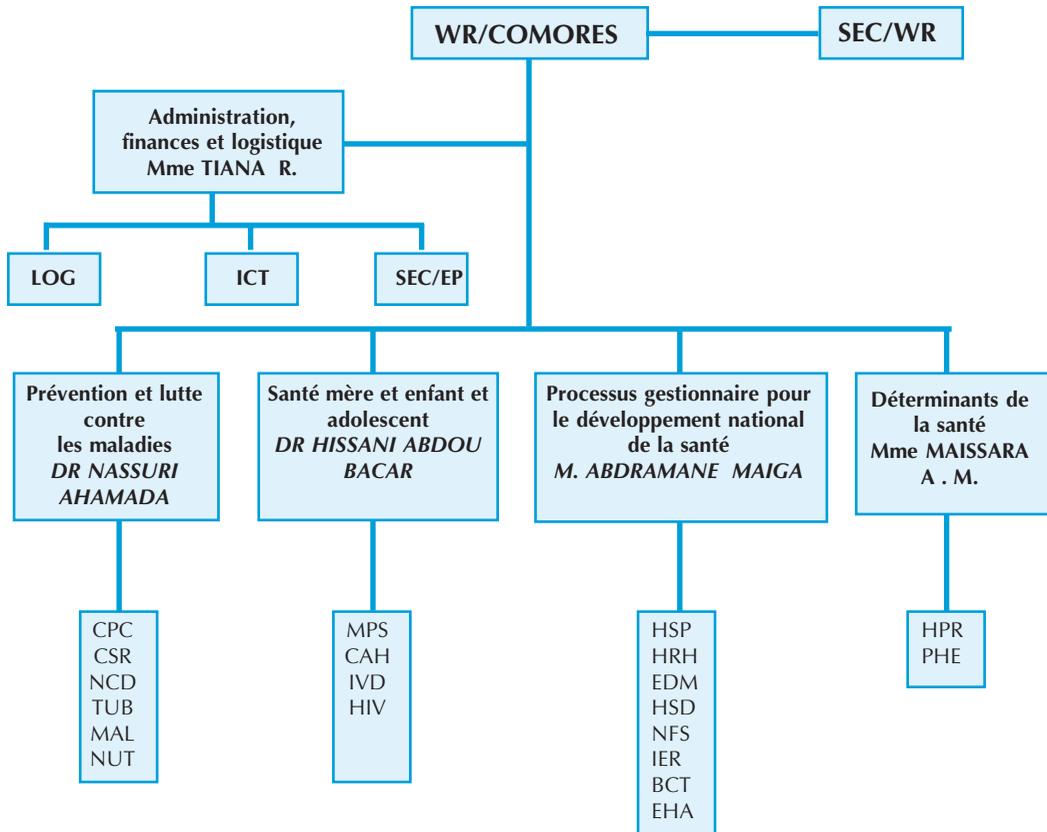
5.2.1 *Ressources humaines*

En 2008, le personnel de l'OMS compte 20 membres dont 6 professionnels (3 nationaux et 3 internationaux ayant en charge chacun 1 à 5 domaines de travail) et 14 agents relevant aux services généraux. Il a été réduit par rapport à 2004 d'un professionnel international, remercié à cause des contraintes budgétaires liées essentiellement à la dépréciation du dollar et d'un staff des services généraux décédé.

