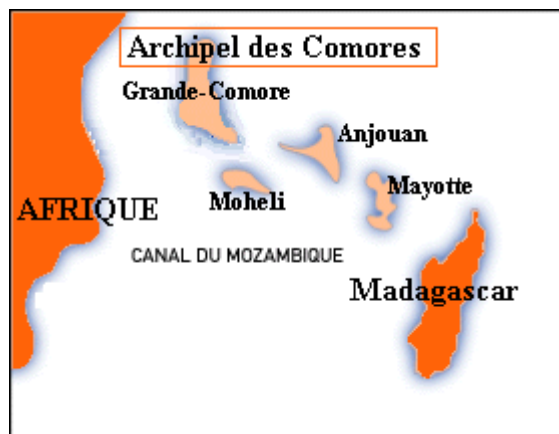

FRANCE – COMORES

COOPERATION SANITAIRE DECENTRALISEE ET JUMELAGES MULTIPLES

- ENTRE ETABLISSEMENTS SANITAIRES
- ENTRE COLLECTIVITES LOCALES

DOCUMENT CADRE



ASSOCIATIONS : ASI / MWEZINET / DIASCOM / AMF / AGEN-ANJOUAN

PROJET DU 22/05/2004 10:47

SOMMAIRE

I	PRESENTATION GENERALE DU PROJET	
	A/ Concept du projet	p. 3
	B/ Origine de l'initiative	p. 3
	C/ Justifications du projet	p. 4
	D/ Impact du projet / résultats attendus	p. 4
	E/ Précisions sur les territoires concernés	p. 5
	F/ Cadrage du type d'établissements sanitaires comoriens concernés	p. 5
II	FORME DE LA COOPERATION ET JUMELAGE	
	A/ Précisions juridiques (coopération sanitaire / décentralisée)	p. 6
	B/ Principes généraux	p. 9
	C/ De la réciprocité des échanges	p. 10
	D/ Conditionnalités d'exécution du projet	p. 11
	E/ Les comités et les conventions de jumelage	p. 12
III	MODES ET DOMAINES D'INTERVENTION	
	A/ Modes d'interventions	p. 13
	B/ Domaines d'intervention	p. 13
	• Entre les établissements de santé	
	• Entre les collectivités locales	
	• Auprès des institutions	
IV	MISE EN ŒUVRE DU PROJET	
	A/ Méthodologie	p. 14
	B/ Les différents intervenants	p. 15
	C/ Le comité de coordination ou CC	p. 16
	D/ Planning d'exécution du projet	p. 17
	E/ Budget de fonctionnement du CC	p. 18
V	ANNEXES	
	A/ Indicateurs généraux	p. 19
	B/ Notes complémentaires	p. 20
	C/ Bibliographie	p. 21
	D/ Plaquette de présentation de l'association ASI	p. 22
	E/ Plaquette de présentation de l'association Mwezinet	p. 26
	F/ Document de présentation des Comores et du secteur santé	p. 34

I PRESENTATION GENERALE DU PROJET

A/ Concept du projet

Il s'agit de mettre en place des jumelages multiples à deux niveaux :

- entre établissements de santé (d'où le terme de coopération "sanitaire")
- entre collectivités territoriales (d'où le terme de coopération "décentralisée")

En premier lieu, l'objectif est de monter des jumelages entre les structures sanitaires des Comores (CHR, centres de santé...) et des hôpitaux en France (CHR ou CH, voire HL).

Plus tard, nous souhaitons travailler dans le cadre de la coopération décentralisée sur un jumelage complémentaire entre des collectivités françaises et les futures communes comoriennes.

L'ensemble de ce dispositif de jumelage est piloté par un « Comité de Coordination » ou CC dont la composition et les fonctions sont détaillées plus loin.

B/ Origine de l'initiative

L'initiative provient de discussions conjointes entre les cadres du ministère de la santé des Comores et un consultant de l'association santé international (ASI).

Cette association, spécialiste des systèmes de santé, a entre autres participé à la conception et mise en place du système de santé des Comores.

Afin de prendre en compte les besoins de l'union des Comores dans leur globalité, pour s'assurer d'une bonne coordination des actions et pour permettre une mobilisation maximale des acteurs de santé aux Comores et des bailleurs de fonds, nous avons choisi de mener un programme de jumelages généralisé, portant tout autant sur une coopération sanitaire que sur une coopération décentralisée.

Le principe du jumelage a en effet été considéré comme un des seuls moyens de mener un programme efficace et global d'encadrement pour parachever la mise en place pratique de système de santé des Comores, dans un objectif de pérennisation du système et tenant compte d'un environnement politique instable, d'un fort turn over des personnels des administrations et des établissements de santé et des difficultés budgétaires des Comores.

Le rôle des différents acteurs du projet est explicité plus loin.

C/ Justifications du projet

Nous sommes partis des postulats suivants :

- L'Union des Comores est un des pays les plus pauvres au monde,
- L'état sanitaire de la population des Comores est loin d'être satisfaisant,
- Les Comores, pays francophone, partagent une longue histoire commune avec la France,
- Il existe une forte communauté comorienne en France,
- Aux Comores tout est à faire pour d'éventuels investisseurs français,
- Les Comores ont mis en place une réforme du système de santé considérée comme efficiente mais qui a besoin d'être parachevée pour obtenir de meilleurs résultats.

Même si les échanges ne peuvent être de même nature de part et d'autre, le jumelage a des intérêts réels pour la France, ses collectivités territoriales et ses établissements de santé (voir paragraphe II, C/ intitulé « de la réciprocité des échanges »).

La coopération sanitaire décentralisée entre la France et les Comores permettrait d'appuyer de manière certaine la mise en pratique de la nouvelle réforme du système de santé aux Comores par des objectifs pratiques reposant en particulier sur un appui et un encadrement des structures de santé des Comores et des collectivités locales comoriennes.

Les justifications du projet sont également appuyées par la lecture des indicateurs fournis en annexe.

D/ Impact du projet / résultats attendus

STRATEGIE

Le développement durable passe par l'accès du plus grand nombre aux services de base.

La couverture des besoins essentiels, l'accès de tous à l'éducation et à la santé, sont des éléments moteurs dans le développement économique et durable d'un pays.

OBJECTIFS GENERAUX

Le droit à la santé fait partie des droits de l'homme. Les droits de l'homme, indissociables de la santé, sont reconnus par les traités internationaux.

La pauvreté est en soi un facteur essentiel de l'accès aux soins et de la faim, avec les effets néfastes qui en découlent sur l'état de santé de la population qui en souffre. Ainsi, lutter contre la pauvreté, réduire les inégalités, promouvoir les valeurs de solidarité sont des actions essentielles pour améliorer l'état de santé des populations et favoriser le développement durable d'un pays.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

La volonté d'un fonctionnement pérenne et autonome des hôpitaux ne peut se fonder que sur un appui global au fonctionnement du système de santé.

Le partenariat entre collectivités locales comoriennes et françaises doit permettre d'insuffler un souffle de développement positif des collectivités locales aux Comores, dans une perspective de développement durable intégrant une réflexion sanitaire.

De plus, le développement de partenariats doit permettre de développer des « pôles de référence », tenant compte des objectifs en santé public définis au plan national et infra national.

E/ Précisions sur les territoires concernés

La France (Etat et services déconcentrés), ses collectivités locales (Régions, Départements, Communes ou groupements de communes) et ses établissements de santé (CHRU, CHR, CHD, CH, HL).

Les 3 îles autonomes de l'Union des Comores : Grande Comore, Anjouan, et Mohéli, sont concernées par ce dispositif, leurs établissements sanitaires (CHR, CSD et PS) ou leurs collectivités locales (Communes).

L'île de Mayotte est actuellement un territoire français, et ses établissements de santé ou ses collectivités locales peuvent ainsi être concernés par ce dispositif, mais au titre du droit français.

F/ Cadrage du type d'établissements sanitaires comoriens concernés

Les structures sanitaires privées de l'Union des Comores n'ont pas été considérées dans le dispositif de jumelage. Tout d'abord parce qu'elles ne sont pas aujourd'hui incluses dans la carte sanitaire existante. Egalement parce que l'initiative privée et son développement ne nous semblent pas prioritaires dans le cadre d'une efficience à court terme du système de santé des Comores. Nous décidons de nous concentrer sur la qualité des soins délivrés par les établissements de santé publics ou privés avec missions de service public.

II FORME DE LA COOPERATION ET JUMELAGE

A/ Précisions juridiques (coopération sanitaire / décentralisée)

La coopération sanitaire dans les textes du droit français :

La coopération sanitaire en France repose sur la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : « Article L.713-12 – Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public ou privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats inter-hospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique. » « Pour ces actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français ».

Ces éléments ont été conservés par les ordonnances d'avril 1996.

La coopération décentralisée dans les textes du droit français :

La coopération décentralisée en France repose sur la loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République.

Cette loi prévoit que « Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent conclure des conventions avec des collectivités territoriales étrangères et leurs groupements dans les limites de leurs compétences et dans le respect des engagements internationaux de la France ».

Une circulaire signée conjointement par le Ministère de l'Intérieur et le Ministère des Affaires étrangères en date du 10 mai 1994 précise les termes de la loi de 1992 : « Par convention il faut entendre tout contrat ou acte signé entre des collectivités territoriales, françaises et étrangères, comportant des déclarations, des intentions, des obligations ou des droits opposables à l'une ou l'autre partie. Sont visés par la loi aussi bien les conventions ayant un caractère déclaratif que celles pouvant avoir des conséquences matérielles, financières ou réglementaires pour ces collectivités. Que la collectivité territoriale soit engagée financièrement, matériellement ou non, la convention est la voie privilégiée de la coopération décentralisée pour tous les types d'intervention (...) » ; « La possibilité de passer des conventions est ouverte aux communes, aux départements, aux régions et à leurs groupements, qu'ils s'agissent des groupements intercommunaux, des ententes départementales ou régionales ou des syndicats mixtes. » ; « (...) en toutes circonstances c'est la collectivité territoriale qui assure la responsabilité de sa coopération décentralisée même si, pour mener à bien certaines actions, elle peut déléguer par convention sa maîtrise d'œuvre à un établissement public ou à une association privée. ».

Liens entre coopération sanitaire et coopération décentralisée :

Les dispositifs de coopération sanitaire et de coopération décentralisée reposent sur des bases juridiques différentes et mettent en œuvre des actions dans des domaines différents.

Cependant, les objectifs des deux formes de coopération sont fondés sur un dispositif d'échanges dans le cadre d'un processus de développement durable. De plus, les domaines de compétences et d'intervention ainsi que les possibilités de financement sont souvent très complémentaires.

Ainsi la coopération décentralisée se caractérise notamment par une mobilisation d'opérateurs variés, acteurs de la vie locales (universités, écoles de santé publique, chambres de commerce, services municipaux, services culturels, services d'assainissement, acteurs du secteur industriel et commercial ...) qui, bien implantés dans le tissu local, agissent sous l'égide de collectivités territoriales dans le cadre de partenariats. Leurs activités de coopération sont, la plupart du temps, auto financées et leurs prestations s'ajoutent alors aux montants financiers engagés par les collectivités territoriales.

Les actions de partenariat entre villes ou régions (jumelages) débouchent souvent sur des actions de coopération hospitalière (22%). En effet, l'hôpital trouve naturellement sa place dans une coopération décentralisée en partenariat avec les collectivités locales qui se positionnent réellement comme des interlocuteurs de premier ordre.

En partenariat avec une ville un département ou une région, l'hôpital peut bénéficier des cofinancements prévus pour la coopération décentralisée, et surtout intégrer les activités sanitaires et hospitalières dans une coopération plus vaste orientée sur une zone géographique pour une population donnée.

Intégré dans un dispositif de coopération plus large, l'hôpital peut par exemple bénéficier d'un soutien médiatique au cours de manifestations municipales, ou du concours d'autres secteurs municipaux pour la mise en œuvre de ses actions.

Enfin, la collaboration avec des ONG spécialisées permet à l'hôpital de s'associer avec des organismes experts dans l'aide au développement.

La coopération en général dans les textes du droit comorien :

Aux Comores, la coopération et ses principes repose pour l'instant sur les constitutions de l'Union des Comores (23 décembre 2001) et de chacune des îles.

L'article 18 de la constitution de l'Union stipule que « Le Président de l'union établit un rapport annuel sur l'état de l'union à l'intention de l'assemblée de l'union, de la cour constitutionnelle ainsi que des assemblées et des exécutifs des îles. ».

L'article 11 de la constitution d'Anjouan ou 21 de celle de la Grande Comore précisent que « pour accélérer le développement socio- économique par la coopération transversale » selon celle de la Grande Comore ou « dans le double respect des accords et traités internationaux » selon celle d'Anjouan, les îles peuvent « négocier et conduire des actions de coopération avec les Etats et les collectivités, dans le respect des traités internationaux conclu par l'Union des Comores ». De plus « les îles mettent tout en œuvre pour promouvoir la large autonomie reconnue par l'Union des Comores ».

Les constitutions des îles reconnaissent que « L'île autonome ... élabore son propre plan de développement socio- économique et en fixe les objectifs ... Elle prospecte les investisseurs extérieurs et les financements nécessaires à sa réalisation ».

Les répartitions des compétences entre le gouvernement de l'Union et ceux des îles autonomes sont encore aujourd'hui en cours de négociation.

B/ Principes généraux

Cette coopération s'inscrit dans une action de développement durable. Chaque convention de jumelage prévoit sa durée d'exécution et son éventuelle re conductibilité.

Il ne s'agit pas d'une action humanitaire d'urgence qui viendrait se substituer, faire à la place, comme en cas de catastrophe naturelle, de conflits ou de guerre, mais d'une action qui s'inscrit dans le temps, qui tend à améliorer la qualité des soins proposés par les différents services et les capacités d'organisation des structures de santé et les collectivités locales des Comores.

Le projet n'a pas vocation à financer d'importants projets d'infrastructures (construction de bâtiments, etc ...), mais à appuyer des programmes de réorganisation des services, des programmes de formation, en tenant compte de la réalité socio-économique du pays et de l'état des lieux de chaque établissement. Le transfert de matériel ou d'équipements, le dons de médicaments et les éventuels appuis financiers n'intervenant qu'en dernier lieu.

Durant toute la phase de conception et de mise en œuvre du projet, la responsabilité, le dialogue, l'esprit de négociation occuperont une place prépondérante.

Il s'agit de définir la participation financière, humaine de chacun et de s'assurer que l'engagement des hôpitaux français n'aboutisse au désengagement des hôpitaux des Comores ou au désengagement de l'Etat comorien.

Le cadre de cette coopération s'inscrira dans :

- le respect des **contraintes juridiques** des deux pays,
- **le nouveau système de santé** défini par le gouvernement de l'Union des Comores,
- le respect de la **politique nationale de développement sanitaire** des Comores,
- **l'action de coopération décentralisée des collectivités territoriales** et pourra participer à l'action plus globale engagée entre les villes,
- **la politique du gouvernement français** en matière de coopération internationale inter-hospitalière,
- la recherche tout autant de **l'innovation** que de la **pérennité** des résultats et un **désengagement** progressif de la partie française.

C/ De la réciprocité des échanges

Pour répondre à un impératif de justice et d'équité, la communauté internationale doit travailler à l'instauration d'un ordre mondial plus juste, plus équitable et plus humain. L'aide au développement exclut donc à priori, toute préoccupation de compensation ou de réciprocité.

Cependant, la coopération doit toujours impliquer les échanges, le partenariat, et la gestion conjointe des projets dans un esprit de réciprocité. C'est particulièrement le cas des opérations des actions de partenariat hospitalier et des jumelages.

Ainsi le principe de réciprocité sera tout de même à la base de cette opération même si l'échange n'est pas de même nature.

Les structures sanitaires des Comores constituent un lieu d'analyse stimulant pour les professionnels de la santé exerçant dans les hôpitaux français. Sur le plan médical, la coopération des médecins et des personnels paramédicaux avec un hôpital ne disposant pas de toute la technologie occidentale et confronté à des pathologies parfois très différentes ne peut être que bénéfique : cette coopération restaure la place et l'importance de la clinique dans l'exercice de la médecine et des soins infirmiers.

De plus, cette coopération peut permettre à l'hôpital français de s'ouvrir sur d'autres pratiques médicales, de relativiser l'importance de l'arsenal thérapeutique utilisé en France, de permettre une meilleure communication interne au sein de l'hôpital français.

Sur le plan de la gestion et du financement, cette coopération permet également de mettre en exergue les coûts très élevés de la médecine et des hôpitaux des pays dits développés, à l'heure des restrictions budgétaires et des politiques de restructuration hospitalière.

Par ailleurs, en participant au développement des institutions des pays du sud, les « écoles de médecine occidentale » et les professionnels hospitaliers des pays développés contribuent au développement d'une assise internationale dans le cadre de la mondialisation des échanges.

Enfin, les actions de coopération peuvent également servir de ciment entre les métiers de l'hôpital qui se retrouvent autour d'un objectif commun, éloigné des conflits qui peuvent les diviser dans leur exercice quotidien. Ainsi, un projet de coopération peut-il devenir partie intégrante d'un projet d'établissement, en mobilisant l'ensemble des professionnels au fur et à mesure des besoins exprimés par le partenaire du Sud.

D/ Conditionnalités d'exécution du projet

Aucune « aide liée », c'est à dire obligation d'acheter, en échange de l'aide apportée, des biens et services auprès des entreprises françaises, ne sera sollicitée. Par contre, considérant que la santé est une responsabilité du Gouvernement au plus haut niveau, des conditions de progrès dans le fonctionnement et la gouvernance de l'Union des Comores en matière de santé conditionnent l'exécution du présent projet. Ces conditions (extraites du PNDS 2002) sont les suivantes :

- Traduire les orientations politiques en mesures concrètes de résolution des problèmes de santé ;
- Combattre la pauvreté et en atténuer les conséquences sur la santé ;
- Assurer l'équité de l'accès et de l'utilisation des services de santé ;
- Donner à la santé sa juste place dans le processus de développement d'ensemble et garantir notamment aux systèmes de santé un financement adéquat, équitable et soutenu (tel que le déblocage des subventions annuelles de fonctionnement et d'investissement auprès des établissements de santé...) ;
- Mobiliser les différents acteurs de l'action internationale de santé, en fonction de leurs mandats et de leurs capacités, dans le cadre d'un plan coordonné.

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

Le Gouvernement de l'Union devra ainsi présenter chaque année aux responsables du présent projet un état d'avancement concernant les conditionnalités citées ci dessus.

Inversement, les responsables du présent projet seront tenus de fournir chaque année au Gouvernement de l'Union des Comores :

- un rapport de réalisation des travaux des jumelages,
- les comptes rendus d'activité du comité de coordination (CC).

E/ Les comités et les conventions de jumelage

Le comité de coordination (CC), est chargée d'élaborer un cahier des charges qui servira de cadre de référence à chaque comité et convention de jumelage. A charge des partenaires d'adapter ensuite leur dispositif de collaboration à l'intérieur de ce cadre, ou de le dépasser.

Le comité de coordination est également chargée d'organiser de manière transversale une coordination entre les différents dispositifs de jumelage. A cette fin, le comité de coordination aidera chaque association porteuse de projet à mettre en place un comité de jumelage dans chaque établissement ou collectivité concerné.

Les activités principales d'un comité de jumelage peuvent être les suivantes :

- Assurer la liaison avec le comité de coordination (CC) qui coordonne l'ensemble des dispositifs de jumelage à l'échelle de l'union des Comores
- Participer à la définition et à l'actualisation régulière des objectifs de la convention
- Veiller à la bonne application et au respect des termes de la convention (modalités d'accueil des stagiaires, identification des agents hospitaliers chargés de missions, suivi des opérations de don en matériels et / ou de fourniture de médicaments et consommables médico chirurgicaux, suivi des engagements financiers...)
- Impliquer et mobiliser la communauté hospitalière dans le projet de partenariat (bulletins périodiques sur l'état d'avancement des activités, réunions de coordination, débats, instances de dialogue, diffusion des rapports de mission...)
- Assurer la liaison avec d'autres partenaires extérieurs.

La convention de partenariat est un élément clé. Sur le plan juridique, la convention repose sur les droit des contrats. La convention de partenariat intégrera :

- L'identification des partenaires contractuels
- La définition précise des objectifs à réaliser
- L'inventaire des moyens à mettre en œuvre
- La définition des engagements de chaque partenaire
- Les modalités d'exécution et les relations avec les autres partenaires
- Le mode de coordination et d'animation de part et d'autre
- La durée des actions
- Le règlement des contentieux
- L'évaluation périodique

III MODES ET DOMAINES D'INTERVENTION

A/ Modes d'intervention

Les modes d'intervention peuvent être les suivants :

- Appui Conseil Expertise Audit
- Appui, encadrement technique
- Formation de personnels
- Recherches actions
- Echange de personnels
- Mise à disposition de personnels
- Dons de matériels
- Dons d'équipements
- Dons de consommables
- Soutien financier et recherche de financements

B/ Domaines d'intervention

EN MATIERE DE COOPERATION SANITAIRE

Les domaines d'intervention visés sont très variés et doivent concerner dans la mesure du possible, l'ensemble des domaines de compétence hospitalière, à savoir :

- Les soins,
- L'hygiène,
- L'organisation et la gestion,
- L'hôtellerie,
- Les infrastructures médicales,
- Les infrastructures non médicales,
- La logistique...

EN MATIERE DE COOPERATION DECENTRALISEE

Les domaines d'intervention sont à l'intersection des thèmes de santé publiques et des missions des collectivités locales :

- L'eau et l'assainissement,
- L'hygiène du milieu et la salubrité,
- L'information et l'éducation pour la santé...

EN MATIERE D'EXPERTISE AUPRES DES AUTORITES COMORIENNES

Le Comité de Coordination pourrait jouer un rôle d'expertise auprès des autorités comoriennes sur de nombreux sujets : (voir paragraphe IV- C/ sur le rôle du Comité de Coordination).

IV MISE EN ŒUVRE DU PROJET

A/ Méthodologie

Bien que le dispositif de jumelages soit généralisé à l'échelle du pays et porte tout autant sur la coopération sanitaire que sur la coopération décentralisée, il demeure que la préparation et la mise en oeuvre des jumelages se fera de manière progressive et coordonnée.

Nous souhaitons pour la mise en oeuvre confier un ou plusieurs jumelages à des associations de la diaspora comorienne en France. Pour réussir dans les faits, les jumelages doivent être des projets portés et pilotés par ces associations. Chaque association étant entièrement propriétaire et responsable de son projet, du début à la fin, et seule gestionnaire des fonds (et subventions le cas échéant) qui en découlent.

Les associations de la diaspora comorienne en France, porteuses de projet, devront faire en sorte que les candidats au jumelage s'impliquent concrètement dans la préparation et la mise en oeuvre de leur jumelage (en particulier dans la définition précise de leurs besoins, tant quantitatifs que qualitatifs).

Nous avons retenu l'approche suivante :

1. Elaboration d'un résumé synthétique du projet
2. Information des autorités comoriennes
3. Recherche d'hôpitaux et collectivités territoriales français candidats au jumelage
4. Recherche de partenaires et de bailleurs de fonds
5. Elaboration d'un questionnaire de caractérisation et d'identification des besoins
6. Remplissage des questionnaires par les ministères et les directeurs d'établissements
7. Saisie et analyse des données pour chaque établissement ou collectivité
8. Assistance à la rédaction des conventions de jumelage
9. Construction d'un cahier des charges pour les comités et les conventions de jumelage
10. Mise en place des comités de jumelage
11. Exécution, mise en oeuvre des jumelages
12. Evaluation et suivi des jumelages

B/ Les différents intervenants :

Les jumelages sont portés et pilotés par des associations de la diaspora comorienne en France, lesquelles sont reconnues aux Comores. Les associations suivantes se sont portées volontaires :

- La fédération des associations comoriennes (DIASCOM),
- L'association des mohéliens de France (AMF),
- L'association anjouanaise AGEN-ANJOUAN.

En appui à ces associations de la diaspora, les associations ASI et Mwezinet se proposent de soutenir l'ensemble de ce dispositif de jumelages multiples. (Voir plaquettes de présentation en annexe).

L'association Santé International (ASI) apportera assistance technique et conseil à l'ensemble du projet et pourrait assurer une forme de caution morale.

L'association Mwezinet assurera la communication et la promotion des actions, en France comme aux Comores, et communiquera en particulier vers des partenaires et bailleurs potentiels.