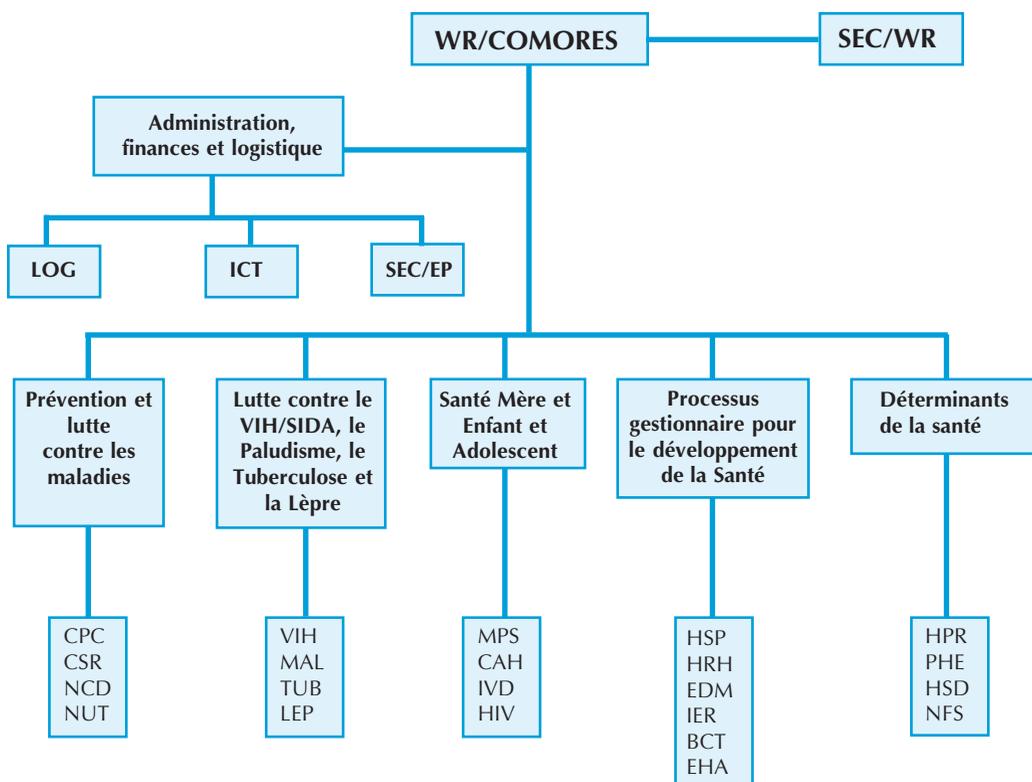
Au vue du nombre important de programmes prioritaires à soutenir et des sollicitations d'appui au pays en vue de la mise en œuvre de ces programmes pour compenser les insuffisances techniques des services nationaux, le staff technique professionnel est largement insuffisant, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif. Les besoins minima à combler dans le court et moyen terme sont, en plus du staff actuel, au moins deux professionnels nationaux dont un pour la lutte contre la maladie et un pour le système de santé.

5.2.2 Organigramme

Organigramme actuel du bureau :



Organigramme prévisionnel du Bureau de pays à partir de 2010 :



5.3 APPUI DU SIÈGE ET DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS ET DE L'ÉQUIPE INTER-PAYS

La bonne collaboration entre les différents niveaux de l'organisation a permis l'appui de l'équipe inter-pays, du bureau régional africain (AFRO) et du Siège pour la mise en œuvre des trois axes stratégiques retenus par la précédente stratégie de coopération, spécifiquement, dans le cadre de la participation des cadres nationaux et du bureau pays aux ateliers de formations, d'échanges et de briefings, l'élaboration de documents de politiques et stratégies, les enquêtes d'évaluations et les études thématiques. On peut citer entre autres les domaines où le pays a bénéficié de l'appui des niveaux supérieurs :

- élaboration de la stratégie de coopération avec le pays ;
- élaboration de la politique pharmaceutique nationale ;
- évaluation du système d'information sanitaire ;
- élaboration du plan de préparation et de riposte aux urgences et catastrophes ;
- gestion des épidémies de Chikungunya et de rougeole ;
- évaluation du PNLN et élaboration du plan national d'élimination du paludisme ;

- élaboration des propositions paludisme pour les séries 6, 7 et 8;
- évaluation du système de surveillance des IST/VIH/SIDA;
- adaptation et réactualisation du protocole national de prise en charge des PVVIH ;
- élaboration du plan pluriannuel complet du PEV (PPAC) ;
- évaluation du processus d'éradication de la poliomyélite;
- élaboration du POA 2008-2009 : les insuffisances relevées dans les interactions pendant l'élaboration des POA ont été comblées pendant l'élaboration du POA 2008-2009.

Certains apports financiers supplémentaires ont permis de réaliser certaines activités. La création du poste de MPS a été facilitée par le Siège et le Bureau régional dans le cadre de cette collaboration.

5.4 RÔLE DE L'OMS AU CÔTÉ DES AUTRES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Un aspect important de la mise en œuvre de la stratégie de coopération entre le gouvernement des Comores et l'OMS est la coordination des actions pour minimiser et réduire la superposition et la duplication des efforts entre les partenaires concernés. Les mécanismes de coordination mis en place au début du programme de coopération étaient fondamentaux pour assurer une meilleure synergie avec les autres partenaires.

Pour la mise en œuvre des différentes composantes de la stratégie de coopération, l'OMS a collaboré avec les partenaires gouvernementaux ainsi que les partenaires des organisations de la société civile, notamment, l'Ordre national des médecins, le Croissant Rouge Comorien, le Réseau Femme et Développement, l'ASCOBEF, la Fondation Damien/AIFO, etc.