Une documentation de présentation des associations ASI et Mwezinet est fournie en annexe.

La Fédération Hospitalière de France (FHF) soutient le présent projet et fournira un encadrement technique du comité de coordination.

D'autres partenaires contactés semblent intéressés et prêts à nous rejoindre.

Des contacts sont encore à développer.

C/ Le comité de coordination

Le comité de coordination (CC) ne dispose pas de statut juridique spécifique.

Il sera composé de deux représentants des associations ASI et Mwezinet, et de deux représentants de chaque association de la diaspora (DIASCOM, AMF, AGEN-ANJOUAN...).

S'ils le souhaitent, les gouvernements des Comores (Union et Iles autonomes) peuvent y désigner chacun un représentant.

Ce comité a un rôle de conseil et ne peut émettre qu'un avis sur le fonctionnement et le financement de chaque jumelage (y compris concernant les éventuelles subventions que le comité de coordination aura pu contribuer à faire débloquent). Le comité ne peut pas interférer dans la gestion d'un jumelage dont chaque association est responsable, avec les institutions jumelées.

Ce comité de coordination assurera :

- L'initiation du ou des jumelages,
- La coordination d'ensemble des jumelages,
- La préparation et mise à disposition de fiches types et documents divers.

De plus, la coordination assurera, selon les besoins exprimés par chaque association porteuse d'un projet de jumelage et à titre d'avis consultatif ou de conseil :

- L'aide à la rédaction de chaque projet de jumelage,
- Des conseils méthodologiques de mise en œuvre des jumelages,
- L'aide à la définition des besoins à couvrir en matière de santé,
- L'aide à la recherche d'un établissement de santé français,
- L'aide à la recherche de financements,
- Le suivi dans la mise en œuvre des jumelages,
- L'aide à l'évaluation des dispositifs de jumelage.

Enfin, le Comité de Coordination pourrait jouer un rôle d'expertise auprès des autorités comoriennes sur de nombreux sujets : renforcement des capacités de gestion et de management de la tutelle, mise en place d'un mécanisme de coordination intra et inter sectorielle, mise en place d'un système d'information sanitaire (information, statistiques et surveillance), mise en place d'un centre national de production et de diffusion IEC Santé, spécialisation de certains établissements selon la politique nationale de développement sanitaire (aide médicale d'urgence, psychiatrie, rééducation et appareillage...), réflexion sur la prise en charge des indigents, réflexion sur les évacuations sanitaires, réflexion sur les problèmes de santé rencontrés en France par les populations originaires des Comores, réflexion sur la création de revenus et d'emploi...

D/ Planning d'exécution du projet

DATE	ACTION
Septembre 2003	Première réunion du Comité de Coordination (CC) avec l'ensemble des partenaires
Octobre 2003	Elaboration d'un résumé synthétique du projet
Novembre 2003	Information des autorités comoriennes
> Décembre 2003	Recherche d'hôpitaux et collectivités territoriales français candidats au jumelage
> Février 2004	Recherche de partenaires et de bailleurs de fonds
Mars 2004	Elaboration d'un questionnaire de caractérisation et d'identification des besoins
> Avril 2004	Remplissage des questionnaires par les ministères et les directeurs d'établissements
> Juin 2004	Saisie et analyse des données pour chaque établissement ou collectivité
> Juillet 2004	Assistance à la rédaction des conventions de jumelage
Juillet 2004	Construction d'un cahier des charges pour les comités et les conventions de jumelage
> Octobre 2004	Mise en place des comités de jumelage
> Novembre 2004	Exécution, mise en œuvre des jumelages
> Décembre 2005	Evaluation et suivi des jumelages

Ce planning est donné à titre indicatif, étant entendu que les jumelages, à terme généralisés à l'ensemble des structures de santé et des communes comoriennes, se mettront en œuvre progressivement, au rythme de chacun. De plus, rien n'empêche d'aller plus vite que les dates proposées ici, si les partenaires s'y retrouvent (à condition bien sûr de ne pas bâcler les étapes essentielles).

E/ Budget de fonctionnement du CC

Dans un premier temps, aucun budget spécifique n'est prévu pour le fonctionnement global de ce projet (fonctionnement du comité de coordination). Chaque association représentée au sein du comité de coordination prend en charge les frais qui en découlent.

Chaque projet de jumelage aura son budget propre bien identifié, porté par l'association de la diaspora comorienne qui en aura la responsabilité.

Dans un second temps, en fonction d'une part de la charge de travail assumée par les membres du comité de coordination et d'autre part de l'avancée et de la généralisation des jumelages, chaque association pourra prévoir sur son budget une forme de contribution aux travaux du comité de coordination.

La création d'emploi (de personnes d'origine comorienne) est envisagée et même très largement souhaitable. Elle sera possible, en fonction des ressources qui seront mobilisées. La création d'emploi permet la création de richesses et permet aussi à une personne d'acquérir des compétences utiles pour son pays.

Ainsi, un emploi pourrait servir au niveau du Comité de Coordination.

Egalement, il est envisageable d'avoir recours à la création d'un emploi salarié au niveau de chaque projet de jumelage (par le biais de chaque association porteuse de projet).

V ANNEXES

A/ INDICATEURS GENERAUX			
INDICATEUR	TYPE	COMORES	FRANC.E
Indice de Développement Humain (IDH)	général	0,51	0,935
Population estimée en 2003	démographie	638 608	61 387 038
Superficie en Km ²	démographie	2 171	543 904
Densité de la population (habitant au Km ²)	démographie	294	110
Espérance de vie à la naissance en années en 2000	démographie	59,9	79,2
Taux de mortalité infantile pour mille naissances vivantes en 2000	démographie	59	5
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	démographie	517	10,2
Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme) 1996	démographie	5,1	1,8
Produit National brut (PNB) par habitant en 1994 et en dollars int.	économie	458	24 031
Salaire mensuel minimum en euros	économie	46	1 160
Taux de natalité pour 1 000 en 1991	santé	46,6	12,6
Taux de morbidité global en 1991	santé	15,1	9,6
Nombre d'habitants par médecin	santé	10 500	368
Nombre d'habitants par infirmier	santé	5 478	180
Nombre d'habitants par gynécologue	santé	145 102	6 758
Nombre d'habitants par sage femme	santé	6 749	12 000
Nombre d'habitants par pharmacien	santé	52 765	55 000
Nombre d'habitants par lit d'hôpital	santé	400	103
Proportion de la population ayant accès aux soins en 1993	santé	82,4	100
Taux de fréquentation des formations sanitaires	santé	10,25	100
Pourcentage de femmes enceintes se présentant en 1ère CPN	santé	84	100
Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié	santé	43	100
Accessibilité aux médicaments en %	santé	94	100
Taux de couverture vaccinale VAR en %	santé	52,59	85 pour rougeole, rubéole, oreillons
Taux de couverture vaccinale BCG en %	santé	65,25	
Taux de couverture vaccinale DTC3 en %	santé	50,12	
Taux de couverture vaccinale POLIO 3 en %	santé	50,33	
Taux de malnutrition chronique	santé	25,4	< 8
Taux de prévalence des caries	santé	63	0,72
Proportion de la population consommant de l'eau potable en %	santé	12,8	100
Apport journalier en calories par habitant	santé	2 193	3 953
Proportion de formations sanitaires fournissant des données statistiques	santé	15	100
Dépenses de santé totales par habitant en dollars int.	dépenses de santé	35	2 335
Dépenses publiques et de santé par habitant en dollars int.	dépenses de santé	25	1 775
Aide au secteur de la santé en % des dépenses de santé totales	dépenses de santé	49,3	0
Principales pathologies	pathologies	Maladies infectieuses (Paludisme...), Maladies diarrhéiques, Parasitoses intestinales, Filariose lymphatique, Infections respiratoires aiguës, Tuberculose, Carences nutritionnelles	Maladies cardio vasculaires, Tumeurs, Maladies respiratoires

B/ Notes complémentaires

La République Fédérale Islamique des Comores fait partie des pays les plus pauvres du monde, avec un revenu réel par habitant d'environ 480 US\$ en 1994 et un indice de développement humain estimé à 0,51.

Le système de santé aux Comores est bâti sur le principe de l'initiative de Bamako, reprenant le principe d'une santé qui est en partie financée par la population elle-même et une autre partie financée par l'Etat. La population intervenant dans la gestion du système de santé par le biais des communautés locales. La santé gratuite pour la population est en effet une aberration économique reconnue.

Le système de santé en vigueur aujourd'hui dans les textes n'a jamais pu voir sa mise en œuvre aboutir au niveau pratique dans les établissements pour des raisons politiques, économiques et techniques. Ainsi, il ne s'agit pas de remettre en cause le nouveau système de santé des Comores, mais de réfléchir à améliorer sa mise en œuvre.

Le principe de travailler en étroite coordination avec les organisations internationales et nationales travaillant sur le thème de la santé aux Comores est considéré comme un gage de pérennité de ce projet.

L'approche qui sera utilisée tiendra compte de nombreux éléments dont les caractéristiques socio-économiques, culturelles et religieuses du pays, la capacité d'accueil des établissements sanitaires.

L'ambition n'est pas d'embrasser dans ce projet tout les éléments qui ne sont pas satisfaisants dans le domaine de la santé aux Comores, ni de faire ce qui est déjà pris en charge par d'autres. Mais l'idée est plutôt de choisir des thèmes spécifiques qui ne sont pas suffisamment pris en charge par d'autres organisations, ou pas du tout. Mais en étroite coordination avec les autres intervenants aux Comores dans le domaine de la santé.

Les thèmes repris dans le projet et dans les conventions de partenariat seront choisis à partir des documents synthétiques cités en bibliographie et faisant une analyse des fonctionnements, dysfonctionnements et manques en matière de santé aux Comores. Ensuite la sélection des thèmes sera réalisée à partir de deux critères :

- de faisabilité technique,
- de faisabilité financière.

C/ Bibliographie

- MSPASCF, Plan National de Développement des Ressources Humaines (2001-2010) (avril 2001).
- MSPASCF, Evaluation de la réforme du système de santé (octobre 2001).
- MSPCF, Document d'orientation stratégique des Etats Généraux de la santé (juillet 2001).
- MSPCF, Etats Généraux de la Santé; Rapport final (novembre 2001).
- Kassim A. Mondoha, Yasmina Dada et Mohamed Msaidié, Organisation de l'enquête sur l'accès aux soins de santé
- Projet Santé III, Projet de recherche qualitative sur l'impact de la gratuité des soins anténataux (mars 2002).
- MSPASCF, La santé des Comoriens (janvier 2002).
- MSPCF, Annuaire Statistique pour l'année 1999 (septembre 2001).
- Manuel d'exécution du Projet Santé III (mars 1998).

D/ Plaquette de présentation de l'Association Santé International

Voir page suivante

ASSOCIATION SANTE INTERNATIONALE « ASI »

Pour favoriser la santé et le développement, pour la promotion nationale et internationale des nouvelles conceptions et techniques en santé, l'association santé internationale met son savoir-faire en santé au service des communautés, des pays et des institutions a travers le monde depuis 1982.

Une action en faveur du développement sanitaire et social...

ASI développe en France et à travers le monde des conceptions et des techniques nouvelles en santé. Son action s'inscrit dans le cadre de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé qui a pour but «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible».

**POUR ASI, un objectif : « La Santé pour Tous
par la responsabilisation de tous les acteurs »**

Une approche originale et systémique de la santé...

ASI intervient en micro-économie au niveau des régions et collectivités locales pour aider à la réorganisation des systèmes sanitaires nationaux. En partant des collectivités locales, ASI préconise la mise en place de la responsabilisation civile par le biais de la cogestion. Le but est de faciliter une redistribution des responsabilités et des charges pour une prise de participation des collectivités et communautés locales.

Son action est diversifiée : définition et mise en place de systèmes complémentaires de financement **des soins, implantation** de structures hospitalières (avec personnel, équipement et logistique), création de centres de soins et d'approvisionnement en médicaments, recherche en épidémiologie et technologie médicale, formation soit par des filières et programmes établis, soit par des formateurs et séminaires ponctuels, information et prévention de la population...

**POUR ASI une stratégie : repenser l'organisation des systèmes
sanitaires nationaux en responsabilisant les acteurs locaux par la cogestion.**

Une méthodologie pour une action de terrain efficace...