La collaboration de l'OMS avec les agences sœurs du SNU se matérialise par le biais du cadre d'assistance du système des Nations unies (UNDAF), de plans d'action annuels conjoints et des réunions thématiques de coordination du système. Le partenariat est renforcé dans le cadre du CCA et de l'UNDAF. Les revues et planifications annuelles des activités appuyées par le système des Nations unies ont été effectuées conjointement.

L'OMS joue bien son rôle d'agence spécialisée des Nations unies notamment dans la définition des normes, standards, stratégies et politiques en matière de santé. Les agences s'en servent pour les formations, les orientations, les directives et les études mais aussi dans la mobilisation des ressources et les approvisionnements. Il faut avouer que certaines étapes restent encore à améliorer. En effet, les cycles de programmation des différentes agences ainsi que les procédures administratives et financières ne sont pas harmonisés.

Quand au rôle de l'OMS au côté des autres partenaires, notamment les bilatéraux et les ONG, on ne lui reconnaît pas un rôle fédérateur. Il a été noté très peu de relations d'articulations avec les services de coopération, une absence de conseils dans l'élaboration des projets santé des partenaires et un manque d'informations de l'Organisation. Seules les situations d'urgences ont été reconnues comme moments d'articulations et de concertations entre les différents partenaires et l'OMS.

Pour les organisations de la société civile, l'OMS est trop institutionnelle, travaille beaucoup plus avec le gouvernement central, pas d'actions concrètes dans le domaine de la contractualisation pour la mise en œuvre des activités.

5.5 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DE LA COOPÉRATION OMS AU NIVEAU DU PAYS :

Les forces :

- Présence permanente auprès du pays pendant les crises politiques et/ sociales (neutralité);
- Bonne collaboration avec les autorités de tutelles;
- Bonne collaboration avec les partenaires au développement, en particulier, les agences du SNU ;
- Mise en œuvre en cours de procédures de gestion plus efficaces à travers le GSM.

Les faiblesses :

- Ressources humaines et financières limitées ;
- Obligation de neutralité devant les crises politiques/sociales.

Opportunités :

- Un meilleur climat politique avec la résolution de la crise séparatiste de l'île d'Anjouan ;
- Existence d'une politique nationale de santé ;
- Existence d'un Comité national de la santé, de Comités de coordination de certains programmes (CCIA, CCM etc.) regroupant tous les partenaires au développement concernés ;
- Augmentation de l'intérêt de plusieurs partenaires à reprendre la coopération avec l'Union des Comores ;
- Poursuite de l'assistance du GFATM.

Menace :

- L'inexistence de structures pour des relations fonctionnelles consensuelles et officiellement établies entre le gouvernement de l'Union et ceux des îles peut être source de conflits de compétence et nuire à la bonne mise en œuvre de la SCP ;

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE 2009-2013

6.1 OBJECTIF:

Le but de la stratégie de coopération avec le pays est d'améliorer la situation sanitaire du pays à travers un leadership technique, en collaboration avec le gouvernement et les partenaires, en renforçant la sécurité sanitaire, la couverture par les interventions sanitaires publiques de manière équitable et les capacités de gouvernance du système de santé, en vue d'un développement durable pour l'atteinte des OMD.

Les approches stratégiques envisagées pour réaliser cet objectif sont:

- le renforcement des capacités du Bureau de l'OMS et du ministère en charge de la santé ainsi que celles des autres partenaires intervenant dans le domaine de la santé, plus spécifiquement ceux relevant de la société civile et du secteur privé, en ligne avec la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique ;
- la mise en place d'un partenariat efficace entre les différents intervenants dans le secteur de la santé en ligne avec l'UNDAF, le DSRP du pays et la politique nationale de la santé, en vue, non seulement, de la mobilisation des ressources additionnelles nécessaires, mais aussi, d'une meilleure harmonisation et intégration des interventions.

6.2 LES COMPOSANTES DE L'AGENDA STRATÉGIQUE:

6.2.1 *Système de santé et gouvernance*

Malgré les efforts fournis dans la mise en œuvre de la SCP en cours, beaucoup reste encore à faire pour construire un système de santé qui prend en charge convenablement les problèmes de santé de la population comorienne. En effet, avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, l'Union des Comores dispose actuellement d'un document de politique nationale de santé (PNS), d'une politique pharmaceutique nationale (PPN) et beaucoup d'autres documents de stratégie ou plans dans les domaines prioritaires du développement sanitaire. Cependant, si la PPN a fait l'objet de deux fora nationaux depuis son élaboration, la PNS, quant à elle, n'a même pas été multipliée malgré son adoption par le gouvernement de l'UNION en janvier 2005.

Le Code national de la santé révisé et adopté par le gouvernement de l'UNION, n'est toujours pas adopté par l'Assemblée nationale.

Il découle de ce qui précède que le dysfonctionnement du système de santé énoncé dans la SCP en cours comme étant le défi majeur auquel il faut s'attaquer reste encore entier. Le fonctionnement des structures de santé, aussi bien au niveau central que du district ne s'est pas suffisamment amélioré. Pendant que les niveaux central et intermédiaire ne disposent même pas de cadres organiques, le district souffre du manque de ressources en tout genre,

de la mauvaise gestion administrative et technique avec comme conséquence une mauvaise qualité des services offerts et une faible fréquentation des formations sanitaires par les populations.

L'objectif visé est l'amélioration de la performance du système de santé et de l'accessibilité aux services de santé.

- Politiques et plans de développement sanitaires (revue et diffusion de la PNS, élaboration du CDMT, organisation de l'administration de la santé, gestion sanitaire, SIS, appui au système de santé de district, appui aux hôpitaux)
- Le financement de la santé (comptes nationaux de la santé, part du budget national, recouvrement des coûts, financement alternatifs : mutuelles de santé et assurances)
- La disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels de qualité (liste des ME, prescription et dispensation, etc.)
- Le développement des ressources humaines (revue du PNDRH, maîtrise de l'effectif du personnel de santé, formation : formation de base et continue, politique de rétention du personnel de santé)
- La sécurité transfusionnelle et la technologie clinique (banque de sang, promotion des nouvelles technologies cliniques)
- La recherche opérationnelle (politique de recherche, appui aux îles et aux districts de santé)
- Législation sanitaire (diffusion du Code national de la santé, appui à l'inspection de la santé)

6.2.2 Réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles

La réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles reste un défi incontournable pour améliorer la santé des populations. Les efforts fournis jusqu'à présent par les autorités nationales avec l'appui de l'OMS et des autres partenaires doivent être renforcés si l'Union des Comores veut être au rendez vous de l'atteinte des OMD en 2015. Pour ce faire, l'analyse de la situation et les réflexions sur le rôle de l'OMS ont fait ressortir que cette dernière doit maintenir et accentuer son appui dans les domaines ci-après :

- **VIH/sida, tuberculose et paludisme :**
 - ✓ VIH/sida : partenariat, politiques et outils, mobilisation de ressources additionnelles, accélération de la prévention, intensification des soins aux PVVIH.
 - ✓ Tuberculose : renforcement de la stratégie DOTS, amélioration du diagnostic, promotion d'actions de lutte intégrées avec le VIH, participation communautaire, surveillance, renforcement du dépistage, appui du programme en véhicule, informatisation de la gestion des médicaments
 - ✓ Paludisme : prévention chez la femme enceinte, PCIME, mobilisation de ressources additionnelles, planification-suivi et évaluation.
- **Lutte contre les maladies transmissibles :**
 - ✓ Lèpre : renforcement du dépistage, appui du programme en véhicule, informatisation de la gestion des médicaments

- ✓ Filariose : évaluation, reprise du traitement de masse (à intégrer avec les helminthiases), renforcement de la surveillance.
 - ✓ PEV : approche RED, introduction de nouveaux vaccins, renforcement de surveillance PFA, surveillance de la rougeole et du tétanos maternel et néonatal.
 - ✓ Prévention des épidémies : renforcement du système de surveillance, système de riposte et renforcement des capacités des laboratoires pour la confirmation des cas.
 - ✓ Recherche : renforcement des capacités nationales
- **Lutte contre les maladies non transmissibles :**
 - ✓ Définition de politiques, formation et surveillance : malnutrition, maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, maladies respiratoires chroniques, affections bucco-dentaires, troubles sensorielles.
 - ✓ Santé mentale : Evaluation de la situation et définition d'une politique.
 - ✓ Lutte contre le tabagisme, l'alcool et les drogues : renforcement des capacités nationales de prévention et de prise en charge (sensibilisation, désintoxication et prise en charge psychologique).
 - ✓ Lutte contre les violences et traumatismes et incapacités : renforcement des capacités nationales pour faire face aux violences (conflits armés, violence interpersonnelle y compris celles en rapport avec le sexe et les enfants, suicides etc.)
 - **Promotion de la santé :**
 - ✓ Renforcement des capacités nationales : élaboration de politique, plan et activités d'IEC à l'endroit des programmes prioritaires.