ASI met à la disposition des pays et institutions des experts - consultants de haut niveau avec des expériences confirmées. Ces intervenants spécialistes d'un domaine effectuent des missions sur le terrain pour mener à bien les projets. ASI propose aussi une méthodologie d'analyse des situations qui se déroule en plusieurs étapes : formulation et études préliminaires, établissement d'un diagnostic, élaboration et mise en oeuvre de solutions, expertise et évaluation du projet.

**POUR ASI, une méthodologie : des analyses de situations
effectuées sur le terrain par des spécialistes qualifiés.**

Une équipe multidisciplinaire...

ASI travaille avec des experts spécialistes dans différents domaines : universitaires, médecins, soignants, professionnels de la gestion, spécialistes de la Santé Publique, de la gestion hospitalière, des équipements médicaux, pharmaciens, architectes, spécialistes de la communication et de l'éducation au développement (IEC).

POUR ASI , une richesse : l'intervention d'experts spécialisés dans des domaines de compétences diversifiés.

Un travail en collaboration avec de nombreux partenaires...

ASI travaille au sein d'un réseau de compétences composé :

- * des partenaires institutionnels internationaux comme l'OMS, la Banque Mondiale, le PNUD, le FENU...
- * des partenaires publics nationaux volontaristes (gouvernements des pays d'intervention)...
- * des partenaires de terrain motivés (professionnels de la santé, personnes soignées)...

POUR ASI une nécessité : la collaboration de tous les acteurs internationaux comme nationaux autour d'une volonté commune.

Un nouveau regard sur l'organisation des systèmes de santé dans le monde :

- La réorganisation structurelle des systèmes sanitaires de la base au sommet
- La responsabilisation communautaire par la mise en place de la cogestion
- La formation de professionnels qualifiés, la diffusion de savoirs validés
- La conception et l'étude des structures sanitaires et sociales
- La mise à disposition d'équipements médicaux fiables et fonctionnels
- Une information complète diffusée auprès de la population locale par des moyens de communication nouveaux et adaptés

Une expérience entérinée ...

ASI, des études, des conseils et des réalisations sur le terrain...

- * En **Arabie Saoudite** programmation, conception et mise au point d'un projet d'hôpital de 500 lits à Saihat (1982-84).
- * Au **Burundi**: évaluation et développement des capacités de gestion et de fonctionnement du centre de Gilioli (1987).
- * À **Djibouti** : renforcement des services de santé maternelle et infantile (1987).
- * Au **Tchad** : étude de la réhabilitation de l'hôpital central de N'Djamena (1988).
- * Au **Rwanda** : modalités pratiques d'enregistrement des médicaments (1989).
- * Au **Rwanda** : Programme National de lutte contre le Sida (1991).
- * Au **Burkina Faso** : amélioration des infrastructures sanitaires du Centre Nord (1989-90).
- * Au **Mali** : projet d'amélioration des services de santé de base dans la région de Mopti (1990).
- * Au **Népal** : étude sur la mise en place d'une fondation de médecines traditionnelles (1994).
- * Aux **Comores** : mise en place d'un centre de santé à Mitsoudjé avec participation communautaire (1986-93).
- * Aux **Comores** : étude du système de santé comorien et formulation d'un projet de réorganisation de système de Santé associant autonomie des établissements, participation communautaire et recouvrement des coûts (1993-94).
- * Aux **Comores** : programme spécial d'évaluation et sélection du personnel du secteur santé (1994).
- * En **Centrafrique** : appui aux actions d'amélioration de la santé des populations de Dekoa, réhabilitation de centres de soins primaires, participation communautaire à la gestion et au financement des soins de Santé de base et au recouvrement des coûts (1988-94).
- * En **France** : rénovation de centres de Santé.

Le bureau ASI :

PIERRE CORNILLOT, Médecin, Professeur d'Université, Directeur de l'IUP Ville et Santé de Bobigny, ancien doyen de la Faculté de médecine de Bobigny. (Président ASI)

BRUNO GALLAND, Médecin, spécialisé en micro-économie de la santé. Responsable du Secteur Social et Santé au Département Etude et Recherche du CIDR. (Secrétaire Général ASI)

JEAN- LUC CARROIS, Pharmacien consultant. (Trésorier ASI)

Autres membres ASI :

Nicolas BEROFF, Économiste.

Michel CUPA, Professeur d'anesthésiologie, Doyen de l'UFR Santé Médecine de Bobigny.

Stéphanie DILLIERE, Chargée de mission, spécialisée en Information- Éducation- Communication (IEC)

Patrick FAURE, Économiste de la Santé.

Christian SCHOENAUER, Fiscaliste, enseignant IUP Ville et Santé.

Jean- Loup THERY, Médecin Coordonnateur des Centres de Santé de la Mairie de Saint Denis.

Claude TREYER, Spécialiste en gestion, professeur IUP Ville et Santé.

Gérard VIENS, Spécialiste en gestion. Responsable de l'ESSEC- Santé.

Pierre VIGNAL, Architecte.

Guy ZIMMERMANN, Médecin, spécialiste en Santé publique.

Nos coordonnées :

ASSOCIATION SANTE INTERNATIONALE « ASI » Association loi 1901, à but non lucratif

Siège Social : 74, rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny Cedex

Tél : 01 43 11 27 14

E/ Plaquette de présentation de l'association Mwezinet

Voir page suivante



La passion des Comores

Document de présentation
de l'association
et de ses partenaires

PRESENTATION DE L'ASSOCIATION MweziNet

MweziNet

(prononcer *mwézinette*) nom formé de *Mwezi*, la lune en Comorien, et *Net* pour Internet, est une association dont le but a été originellement la gestion et l'alimentation d'un site web coopératif et d'un webzine mensuel sur les îles Comores. Ces 4 îles méconnues constituent dans l'Océan Indien un archipel, dont la Grande Comore, Mohéli, et Anjouan qui forment l'Union des Comores, et Mayotte, Collectivité Départementale Française. Ces îles étaient autrefois appelées îles de la Lune, d'où le nom de l'association.

L'historique

Initiative lancée en 1998, le site Internet de départ était issu de la mise en commun de sites personnels de trois individus passionnés des îles Comores, pour y avoir travaillé ou pour les avoir visitées et aimées, et qui, par la persuasion d'un ami comorien commun, M Mbaé Toimimou, haut fonctionnaire de l'éducation nationale et qui fut aussi ministre de l'économie, décidèrent de travailler en commun à l'élaboration d'un projet qui unirait leurs énergies.

Eric LAIGRE, premier président lors de la constitution de l'association, personnalité la plus active et la plus reconnue au sein de la diaspora Comorienne, qui administrait www.chez.com/rita ;

Renaud DEFLESSELLE, en poste à Mayotte, webmaster de www.rendezvouscomores.com qui se voulait un lien entre Mayotte, les Comores et la France ;

Eric MILAN, qui mît sur perso.wanadoo.fr/eric.milan toutes ses photos et sa passion pour faire découvrir cette civilisation méconnue et faire sortir de l'ombre ce joyau de l'Océan Indien.

Ils furent rapidement rejoints par Olivier BERGOSSI, qui ne disposait pas de site Internet mais qui fit profiter le groupe de sa grande connaissance de la philatélie et la cartophilie comorienne, ainsi que de son expérience de l'île d'Anjouan.

Le site connût une expansion continue depuis sa création en 1998, et fût longtemps alimenté mensuellement sous forme de webzine d'actualités, traitant aussi de sujets de fond par des personnes de référence de la diaspora comorienne, des linguistes, des historiens, des politologues, des sociologues, à telle enseigne que jusqu'à ce jour il est le seul à constituer une base aussi importante et diversifiée d'informations sur les îles Comores.

C'est grâce aux apports de ces nombreux intervenants et contributeurs venant de tous horizons, sans discrimination et sans parti pris, que la puissance de l'outil Internet est apparue aux yeux des Comoriens, et que ce succès a ensuite essaimé en inspirant la création par certains collaborateurs de sites spécialisés dans les domaines qui les concernaient (Culture, littérature, Art, etc...).

Dans la grande période de l'explosion de la Web économie, Mwezinet a tenté une implantation locale aux Comores par l'ouverture d'une agence à Moroni baptisée Mwezi-Services, et qui devait valoriser l'outil Internet pour en faire profiter le plus grand nombre, mais il était encore trop tôt car l'opinion n'était pas encore prête à saisir les enjeux de ce nouveau moyen de communication, qui à l'époque venait juste d'être mis en service (la toute première liaison fut en effet établie le 10 juillet 1998).

Une seconde initiative fut lancée par l'ouverture d'une agence de presse à Moroni, puisque toutes les analyses avaient montré que le principal besoin de nos lecteurs d'origine comorienne était la diffusion de l'information. Cette agence était tenue par un journaliste expérimenté (correspondant officiel de la PANA) et une secrétaire, mais très vite l'absence de contrôle direct des activités sur place nous a conduit à rebrousser chemin, et confier dès lors la partie informations à des spécialistes : les membres de l'association COMORES-INFOS.

L'activité de MweziNet depuis l'origine se caractérise par la phrase fétiche d'Eric LAIGRE : « Tout sur les Comores, mais l'essentiel avant tout » et nous bénéficions d'une sympathie consensuelle de la communauté comorienne en France, et des français ou visiteurs du monde entier qui aiment ou qui découvrent les Comores à travers notre site.

En l'an 2000, MWEZINET a participé à l'ouverture d'une salle informatique dédiée à la formation bureautique à N'tsoudjini, ville moyenne de la Grande Comore, et est intervenue lors une conférence publique sur l'Internet. Dans ce même cadre des formations de formateurs ont été données afin de lancer l'activité de la salle en question.

MweziNet Aujourd'hui

C'est une association sans but lucratif dont l'activité la plus visible réside dans la publication d'un portail et d'un site web généraliste et qui se veut la vitrine des Comores sur Internet, www.comores-online.com .

www.comores-online.com

Ce portail géré intégralement par l'association est à 100 % dédié à l'Archipel des Comores, et fédère en son sein de nombreux sites hébergés, ayant tous pour vocation de faire connaître cet archipel perdu dans l'Océan Indien. L'ensemble du portail et des sites gérés par Mwezinet, reçoit chaque mois plus de 60 000 visiteurs. Les activités du portail s'articulent sur deux axes principaux : COMORES INFOS (ou le portail de la presse comorienne), et MWEZINET, la base de connaissances sur l'archipel dans tous les domaines.

Notre objectif n'est pas d'être une association humanitaire, ni une association communautaire, mais plutôt un regroupement de passionnés qui cherchent à diffuser leur passion, et qui est ouvert à tout les domaines. Nous ne représentons pas « les Comoriens », qui ne constituent d'ailleurs pas la majorité de nos membres, mais au fil du temps nous pouvons prétendre présenter ou représenter « les Comores », étant devenu le point central de la diffusion d'informations et de ressources sur ce pays. Nous comblons là d'ailleurs une lacune grave pour ce pays, car il n'existe à l'heure actuelle aucun site officiel.

Depuis ses origines, Mwezinet s'autofinance, ce qui est un gage d'indépendance, et compte tenu de nos activités et de notre fonctionnement autour d'Internet qui n'ont pas d'attache géographique locale, nous ne bénéficions actuellement d'aucune aide de quelque nature que ce soit.

L'année 2002 a été l'année de l'ouverture et de la diversification ; c'est la première année de gestion sans Eric LAIGRE qui nous a quittés brutalement en septembre 2001. L'association s'est étoffée puisque une douzaine de nouveaux membres ont été accueillis. Pour entériner la nouvelle structure de l'association, et les événements géopolitiques de l'archipel tout en respectant les sensibilités de chacun, nous avons décidé d'établir un partenariat avec le webmaster de www.mayotte-online.com, et d'ouvrir trois nouveaux noms de domaines, dont un en cours de rachat : www.comoros-online.com, pour la version anglaise de notre site ;

www.moheli-online.com pour un site qui sera spécifiquement dédié à Mohéli et www.anjouan-online.com (en cours de rachat) pour notre site futur dédié spécifiquement à Anjouan.

ACTIVITES DE MWEZINET et de ses partenaires

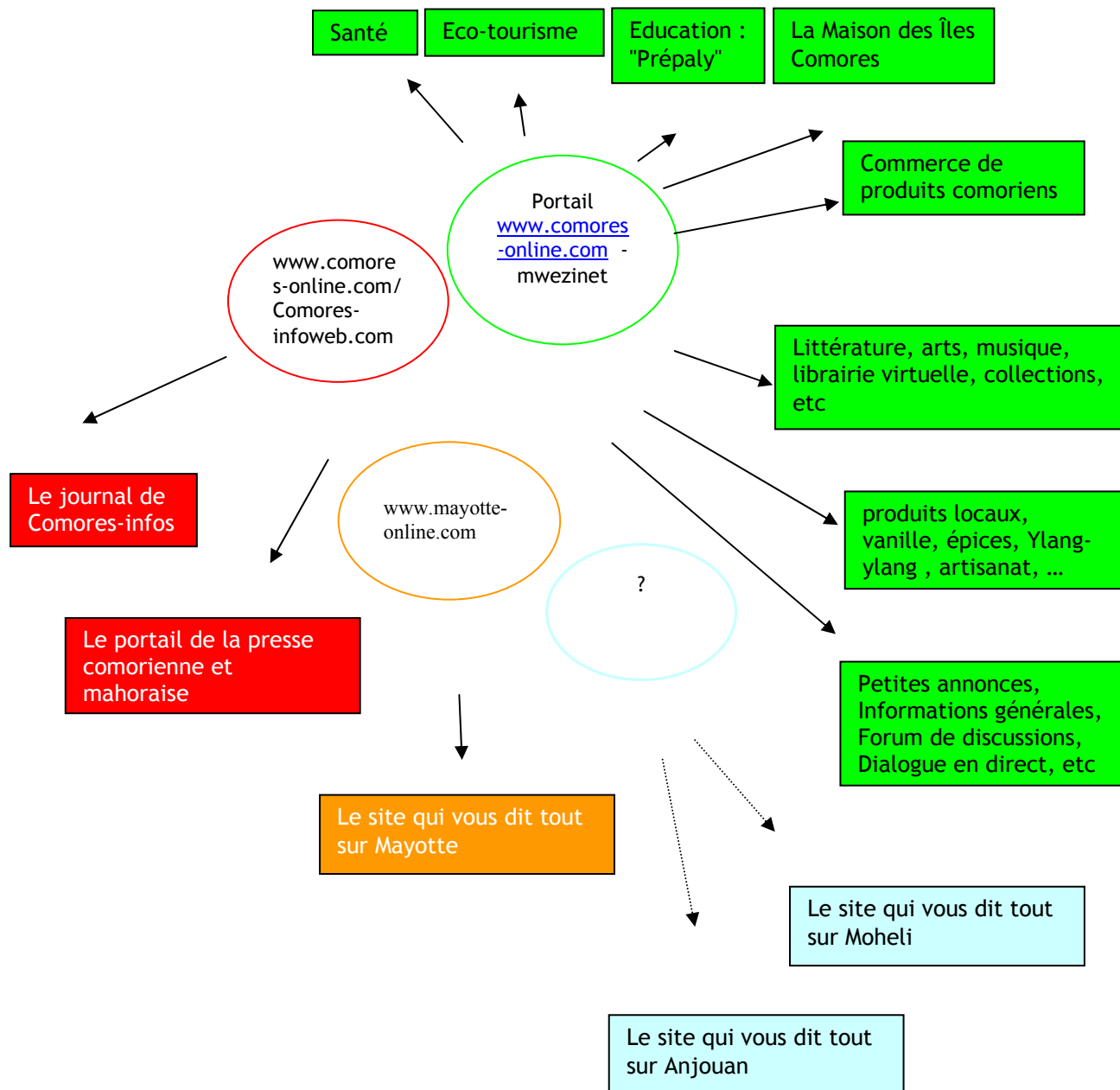


Figure 1 : architecture du portail www.comores-online.com en vert, les rubriques prises en charge par l'association MweziNet en rouge, celles prises en charge par l'association Comores-Infos en orange le site partenaire www.mayotte-online.com, en bleu les activités non encore prises en charge.

Informations légales

MweziNet est une Association tout d'abord de fait (conformément à la loi) puis une association déclarée.

Déclaration Initiale le 23 mars 2000 à la Préfecture de Corbeil Essonne (France) sous le n° 0912011543, dernière modification en novembre 2001 : déclaration à la Préfecture de Bobigny sous le n° 2001-00805.

SIRET 432 445 286 00045

Code APE : 913E

Déclarée à la CNIL sous le numéro : 856553.

Représentant légal : Eric Milan.

4, quai de la marine

93450 L'île Saint-Denis – France

Fax : 01 48 09 10 72

E-mail : mwezinet@comores-online.com

Banque: 30041 Guichet 00001 Cpte 2797232A020 Clé : 91 - LA POSTE CRSF - 75900 PARIS CHEQUES

Pour plus d'informations, la rubrique : <http://www.comores-online.com/mwezinet/quisommes.htm> donne de façon actualisée toutes les informations sur la composition de l'association.



L'objet

de l'association MWEZINET (extrait des statuts) est de favoriser, développer et promouvoir les Iles de l'archipel des Comores : (Grande Comore, Mohéli, Anjouan, Mayotte), et soutenir la population des îles et la diaspora. Par la diffusion des connaissances sur l'Histoire, la Culture, l'Art et l'Artisanat, les Belles Lettres, la Philatélie, Les objets de Collection, la Gastronomie, etc... La publication de données dans les domaines de l'Economie, la Démographie, la Santé, l'Energie, L'Environnement, etc... La diffusion de la Presse, et des Actualités, et tout autre thème de nature à développer la connaissance du pays. L'Association fait la promotion du Tourisme, de l'Ecotourisme, conçoit des circuits, et organise des voyages. Elle agit dans les domaines de l'Appui au Développement, L'Education, la Formation Professionnelle, L'assistance scolaire, L'informatisation et le développement d'Internet, L'étude la conception et la réalisation de projets. En particulier ceux qui ont pour objet de promouvoir le Développement Durable et ceux qui contribuent à la création locale de richesses et à la mise en place de filières de Commerce Equitable.

Activités et projets en cours ou à l'étude

Notre portail www.comores-online.com est reconnu comme étant le premier site spécialisé sur l'Archipel des Comores, à la fois historiquement et en termes de notoriété (en particulier dans la diaspora comorienne), d'audience, et de référencement dans les moteurs de recherches comme Google, Altavista ou Yahoo, offrant la gamme la plus large de prestations à ses visiteurs.

Voici quelques chiffres présentant un bilan de nos activités au **28 mars 2003** :

- plus de **160.000 visites** par mois, provenant de plus de 20.000 serveurs différents
- classé parmi les 2000 premiers sites francophones (1880^{ème} position au 28/3/03) en termes d'audience, sur plus de 120.000 sites répertoriés sur www.hit-parade.com, et bien sûr classé **n°1** sur les **Comores** et sur **Mayotte** dans ce même classement
- plus de **3.000 pages**, les thèmes abordés étant :
 - une librairie et médiathèque virtuelle (disques, CD et plus de 120 ouvrages traitant des Comores),
 - informations économiques, historiques, sur la société et sur les traditions comoriennes,
 - promotion du tourisme et des produits locaux, découverte de la faune, de la flore, gastronomie comorienne,

- la poésie, le théâtre aux Comores,
- le coin du collectionneur : philatélie, cartes postales anciennes, numismatique, en partenariat avec la SNPT qui, par notre entremise, reprend via Internet une activité philatélique qui participera au rayonnement des Comores.
- le planning des futures manifestations culturelles de la diaspora,
- un service gratuit de petites annonces,
- un forum de discussion très animé (en moyenne 30 messages/jour en 2002, soit en tout 27.000 messages depuis l'origine en juin 1998, et nous comptons environ 500 fidèles abonnés, principalement de la diaspora comorienne - chiffres tirés du site: <http://fr.groups.yahoo.com/group/habari>), où des sujets d'actualité politique ou de société sont débattus, et où les informations sur les événements de la vie quotidienne dans les îles sont apportées à la connaissance de nos abonnés,
- un moteur de recherches,
- la possibilité de dialogues en direct ("chat").

A ce jour l'association compte 18 membres actifs et de nombreux sympathisants et contributeurs qui apportent leurs compétences pour le contenu rédactionnel, régulièrement ou occasionnellement. Les membres sont issus de ce que l'on pourrait appeler la « société civile » car aucun d'entre nous n'est impliqué politiquement ou économiquement aux Comores, ce qui nous permet une neutralité et une impartialité complète, et nous permet de nous développer dans tous les domaines imaginables sans restriction. Les membres de Mwezinet sont très différents mais partagent tous la même passion, celle de cet archipel de l'océan indien dans lequel nous avons tous des attaches sentimentales à divers degrés, car il y a parmi nous des anciens coopérants ou VSN (Volontaires du Service National), des anciens intervenants associatifs, des époux ou épouses de comoriens, et des comoriens et comoriennes de la diaspora, ainsi que des touristes séduits par le pays.

Nos actions actuelles et nos objectifs à court et moyen terme

- **Santé**, incluant des opérations de développement sanitaire sur le terrain aux Comores et des jumelages entre collectivités territoriales sous l'angle du développement durable, ainsi que le jumelage de structures hospitalières (Responsable : Jacques Leroy, e-mail : jacques-leroy@comores-online.com)
- **Education**. Réalisation d'une rubrique offrant en particulier aux jeunes comoriens des informations pertinentes et actualisées sur les études supérieures à l'étranger (il n'existe aucun établissement d'enseignement supérieur aux Comores), ainsi que des cours d'informatique et de soutien dans diverses matières scientifiques, ceci en association avec l'Université de technologie de Troyes (contact : Dr. Olivier Bergossi, UTT, 12 rue Marie Curie, BP 2060, 10010 Troyes Cedex, tél. : 03 25 71 56 63, e-mail : olivier.bergossi@utt.fr). MweziNet fait déjà partie du programme "Prépaly", soutenu par l'Agence Intergouvernementale de la Francophonie, qui le finance à hauteur de 100.000 euro, dont 15.000 euro pour les Comores.
- **Enseignement**. Projet en phase de lancement pour donner des cours de langue comorienne (dialectes shingazidja parlé en Grande Comore, Shindzuani à Anjouan et Shimaore à Mayotte),
- **Environnement**. Promotion sur Internet d'opérations de sauvegarde de l'environnement de l'archipel (plages, forêts, faune et flore en danger : cœlacanthe, tortues marines, chauve-souris Livingstone, récifs coralliens, etc), promotion de sites touristiques en devenir (parc marin des îlots de Mohéli par exemple),
- **Mise en place d'un circuit éco-touristique** et valorisation du patrimoine naturel des îles (stage de conception de circuit éco-touristique aux Comores réalisé par Elodie Schaeffer, à l'Université de technologie de Troyes du 1^{er} janvier au 28 février 2003) : contact elotourisme@hotmail.com . A L'heure actuelle, nous cherchons à obtenir les moyens de passer du simple rôle de concepteur ou de conseil/consultant (comme par exemple dans l'écotourisme) à un vrai rôle d'opérateur, que nous pourrions remplir une fois que nous répondrons aux obligations légales,

- **Commerce équitable.** Le montage d'un circuit de distribution de produits comoriens, via Internet, dans tous les domaines et tous les secteurs d'activités (cela va de la philatélie en passant par les livres et disques, et les produits agricoles). Nous cherchons à moyen terme pour ce qui est de l'alimentaire, une structure relais déjà implantée dans le secteur du commerce équitable et du commerce Bio,
- **Création de la Maison des îles Comores.** Une grande première : la première maison de représentation des Comores en France Métropolitaine. Ce projet sera aussi un moyen de développement physique pour toutes nos activités.

Informations légales :

Comores-Infos

Association créée le : 24 décembre 1999

N°ISSN : 1600-7289

Siret : 429 887 326 00016

Code APE : 924Z

N° de commission paritaire en cours.

Directeur de la publication : AHMED Mohamed

BP 83

97432 Ravine des Cabris (Ile de la Réunion)

Tél. : 02 62 57 92 04 Fax: 02-62-57-92-03

Administrateur Web : Comores-Infos@Wanadoo.fr

BFCOI - Agence de St-Pierre au compte N°18719-00081-00816857800-01



Nous sommes les premiers, et les seuls à l'heure actuelle, à proposer un journal complet par voie électronique, particulièrement bien adapté à la diaspora comorienne très nombreuse et éclatée à travers le monde.