6.2.3 Réduction de la mortalité maternelle et infantile

Malgré les progrès réalisés par rapport à d'autres pays africains, les taux de mortalité maternelle et infantile restent élevés aux Comores. Les efforts doivent être renforcés pour assurer l'atteinte des OMD en relation avec la mortalité maternelle et infantile. Pour ce faire, l'OMS devrait concentrer ses efforts sur les interventions suivantes :

- **Pour une grossesse à moindre risque :**
 - ✓ Elimination du tétanos maternel et néo-natal (prise en charge des nouveaux nés),
 - ✓ Suivi de la grossesse et assistance à l'accouchement,
 - ✓ Intensification de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PMTE)
- **Santé de l'enfant et de l'adolescent :**
 - ✓ PCIME,
 - ✓ Intégration des interventions à haut impact pour la survie de l'enfant (partenariat avec UNICEF) : PEV+vitamine A+moustiquaires imprégnées+déparasitage)
 - ✓ Renforcement des capacités de prise en charge du nouveau-né.

- **Santé génésique :**
 - ✓ Prévention du cancer du col de l'utérus et du sein.
- **Genre, femmes et santé :**
 - ✓ Sensibilisation sur le genre : femme et santé
 - ✓ Intégration du genre dans les programmes de santé

6.2.4 Partenariat autour de la santé

L'une des lacunes majeures relevée par l'évaluation de la SCP en cours est la faiblesse du rôle de l'OMS dans le renforcement du partenariat. En effet, en dehors des structures de coordinations mises en place dans le cadre de l'UNDAF, les efforts de partenariat initiés par l'OMS à l'endroit, notamment, des partenaires bilatéraux et multilatéraux au niveau du pays ont été jugés insuffisantes. Par conséquent, en vue d'assurer une meilleure coordination des interventions autour de la santé et garantir une meilleure efficacité des ressources qui y sont investies, la présente SCP mettra un accent particulier sur le partenariat. Ainsi ;

- Les réunions de partenaires du secteur de la santé seront réinstaurées ;
- Le ministère en charge de la santé, aussi bien au niveau de l'Union qu'au niveau des îles sera renforcé pour une meilleure concertation avec les partenaires nationaux et internationaux pour le développement de la santé (appui au CNS et aux îles).

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DE LA SCP

La mise en œuvre de la SCP se fera, de manière conjointe par l'Organisation toute entière, à travers les plans de travail biannuels qui seront élaborés en relation avec les responsables nationaux et les partenaires au développement du secteur de la santé y compris la société civile (ONG et Associations) et approuvés par le ministère en charge de la santé et le Directeur régional de l'OMS pour la Région africaine. L'expertise des autres niveaux de l'organisation sera sollicitée chaque fois que le Bureau de pays en a besoin pour apporter un appui aux pays dans la mise en œuvre de cette stratégie de coopération.

La mise en œuvre de la SCP se fera, également, à travers des stratégies qui répondent à l'accomplissement des six fonctions essentielles de l'OMS, citées plus haut dans la partie 4 du document. Il s'agira essentiellement du renforcement du rôle de leadership et de conseiller de l'OMS dans le domaine de la santé qui lui permettra d'œuvrer de façon plus stratégique et d'harmoniser ses efforts avec ceux des autres partenaires dans la mise en œuvre des orientations de la politique nationale de santé et du Document de stratégie de réduction de la pauvreté ainsi que celles relatives à l'accomplissement des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Le partenariat pour l'harmonisation et la coordination des programmes de développement sanitaire ainsi que pour la mobilisation de ressources additionnelles pour le développement sanitaire en Union des Comores sera la cheville ouvrière de l'appui de l'OMS. Pour ce faire, le Bureau de pays appuiera le fonctionnement du Comité national de la santé (CNS) et du Comité technique national de la santé (CTNS). Il œuvrera, en plus, pour asseoir une concertation permanente entre les partenaires du secteur de la santé, notamment dans le cadre de l'UNDAF et à travers des rencontres périodiques pour harmoniser les efforts en vue d'une assistance responsable permettant un véritable renforcement des capacités nationales.