Comores-Infos est un journal bi-mensuel indépendant de tout parti, syndicat, groupe ou association. Depuis sa création, Comores-Infos veille scrupuleusement au maintien de l'indépendance du journal en restant à l'écart de tout prosélytisme politique, idéologique ou autre. Nous préservons et développons le choix de l'information la plus complète, sa liberté de ton et d'analyse. Il est fait par une équipe unie, jeune, passionnée et soudée.

Comores-Infos est un journal moderne (le premier journal Comorien sur le net, incluant ses archives) qui ménage à la personnalité de chacun de ses membres un espace de liberté de conscience, de jugement et d'expression dans le souci de mettre en valeur sa spécificité, ses goûts et ses aptitudes.

Pour Comores-Infos" la qualité de l'information conjuguée à la persévérance est la seule explication du succès de son journal".

Comores-Infos a choisi sa voie. Et il l'assume.

Nombre d'abonnés : après 4 ans d'existence, Comores-Infos dispose de 250 abonnés (170 sur Internet et 80 qui reçoivent le journal en support papier), pour un tarif d'abonnement de 23 euro par e-mail et 40 euro par courrier. En outre, notre lettre d'informations quotidienne - distribuée gratuitement - reçoit un grand succès : 650 abonnés en 23 mois.

A ce jour, plusieurs conventions de partenariat lient Comores-Infos et MweziNet à différents journaux comoriens et africains pour la mise sur Internet d'articles de presse, notamment :

- le journal gouvernemental : Al-Watwan,
- la Gazette des Comores (un journal indépendant diffusé dans l'ensemble des 4 îles),
- Mayotte Hebdo
- Le Matin des Comores
- Afrik.com (portail de la presse africaine) pour l'échange d'articles entre le site Comores-Infos et le portail afrik.com).

Les associations Comores-infos et MweziNet ont créé et gèrent à titre gracieux les pages de ces différents journaux dans une version basique du Portail de la presse comorienne. Les journaux édités aux Comores transmettent par messagerie électronique les articles à mettre en ligne. L'équipe de MweziNet/Comores-infos met à jour régulièrement les sites. A ce jour, 3.100 pages sont indexées et peuvent être consultées par nos visiteurs (cliquer sur <http://www.comores-online.com/Comores-infosweb/index.htm>).

Comores-infos se définit comme une association d'information régionale.

Nos projets à moyen terme

- **Le portail Internet de la presse comorienne**, incluant une base de données à destination des chercheurs, journalistes et étudiants,
- **Création d'une agence de presse** aux Comores, avec un correspondant dans chacune des îles de l'archipel.

Nos axes de travail

- Construire un média associatif et participatif à travers le média, privilégier les solidarités de proximité pour redonner confiance et promouvoir le dialogue entre les différentes populations des îles de l'océan indien.
- Favoriser la création des clubs internet à travers les divers pays de l'océan indien afin de créer des espaces d'expression tenant compte de potentialités déjà existantes ou à susciter.
- Promouvoir un climat de paix et de stabilité dans les pays de l'océan indien.
- Défendre à travers le journal Comores-infos le respect des libertés fondamentales dans les pays de la région de l'océan indien et plus particulièrement au sein de l'archipel des Comores. Ce journal se veut d'être un espace de libre expression, d'ouverture et d'information sur l'évolution des pays de la zone dans tous les secteurs d'activités.
- Favoriser par des actions multiples l'intégration de l'archipel des Comores dans la région de l'océan indien en utilisant les moyens de communication moderne.
- Renforcer le rapprochement des hommes et des femmes de la région océan Indien à travers le développement de la coopération régionale dans le domaine de l'information et de la communication.
- Participer au développement du secteur associatif de l'île de la Réunion et favoriser les liens de coopération avec des associations comoriennes.

MweziNet présent dans la Presse

Le Monde Informatique, n° 860, 30 juin 2000, "COMORES - L'informatique éclôt mal sous les tropiques", p 81, par Jean-Luc Clouard.

SHABABI (le Journal des jeunes Comoriens, publié à Mohéli, association Dia), n° 2, juillet 2000, "MweziNet, un site Internet dédié aux Comores", p 4, interview d'Eric Laigre par Fatma Cosadia".

Océan Indien Magazine, n° 1, sept. / déc. 2000, "Les îles sur le web, p 22 : www.comores-online.com = un des rares sites comoriens à fournir des informations touristiques structurées".

Timbres Magazine, n° 10, février 2001, "La RFI des Comores surcharge à tout va !", p 105-106, par Eric Bélivier.

Mach Magazine (Le magazine du Club Concorde), n° 13, mai 2001, "Philatélie Concorde : découverte !!!", p 13-14, par Jean-Claude Chobert.

Océan Indien Magazine, n° 11, mars / juin 2003, p 62, rubrique : "Les Comores sur Internet".

F/ Document de présentation des Comores et du secteur santé

Voir page suivante

UNION DES COMORES : PRESENTATION GENERALE ET PRESENTATION DU SECTEUR SANTE

SOMMAIRE

I - CONTEXTE GENERAL

A. Caractéristiques physiques	p. 36
B. Profil démographique	p. 36
C. Contexte politique et administratif	p. 37
D. Situation économique	p. 38
E. Données socioculturelles	p. 39
F. Cadre de vie	p. 40

II- LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE

A. Organisation du système de santé	p. 42
B. Politique et plan sanitaire	p. 42
C. Programmes prioritaires, cibles et stratégies	p. 43
D. Le poids prépondérant de l'aide extérieure	p. 44
E. Diversification des modes de financement de la santé	p. 44

III- DONNEES ET OBJECTIFS DE SANTE (extraits du PNDS 2002)

A. Introduction et indicateurs de base	p. 45
B. Le profil épidémiologique	p. 46
C. La couverture vaccinale	p. 48
D. La couverture géographique	p. 49
E. Les objectifs de santé	p. 49
F. Les programmes de santé	p. 50
G. Les axes stratégiques	p. 50
H. Les indicateurs et critères d'évaluation	p. 51

I - CONTEXTE GENERAL

A. Caractéristiques physiques

L'Union des Comores, située à l'entrée Nord du canal de Mozambique entre l'Afrique orientale et Madagascar, couvre une superficie de 2 236 km². Elle est composée des trois îles autonomes de Mwali (Mohéli), Ndzouani (Anjouan), Ngazidja (Grande Comore) dont les superficies sont respectivement de 290, 424 et 1.148 km². La quatrième île de l'archipel, Mayotte, est actuellement sous administration française.

Chaque île a ses spécificités physiques propres :

- Anjouan présente un relief accidenté, traversé par des réseaux hydrographiques assez denses, qui se raréfient progressivement à cause du déboisement intense de la forêt.
- Mohéli présente un relief peu accidenté, pourvu de larges vallées fertiles.
- La Grande Comore, la plus étendue, reste sous l'emprise d'un volcan très actif, le Kartala. Sa dernière éruption a eu lieu en 1977. L'île est dépourvue de cours d'eau en raison de la porosité de son sol.

Le climat est de type tropical avec une saison chaude et humide ou été austral, de novembre à avril. Elle est marquée par la mousson du Nord-Ouest qui, soufflant à travers l'Océan indien, apporte de fortes précipitations avec parfois de violents cyclones. La saison sèche et fraîche dure de mai à octobre.

La pluviométrie est importante (plus de deux mètres par an). La richesse du sol, d'origine volcanique, conjuguée aux fortes précipitations et aux différences de climat (tropical sur les côtes et tempéré en altitude), permettent la culture d'une grande variété de produits : fruits tropicaux, épices, plantes à parfum, cultures maraîchères et céréales.

B. Profil démographique

En 2001, la population de l'Union des Comores est estimée à 560.427 habitants¹ pour les trois îles indépendantes. La densité moyenne de la population est de 269 hab/km², répartie comme suit :

- Anjouan : 446 hab/km²
- Mohéli : 115 hab/km²
- Grande Comore : 228 hab/km²

Elle connaît une évolution rapide. Avec un taux de croissance annuelle d'environ 2,7 %, elle passera à 854 212 en 2021. La structure de la population est encore caractéristique d'une population très jeune : les moins de 15 ans représentent 45,6 %; le groupe de 15 à 65 ans représente plus de 50 % tandis que les plus de 65 ans et plus ne constituent que 4,2 % des effectifs (Tableau 1 ci-après).

¹ Situation et tendances démographiques de la République Fédérale Islamique des Comores novembre 1997

Tableau 1 : Répartition de la population par grands groupes d'âge

Groupe d'âge	Sexe masculin		Sexe féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-14 ans	105 482	47	101 089	44,2	206 571	45,6
15-64 ans	109 904	49	117 817	51,5	227 721	50,2
65 ans et +	8 945	4	9 947	4,3	18 892	4,2
Total	224 331	100	228 853	100	453 184	100

Source : Recensement général de la population et de l'Habitat (RGPH), 1991

L'Union des Comores se situe dans une zone de fécondité élevée de l'Afrique subsaharienne. Comme le montre le tableau 2 qui suit, son taux de natalité est estimé à 46,6 pour mille, tandis que l'indice synthétique de fécondité des femmes est estimé à 5,1 enfants. Le taux brut de mortalité à 15,1 pour mille. L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans chez les hommes et de 55 chez les femmes.

Tableau 2 : Indicateurs de niveau de fécondité selon l'île

Source	INDICATEURS	Pays	Mwali	Ndzouani	Ngazidja
RGPH de 91	Taux brut de natalité	46,6	47,2	54,4	41,8
RGPH de 91	Indice synthétique de fécondité	6,8	7,1	8,3	5,9
RGPH de 91	% des femmes infécondes à 45 à 49 ans	10,2	7,7	7,1	12,4
EDSC 1996	Indice synthétique de fécondité	5,1	-	6,4	4,0

C. Contexte politique et administratif

Indépendante depuis juillet 1975, la République des Comores, englobe les quatre îles de Mohéli, Anjouan, Mayotte et Grande Comore. Elle est admise comme telle au sein de la Communauté Internationale, mais n'exerce sa souveraineté que sur trois des quatre îles, l'île de Mayotte restant encore sous administration française.

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

Cependant, depuis son accession à l'indépendance en 1975, le pays a connu de l'instabilité politique due à des multiples coups d'état et, récemment, en 1997 à la crise séparatiste de l'île d'Anjouan. La signature de l'accord cadre de Fomboni a mis fin à la crise séparatiste et a créé un nouvel ensemble comorien, appelé Union des Comores, donnant à chaque île une autonomie large.

La nouvelle constitution votée le 23 décembre 2001, consacre une large autonomie des îles et un développement à la base pour lequel les îles demeurent la source, l'objectif et la maîtresse d'œuvre. Elle garantit un partage du pouvoir entre l'Union et les îles qui la composent afin de permettre à celles-ci de concrétiser leurs aspirations légitimes, d'administrer, gérer librement et sans entrave, leurs propres affaires et de promouvoir leur développement socio-économique.

Chaque île est placée sous l'Autorité du Président de l'île qui assure le fonctionnement régulier des pouvoirs publics.

D. Situation économique

L'agriculture représente plus de 40 % du PIB et emploie 70 % de la population active. Les principales cultures de rente qui sont l'ylang-ylang, la vanille et les clous de girofle, représentent 95 % des exportations. Toutefois elles couvrent très faiblement les importations du pays qui peuvent parfois représenter plus de 50 % du PIB. Pour la période 1996-1999, le service de la dette extérieure est estimé à 6,2 %.

Tableau 3 : Indicateurs économiques de l'Union des Comores

Année	1995	1996	1997	1998	1999
Produit Intérieur Brut	- 0,4	-0,1	-0,1	1,2	1,1
Produit Intérieur Brut par habitant	-3,0	-2,7	-2,7	-1,4	-1,5
Investissement et Structure du PIB					
Année	1976	1980	1989	1995	1999
Investissement (En % du PIB)	18,8 %	34,9 %	17,4 %	21,0 %	20,9 %
Agriculture	45,3 %	42,5 %	40,9 %	40,9 %	41,1 %
Commerce	26,5 %	25,0 %	15,6 %	25,2 %	25,6 %
Administration	11,4 %	14,8 %	18,4 %	14,3 %	14,0 %
Industrie	13,5 %	14,8 %	8,3 %	11,9 %	11,5 %
Autres	3,3 %	2,9 %	16,8 %	7,7 %	7,8 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : PNUD

Avec un PIB par tête estimé à 350 dollars américains, les Comores sont classés parmi les pays les plus pauvres du monde. L'enquête budget-consommation (EBC) de 1995 a établi qu'à partir d'un seuil de pauvreté national de 170 337 Francs comoriens par tête et par an, 47,3 % des ménages comoriens, soit 54,7 % de la population, étaient pauvres. Cette pauvreté est beaucoup plus marquée dans l'île de Ndzouani où un peu plus de 60,9 % de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté contre 55,9 % et 34,3 % respectivement pour Mwali et Ngazidja. Des projections faites sur la base de ces chiffres de 1995, montre que l'indice de cette pauvreté a augmenté de 3,5 à 4 % entre 1995 et 1998 au niveau national.

Selon le dernier Rapport sur le Développement humain du PND de 2001, l'indice de développement humain de l'Union des Comores est de 0,510, ce qui classe le pays au 124^{ème} rang mondial. La pauvreté humaine touche 30 % de la population, ce qui attribue le 47^{ème} rang mondial à l'Union.

Malgré les efforts fournis dans le domaine de l'agriculture, le pays n'est toujours pas parvenu à l'autosuffisance alimentaire, et l'insécurité alimentaire est rencontrée partout dans les trois îles. En effet, les apports calorifiques journaliers par habitant sont estimés 2 193, ce qui est encore loin des 2 400 préconisés par la FAO².

² Rapport de synthèse sur les études traitant des conditions de vie et de la pauvreté aux Comores, Idi-Mohamed, PNUD, décembre 2001

E. Données socioculturelles

Les cultures africaines et arabo-musulmanes constituent les facteurs de cohésion de la société comorienne. Chaque île a ces particularités. A la Grande Comore et à Mohéli prédomine le système matriarcal à Anjouan le système patriarcal.

La quasi totalité des Comoriens sont musulmans. L'islam cohabite avec des croyances et pratiques sociales liées à la coutumes et à la tradition et qui sont souvent en contradiction avec la religion (le culte des ancêtre et des marabouts, pouvoir des sorciers,...).

Les préceptes religieux constituent une dimension fondamentale du droit comorien. L'amalgame et la confusion de préceptes religieux et de valeurs traditionnelles entraînent souvent des blocages dans la nécessaire évolution des mentalités et des comportements. La principale source des difficultés que rencontre la société comorienne à intégrer les progrès dans des domaines aussi important que le statut de la femme ou SR.

Le concept de région est très ancré chez les Comoriens. Les choix et les décisions politiques ainsi que les stratégies de développement s'appuient encore aujourd'hui sur ce soubassement.

Malgré leurs diversités insulaires, les Comoriens sont extrêmement unis et solidaires entre eux. La taille moyenne des ménages comoriens est de 6,3 personnes. Chacun peut compter sur l'aide de parents, d'amis ou de citoyens, en cas de besoin. Ainsi, le nombre d'individus inactifs dépendant d'un membre de la famille actif est de 2,8, selon l'EBC de 1995.

La famille constitue l'élément de base de l'organisation de la société et de son fonctionnement. Son influence est perceptible jusque dans les plus hautes sphères de la prise de décision.

La population commence à prendre conscience de l'intérêt de participer à ses soins de santé, elle paye les soins et contribue dans certains endroits à la construction des formations sanitaires.

En matière d'éducation, la scolarisation des enfants débute très tôt vers l'âge de 4 ans à l'école coranique, et entre 6 et 7 ans à l'école primaire publique. Le taux de scolarisation global de la population est de 60%. Celui des jeunes fille le taux est de 55%.

On note la progression de la prostitution, du tabagisme et de l'alcool dans le pays et plus particulièrement dans les grandes villes.

Les habitudes alimentaires : les repas sont à base de riz, de bananes, de manioc, de lait de coco accompagnés d'une sauce de viande, de poisson aux légumes etc....

La majorité des familles consomme en moyenne deux repas par jour ; cette situation est différente d'une île à l'autre. Les interdits alimentaires concernent surtout les groupes vulnérables : les femmes enceintes ou allaitantes et les jeunes enfants (œuf, ananas).

La perception de la maladie : la maladie est perçue comme un phénomène naturel ou un envoûtement.

Recours aux soins : l'enquête socio- anthropologique sur les itinéraires thérapeutiques des patients à Anjouan indique que l'automédication constitue le premier recours aux soins, ceci est favorisé par la vente libre de médicaments provenant de Zanzibar ou des familles qui vivent à l'étranger. Après l'échec de l'automédication, le deuxième recours se fait vers une formation sanitaire.

F. Cadre de vie

Habitat :

L'habitat aux Comores est caractérisé par l'utilisation de matériaux locaux :

- Mur en paille 23%
- Terre battue 33%
- Toit en paille 22%.

Selon l'enquête MICS 2000, 38% des ménages n'ont pas d'éléments de confort. Les constructions sont anarchiques, malgré l'existence de lois relatives au code de l'urbanisation et au code de la santé.

Approvisionnement en eau :

La grande majorité de la population (92 %) a accès à une source d'eau théoriquement salubre. Cependant, le contrôle de la qualité n'est pas régulier. Certains établissements scolaires ainsi que des formations sanitaires n'ont pas de sources d'eau.

Tableau 4 : Répartition des ménages selon la source d'eau utilisée

Sources d'eau :	
- robinet/borne fontaine	68,9%
- puits, citernes et autres sources protégés	6,2%
- eau de pluie, citerne et autres/bouteilles	15,6%
- puits, citernes et autres sources non protégés	0,5%
- rivières/ruisseau	0,2%
- autres	7,2%

Source : MICS 2000

- A Anjouan et à Mohéli les prises d'eau sont installées à même la rivière sans décantation ni filtration préalable. Les périmètres de protection rapprochés et éloignés ne sont pas définis.
- A la Grande Comore les nappes d'eau se contactent en biseau avec l'eau de la mère, le littoral est pollué.

Assainissement :

Il n'existe pas de système de drainage et d'évacuation des eaux usées dans l'ensemble des trois îles. Les latrines traditionnelles (non adaptées) sont les plus utilisées (79%)⁴. Aussi, convient-il de noter l'insuffisance et l'absence de sanitaires dans les lieux publics.

Par ailleurs, il n'existe pas de système intégré d'élimination des déchets dans l'ensemble des trois îles. Or, on estime que la quantité de déchets sera de 353 139 tonnes en 2020⁵, contre 124 362 tonnes de déchets en 2000, soit une augmentation de 34 %. On trouve des dépôts d'ordures sauvages et de déchets hospitaliers partout, même dans les formations sanitaires. On note aussi une insuffisance en techniciens d'assainissement dans toutes les structures concernées même dans les formations sanitaires.

Réseau de communication :

Sur le plan des infrastructures de transport, le réseau routier est de qualité relativement acceptable et dessert l'ensemble des agglomérations dans les trois îles. Le réseau maritime inter-île privé commence à émerger et le trafic est régulier. Le réseau maritime international, fort limité, est irrégulier et limité par une infrastructure portuaire insuffisante. Le réseau aérien intérieur offre un service encore irrégulier.

La plupart des villes et villages de la grande île sont desservies par le téléphone ; à Mohéli et Anjouan par contre le réseau n'existe que dans les grandes villes.

⁴ Enquête à indicateurs multiples 2000

⁵Houmadi NAOILDINE : Elimination des déchets aux Comores, étude de faisabilité de l'enfouissement des déchets dans une décharge contrôlée, Faculty of Engineering, University of Mauritius, Réduit- Mauritius, octobre 1999 .

II- LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE

A. Organisation du système de santé

L'Union des Comores adhère à la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires et a adopté le Scénario de Développement sanitaire en trois phases de Lusaka, ainsi que l'Initiative de Bamako. Toutes ces initiatives mettent l'accent sur la participation communautaire comme la seule voix d'assurer la santé pour tous et considèrent le district sanitaire comme pièce maîtresse du développement sanitaire.

La nouvelle reconfiguration du système national de santé devra tenir compte des changements politiques et institutionnels. Ainsi, le système de santé sera essentiellement piloté par les îles autonomes avec une coordination des actions au niveau de l'Union. Les missions des différents doivent tenir compte de cette réalité et du rôle primordial que doivent jouer les districts sanitaires.

B. Politique et plan sanitaire

Les Comores n'ont pas élaboré une politique de santé. Toutefois un plan de développement sanitaire a été rédigé en 1991 et révisé en 1993 ; ce plan constitue un document de référence en matière de développement sanitaire.

Ce plan a ciblé ces dernières années :

- La maîtrise des problèmes démographiques
- La politique de soins de santé primaire
- La meilleure accessibilité aux médicaments essentiels
- La politique de réhabilitation et d'amélioration des plateaux techniques

C. Programmes prioritaires, cibles et stratégies

Programmes prioritaires :

- programme de santé maternelle / infantile et planning familial
- programme d'hygiène, eau et assainissement
- programme de lutte contre les endémies épidémies
- programme de médicaments essentiels et gaz médicaux
- lutte et prévention contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA
- lutte contre les maladies à transmission vectorielle

Populations cibles : il s'agit des groupes vulnérables (femmes, enfants, malades souffrant d'affections chroniques)

Stratégies :

- 1- Formation, recyclage et motivation du personnel de santé
- 2- Renforcement des mécanismes de décentralisation à tous les niveaux du système de santé
- 3- Renforcement et/ou intégration de toutes les activités sanitaires dans toutes les formations sanitaires
- 4- Assurance d'une garantie aux populations
- 5- Amélioration de la prise en charge des cas déclarés pour les maladies endémiques et leur prévention
- 6- Réalisation des enquêtes épidémiologiques nationales sur la prévalence des maladies endémiques ou courantes
- 7- Renforcement et intégration des activités d'IEC
- 8- Instauration d'un système adéquat de recouvrement des coûts
- 9- Assurer la sécurité transfusionnelle dans le pays
- 10- Création officielle d'un laboratoire national de surveillance et de recherche en santé publique
- 11- Promotion de la médecine scolaire et sportive
- 12- Promotion de la pharmacologie traditionnelle
- 13- Mise en place des mécanismes de participation communautaire et des ONGs à la planification et à la gestion des services publics du système de santé
- 14- Amélioration des structures d'accueil des accidentés dans les centres hospitaliers
- 15- Amélioration des communications entre les différentes structures de santé

D. Le poids prépondérant de l'aide extérieure

L'aide extérieure demeure la principale source de financement de la santé aux Comores. Le graphique 3 précédents le montre bien en la répartissant selon le mode d'octroi. Ainsi, pour 1998-2002, l'aide extérieure assure 58 % du financement de la santé. 42 % proviennent équitablement des dons et des prêts. La répartition de l'aide extérieure à la santé entre les différents bailleurs pour l'année 2000 se caractérise par une forte contribution des ONG à travers l'Office de l'aide humanitaire de la Communauté européenne (ECHO), et Sharja qui ont fourni 31 %, suivie par celle des agences des Nations Unies qui ont contribué à hauteur de 22 %, et de la Banque mondiale à 10 %. L'aide bilatérale provient, principalement de la Coopération française et chinoise. Au total, pour l'année 2000, les apports extérieurs ont fournis 77 % du financement de la santé

E. Diversification des modes de financement de la santé

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

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

III- DONNEES ET OBJECTIFS DE SANTE (extraits du PNDS 2002)

A. Introduction et indicateurs de base

Les pathologies dominantes- paludisme, gastro-entérites, maladies respiratoires, parasites gastro-intestinaux sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées, surtout chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

On note aussi la présence de maladies parasitaires spécifiques telles que le paludisme, la filariose lymphatique ainsi que les MST/SIDA dont le taux de séropositivité reste cependant encore très faible et fait l'objet d'une attention particulière du Gouvernement et des bailleurs de fonds. Par ailleurs, on assiste au développement de pathologies telles que l'hypertension ; les affections vasculaires, l'insuffisance rénale et le diabète.

Ces pathologies sont à l'origine des indicateurs peu favorables de la santé de la population :

- Une espérance de vie de 55 ans chez les femmes,
- Une espérance de vie de 53 ans chez les hommes,
- Un taux de natalité de 43 %,
- Un taux de morbidité de 130 % des enfants de moins de 5 ans,
- Un taux de morbidité globale de 15,1 %.