En plus de l'appui des autres niveaux de l'organisation, Siège, Bureau régional et Equipe inter-pays basée à Harare, un renforcement des capacités du bureau de pays sera sollicité dans les domaines de la négociation et de la mobilisation des ressources.

Aussi, les membres de l'équipe du bureau de pays et leurs homologues de l'administration bénéficieront-ils du renforcement de leurs compétences à travers la participation aux ateliers internationaux d'orientation stratégique, de mise à jour des connaissances et de partage d'expériences sur les bonnes pratiques entre les pays de la Région africaine de l'OMS.

SECTION 8

CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi de cette mise en œuvre de la SCP sera assuré à travers le processus de rédaction de rapports semestriel, annuel et biannuel, établi dans le cadre des plans de travail bi-annuels. En plus, pour assurer une cohérence permanente de la SCP avec les priorités nationales et apprécier les résultats, des évaluations à mi-parcours et en fin de SCP seront réalisées avec la participation de toutes les parties prenantes.

Les revues annuelles des programmes nationaux soutenues par l'OMS seront intégrées dans le processus de suivi et évaluation instituée au niveau national par le ministère en charge de la santé et leurs résultats contribueront à apprécier la performance de la SCP.

Le Bureau régional de l'OMS veillera également à ce que les indicateurs pertinents soient pris en compte pendant les enquêtes comme l'EDS, le MICS, les enquêtes intégrales auprès des ménages, etc.

RÉFÉRENCES

1. OMS : EB105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.
2. OMS : Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.
3. OMS : Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013
4. OMS : Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009.
5. OMS-Pays : Rapport d'activités OMS 2002-2003,
6. OMS-Pays : Rapport d'évaluation de la stratégie de coopération avec l'Union des Comores, 2005-2009.
7. PNUD : Rapport mondial sur le développement humain, 2006
8. Banque Mondiale : Indicateurs du développement dans le monde, 2007
9. Banque Mondiale : Aide-mémoire de la mission de supervision du Projet santé III : janvier 2004.
10. Système des Nations unies en Union des Comores: Plan cadre des Nations unies pour l'aide au développement(UNDAF), 2008-2012.
11. Union des Comores : Commissariat général au plan, Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2003.
12. Union des Comores : Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), juin 2005.
13. La pauvreté aux Comores : concepts, mesure et analyse, 2000. – Moroni : PNUD/BIT, 2000.
14. Union des Comores : Enquête a indicateurs multiples -MICS 2000. – Moroni : DGP, 2000
15. Union des Comores : Constitution du Nouvel Ensemble Comorien, (3 août 2001)
16. Union des Comores : Plan national de développement sanitaire (PNDS) perspectives an 2010, décembre 1993
17. Union des Comores : Politique nationale de santé (PNS), février 2005
18. Union des Comores : Schéma directeur du système d'information sanitaire, 2004
19. Union des Comores : Rapport évaluation du secteur pharmaceutique, juillet-aout 2003
20. Union des Comores : Rapports du Programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose (PNLT), 2007.
21. Union des Comores : Rapport du Programme national de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS), 2007.
22. Union des Comores : Enquête qualitative sur le 1^{er} passage du traitement de masse contre la filariose lymphatique (20 février au 20 avril 2003) : rapport de consultation– Moroni : OMS, 2003. (p.4)
23. Union des Comores : Rapport du programme élargi de vaccination, 2007.
24. Union des Comores : Evaluation de la situation du goitre et l'avitaminose, 1995
25. Union des Comores : Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire, 1997
26. Union des Comores : Programme national de lutte contre la cécité, période 2005-2012.

27. Union des Comores : Feuille de route des Comores pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 2004
28. Union des Comores : Commissariat général au plan-Programmes d'Investissement Publics (PIP, 2005, 2006, 2007, 2008.
29. Union des Comores : Tableau de Bord 2006/2007 du ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.
30. Rapport de recherche pré enquête et enquête pilote 1996-1998 : EPSM/INSERM/OMS La santé mentale en population générale en France et dans l'Océan indien ; Images et réalités : Rapport de recherche pré-enquête et enquête-pilote 1996-1998 : EPSM/INSERM/OMS
31. Union des Comores : Lois de finances 2005, 2006, 2007, 2008
32. Union des Comores : 4^{ème} revue, janvier-décembre 2005 : Statistiques économiques et financières, février 2006.
33. Union des Comores : Rapport annuel d'activités 2007 du Laboratoire de biologie de l'Hôpital El Maarouf.

ANNEXE 2 : CARTE DE L'UNION DES COMORES