L'Union des Comores se situe dans une zone de fécondité élevée de l'Afrique subsaharienne avec un taux de natalité estimé à 46,6 pour mille³. L'indice synthétique de fécondité des femmes est estimé à 5,1 enfants⁴, avec un taux brut de mortalité à 15,1 pour mille². L'espérance de vie à la naissance est de 53 ans chez les hommes et de 55 ans chez les femmes.

³ Recensement général de la population et de l'habitat 1991

⁴ Enquête Démographique et de Santé 1996

B. Le profil épidémiologique

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

- l'espérance de vie est passée de 55 ans en 1991 (selon les résultats du RGPH) à 59,9 ans en 2000 (selon l'enquête MICS 2000), soit un gain de 4.9 points;
- le taux de mortalité générale est passé de 15,7 pour 1000 en 1980 à 15,1 pour 1000 en 1991;
- le taux de mortalité infantile est passé de 77,3 pour 1000 en 1996 à 59 pour 1000 en 2000 (MICS 2000) ;
- Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une amélioration de 103,7 pour 1000 en 1996 à 74 pour 1000 en 2000 (MICS 2000) .

Par contre, le taux de mortalité maternelle reste encore élevé soit 517 pour 100.000 naissances vivantes. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité des soins et services, le manque de suivi des grossesses, les références tardives dans les formations sanitaires, les accouchements à domicile, la pauvreté, l'ignorance et l'analphabétisme.

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

Le paludisme constitue le premier motif de consultations en médecine et en pédiatrie et représentait 29% des cas de consultation en 1999 contre 30,35% en 1992⁵. On note une régression de la pathologie grâce aux efforts du Ministère de la Santé sur la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides à effet rémanent et la prise en charge des cas, mais beaucoup reste à faire dans le domaine de l'assainissement pour diminuer les gîtes larvaires.

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

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

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

⁵ Plan National de Développement Sanitaire perspective an 2010, année 1993.

Les infections sexuellement transmissibles. Les données disponibles dans les formations sanitaires montrent une faible incidence des IST (2%)⁶ mais il faut noter que la plupart des patients souffrant d'IST ne consultent pas à l'hôpital. Sur 6400 tests de VDRL effectués aux laboratoires de Hombo et El-Maarouf en 2000, 490 étaient positifs soit 7,60%. L'infection au VIH/SIDA qui est un grave problème de développement progresse lentement ; de deux cas notifié en 1998 par le service statistique et de surveillance épidémiologique , on est passé à 61 cas en 2000 soit une prévalence de 0,11% . L'infection touche les 2 sexes avec un ratio femme/homme égal à 1,1.

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 cariées⁷, A ou O en denture permanente. L'indice de traitement est très faible traduit par un indice O mixte de 1,5 % en moyenne.

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

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

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

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

Pour ce qui est de **la malnutrition**, l'insuffisante pondérale est aux environs de 25,8% depuis 1996 jusqu'à ce jour. Quant à l'émaciation la situation passe de 8,3% en 1996 à 11,5% en 2000. La situation est très alarmante à Anjouan à cause de la crise socio-politique qui a frappé cette île pendant ces quatre dernières années, de l'insécurité alimentaire et des habitudes alimentaires.

⁶ Annuaire Statistiques

⁷ Enquête Nationale sur la Santé bucco-dentaire aux Comores chez les enfants âgés de 12 ans en milieu scolaire, OMS (1997)

C. La couverture vaccinale

On note une nette augmentation des ressources humaines par rapport à la situation de 1975. Le nombre de médecins, par exemple, est de 60 en 2001 contre 5 en 1975, soit un ratio de 1 médecin pour 10 500 habitants. Le ratio en personnel paramédical (infirmiers) est de 1 pour 4 892 d'habitants. Le personnel qualifié (médecin, infirmier diplômé d'état, sage-femme) ne représente cependant que 44,81% de l'effectif total, le personnel peu ou pas qualifié constituant à 55% la majorité, illustrant ainsi le fait le système est majoritairement piloté par de cette catégorie d'agents peu ou pas qualifié.

Pour ce qui est de l'utilisation des services de santé, on observe des résultats tangibles dans le cadre de la SMI/PF, le pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans mariées ou en union qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive au cours de l'enquête MICS 2000 a été évalué à 25,84% en 2000 (dont 8,20 la pilule, 8,49% les injections et 6,40% les méthodes traditionnelles). Le contact avec les services de CPN reste aussi relativement satisfaisant puisque 84% des femmes enceintes s'y présentent au moins une fois. Par contre, seules 38% des femmes sont assistées lors de leur accouchement par un personnel qualifié. Ceci peut s'expliquer par l'accessibilité financière limitée des familles et la faible qualité des services.

Les taux de fréquentation des formation sanitaires sont respectivement de 14,7% à la Grande Comore, de 20,21% à Mohéli et 8,92% à Anjouan, la moyenne nationale est de 10,25. Le taux moyen d'occupation des lits est de 20 % à 60% avec de fortes variations selon les saisons et selon le Centre de Santé.

Les taux de couverture vaccinale pour les différents antigènes sont respectivement de 65,25% pour le BCG, 52,59% pour le VAR, 50,12% pour DTC3 et 50,33% pour la POLIO3 en 2001 contre 66% des enfants complètement vaccinés en 2000 selon l'enquête MICS. La baisse de la couverture vaccinale peut s'expliquer principalement par le relâchement des activités de supervision à tous les niveaux, les problèmes d'organisation, l'abandon des stratégies avancées dans certains centres de santé, l'insuffisance de personnel et le manque de motivation. La pauvreté qui influe sur l'accessibilité des populations aux soins de santé, l'analphabétisme et l'ignorance des effets pervers sur la santé de certains comportements et modes de vie, les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement, la déforestation et la destruction des récifs constituent des facteurs d'aggravation de la pauvreté etc. constituent des facteurs explicatifs de la faible utilisation de la vaccination.

D. La couverture géographique :

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. En intégrant les postes de santé cette couverture atteint 90% dans l'ensemble des trois îles, cependant peu de poste de santé fonctionnent actuellement par manque de personnel de santé et il est difficile de considérer le poste de santé comme référence à une meilleur accessibilité.

E. Les objectifs de santé :

Les objectifs spécifiques visés à l'horizon de l'an 2012 sont les suivants :

1. Réduire le taux de mortalité maternelle de 517 pour cent mille naissances vivantes à 300 pour cent mille en l'an 2012
2. Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 74°/00 à 40 °/00
3. Réduire de 50 % le taux de morbidité et mortalité liés au paludisme
4. Réduire les taux de malnutrition chronique de 25,4% à 10 % chez les enfants de 0 à 5 ans
5. Réduire l'incidence des IST classiques de 50% et ralentir la progression du SIDA
6. Réduire la prévalence de la lèpre de 4 à 1 cas pour 10.000 habitants
7. Réduire le risque annuel de l'infection de la tuberculose de 60 pour 100000 habitants à 30 pour 100000 habitant
8. Réduire le taux d'incidence des maladies diarrhéiques de 18,3% à 9%
9. Augmenter la couverture vaccinale de :
 10. 52,59% à 90% pour le VAR ;
 11. 65,25 % à 90% pour le BCG ;
 12. 50,12 % à 90% pour le DTC3 ;
 13. 50,33% à 90% pour la polio3 chez les enfants de 0 à 11 mois
14. Augmenter le taux de fréquentation des formations sanitaires de 0,10 contact par an et par habitant à 0,30 contacts par an et par habitant
15. Augmenter le taux de disponibilité des médicaments essentiels de 94% à 100%
16. Amener 50% des adolescents et jeunes à adopter des comportements favorables à la santé
17. Réduire la prévalence des caries de 60,3% à 20% dans la population générale.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs programmes de santé seront mis en oeuvre pour contribuer à la diminution de l'incidence des pathologies considérées comme prioritaires. Ils seront axés sur l'éducation et la prévention, et articulés de manière à ce qu'ils s'exécutent de la manière la plus décentralisée possible au niveau des îles autonomes et des districts sanitaires. Toutefois, la coordination sera assurée au niveau de l'Union par une structure légère qui n'aura aucune opportunité de se substituer aux structures opérationnelles des îles. Aussi, des procédures assurant les conditions d'une meilleure gestion et d'une obligation de résultats fondée sur une pratique évaluative conséquente seront mises en place.

F. Les programmes de santé :

Les principaux programmes de santé, auxquels pourront s'ajouter d'autres programmes jugés pertinents par les autorités nationales, sont :

- Programme de lutte contre les maladies transmissibles (Paludisme, IST et VIH/SIDA, Filariose, Tuberculose, Lèpre) ;
- Programme de lutte contre les maladies non transmissibles (HTA, Diabète sucré, Santé mentale, Santé bucco-dentaire, Promotion des modes de vie favorables à la santé, Promotion des conditions de travail favorables à la santé) ;
- Programme de Promotion de la nutrition et de la sécurité alimentaire ;
- Programme de Santé de la Reproduction (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, Vaccination de la mère et de l'enfant, Planification familiale, Maternité à moindre risque, Promotion de l'allaitement maternel, Prise en charge des principales maladies gynécologiques, prévention et dépistage des cancer du col utérin et du sein, Prévention et prise en charge de l'infertilité du couple, prévention et prise en charge des dysfonctionnements et des pathologies sexuelles chez les hommes) ;
- Programme de Santé des jeunes et des adolescents (Education à la vie familiale et à la parenté responsable, Education sexuelle, Prise en charge des comportements à risques, Lutte contre les grossesses non désirés, Planification familiale, Prévention et lutte contre les IST, Prévention et lutte contre le VIH/ SIDA) ;
- Programme d'Education Pour la Santé ;
- Programme de réponses aux urgences (Epidémies, Catastrophes Naturelles, Crises socio-humanitaires) ;
- Programme de santé des populations vulnérables (Personnes âgées et handicapées) ;
- Programme de la santé et environnement (Garantie de l'accès à l'eau potable et l'assainissement, Promotion de la salubrité et la sécurité de l'environnement).

G. Les axes stratégiques :

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

- Développement des services de santé
- Développement des programmes
- Promotion et protection de la santé
- Renforcement des capacités de planification, de financement et de suivi

H. Les indicateurs et critères d'évaluation :

Objectifs	Indicateurs	Critères	
		Mi - parcours	final
Réduire le taux de mortalité maternelle de 517 pour cent mille naissances vivantes à 300 pour cent mille en l'an 2012	Taux de mortalité maternelle	400	300 pour cent mille naissances vivantes
Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 74°/00 à 40 °/00	-Taux de mortalité infanto-juvénile	60 %	40 pour mille
Réduire de 50 % le taux de morbidité et mortalité liés au paludisme	-Prévalence du paludisme -Taux de mortalité lié au palu -Taux de létalité		
Réduire les taux de malnutrition chronique de 25,4% à 10 % chez les enfants de 0 à 5 ans	-taux de malnutrition chronique	18%	10%
Réduire l'incidence des IST classiques de 50% et ralentir la progression du SIDA	Incidence des IST Prévalence du VIH/SIDA	2% 0,11%	1% 0,11%
Réduire la prévalence de la lèpre de 4 à 1 cas pour 10.000 habitants	Prévalence de la lèpre	1cas pour 10000 habitants	1cas pour 10000 habitants
Réduire le risque annuel de l'infection de la tuberculose de 60 pour 100000 habitants à 30 pour 100000 habitant	Taux d'infection	40 pour 100.000 cas	30 pour 100.000 cas
Réduire le taux d'incidence des maladies diarrhéiques de 18,3% à 9%	Taux d'incidence des maladies diarrhéiques	12%	9%
Augmenter la couverture vaccinale de : <ul style="list-style-type: none"> • 52,59% à 90% pour le VAR ; • 65,25 % à 90% pour le BCG ; • 50,12 % à 90% pour le DTC3 ; • 50,33% à 90% pour la polio3 chez les enfants de 0 à 11 mois 	Taux de couverture vaccinale en VAR, DTC3, POLIO3, BCG,	80%	90%
Augmenter le taux de fréquentation des formations sanitaires de 0,10 contact par an et par habitant à 0,30 contacts par an et par habitant	Taux de fréquentation des services	0,20	0,30
Augmenter le taux de disponibilité des médicaments essentiels de 94% à 100%	Taux de disponibilité des médicaments	100%	100%
Amener 50% des adolescents et jeunes à adopter des comportements favorables à la santé	Incidence des IST		50%
Réduire la prévalence des caries de 60,3% à 20% dans la population générale	Taux de prévalence des caries dentaires	30%	20%