

Colloque COMORESPOIR

11 juin 2003 à Paris

DOCUMENT DE REFLEXION SUR UNE POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE AUX COMORES

Intervention de Monsieur MOHAMED Adame

Cadre Supérieur de Santé

Diplômé en Management des Institutions Sanitaires et Sociales de PARIS

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance par la présente, les politiques et les stratégies que le système de santé des Comores a poursuivies, ainsi que l'état des lieux pour afin réfléchir sur des orientation pistes pour son efficacité.

Depuis son accession à la souveraineté internationale en 1975, le pays s'est fixé comme objectif d'assurer un niveau acceptable de soins de santé pour tous ses habitants. C'est ainsi que cette politique sanitaire a été axée sur les soins de santé primaire conformément à l'esprit de la déclaration d'Alma-Ata. Les orientations donc privilégié prioritairement sont:

- La restructuration et le renforcement des structures pilotage de la politique sectorielle;
- L'appui aux programmes prioritaires de santé publique (Programme Elargi de Vaccination, Santé Maternelle et Infantile), le renforcement de la lutte contre les grandes endémies, les Maladies Sexuellement Transmissibles et d'autres affections;

Des succès significatifs ont été obtenus grâce à l'appui de la Communauté Internationale (PNUD, OMS, UNICEF, FNUAP, CEE, COOPERATION FRANCAISE, APEFE, LIGUE ISLAMIQUE, BANQUE MONDIALE, BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT, etc.). C'est durant cette période que les Comores ont eu la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans la plus élevée parmi les pays africains (87% des enfants de moins de 5 ans ont été couvert par les anticorps des 5 maladies cibles c'est à dire la diphtérie, tétanos, Coqueluche, Poliomyélite et BCG).

Cependant, la santé de la population est restée précaire notamment celle des femmes en âge de procréer. Les structures de santé ont été abandonnées à elles-mêmes au mieux parfois avec une seule aide-soignante qui s'est formée par l'expérience.

Nécessité d'une réforme institutionnelle et statutaire du secteur public

C'est au plus fort de l'effondrement du secteur public de la santé, en 1985, que sont nées

deux expériences totalement novatrices à Ouzioini à la Grande Comore et à Ouani à Anjouan. Dans chaque cas la communauté, sous l'impulsion des cadres locaux et avec l'aide d'ONG étrangère, s'est mobilisée pour construire, équiper et gérer par elle-même son propre centre de santé, en instituant pour la première fois une pratique du recouvrement des coûts par la participation de la communauté.

A partir de 1988, un partenariat novateur dans le secteur de la santé communautaire a progressivement pris corps dans une coopération réunissant à la fois l'Etat, le Fonds d'Equiperment des Nations-Unies (FENU), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la Coopération Française et la communauté de Mitsoudjé. Une ONG française sélectionnée, l'Association Santé Internationale (ASI), fut chargée d'apporter un appui méthodologique à la réalisation du projet. Il s'agissait, pour la communauté locale de Mitsoudjé, de fournir un site pour la construction et l'équipement par le FENU d'un centre sanitaire de district. Le financement du fonctionnement a été assuré à la fois par l'Etat (affectation du personnel et subvention de fonctionnement) et par un financement communautaire, grâce au recouvrement des coûts par la participation des habitants.

Pour les responsables du système national de santé aux Comores, l'expérience de Mitsoudjé a été très riche d'enseignements. Elle a fourni la preuve en matière de soins de santé. La communauté Comorienne, lorsqu'elle est suffisamment sensibilisée, est capable de se mobiliser pour se prendre elle-même en charge, et pour assumer des responsabilités collectives déterminantes.

Pour cela, la Loi n° 94-016/AF portant cadre général du système de santé et définissant les missions du service public hospitalier a ainsi été votée le 17 juin 1994 par l'Assemblée Fédérale. Elle définit les conditions dans lesquelles les secteurs publics, privé et communautaire s'organisent et se développent en fonction des besoins et des moyens du pays.

Ceci a permis en cette même année un prêt de la Banque Mondiale pour appuyer la mise en place de cette réforme du système de santé sur tout le territoire national qui touchera son organisation ainsi que son fonctionnement. Ce prêt sert à la réhabilitation de certains centres de santé, à la dotation d'équipements médicaux, à la formation du personnel médical et paramédical ainsi qu'en apportant surtout l'appui institutionnel nécessaire. Ces activités du projet santé financé par la Banque Mondiale/IDA devraient permettre entre autres:

- L'amélioration des conditions d'assainissement et d'hygiène du milieu;
- L'amélioration de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières par la mise en place de cadres adaptés, la formation permanente du personnel et la participation croissante de la population aux frais de santé ;
- La réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires;

Fort est de constater que les détournements, l'ingérence politique, la corruption constaté après évaluation des actions de ce vaste projet, supervisé par la Banque Mondiale, ont eu comme conséquences le délabrement des certaines structures de santé au lieu de les améliorer (exemple le CSD de Foubouni)

En effet, malgré des efforts substantiels engagés, en matière d'organisation et de gestion

communautaire, pour rendre fonctionnel tous les établissements de santé, le profil pathologique et les indicateurs correspondantes montrent une situation paradoxale. Nous constatons des indicateurs qui montrent une légère amélioration des indicateurs généraux (espérance de vie) et même temps une méfiance et un manque de confiance de la population (rapatriement sanitaire systématique à l'extérieur).

Le profil épidémiologique

Les tendances générales montrent que l'état général de santé de la population de l'Union des Comores a eu une légère amélioration. Cependant il reste précaire par rapport à d'autres pays en voies de développement durant 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)

Toutes ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevée 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 1992. 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 précédentes 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.

Les infections sexuellement transmissibles. Les données disponibles dans les formations sanitaires montrent une faible incidence des IST (2%) 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 cariées, 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 habitants 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.

Couverture sanitaire :

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 5000 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 que le système est majoritairement piloté par 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.

Le taux de fréquentation des formations 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 logistique adapté et suffisants.

Le Plan National de Développement Sanitaire

Le Plan National de Développement Sanitaire est l'instrument de gestion et de planification du secteur sanitaire de l'Union des Comores. Il arrête les grandes orientations et les axes prioritaires de la politique sanitaire des Comores.

Ainsi, les activités et les programmes prioritaires doivent poursuivre les mêmes objectifs que par le passé, à savoir:

- Renforcer et faciliter l'accessibilité de la population aux soins de santé par la décentralisation des formations sanitaires et la responsabilisation de celles-ci en matière de prise de décision;
- Offrir des soins de qualité par l'amélioration de plateau technique;
- Dynamiser la politique de gestion des ressources humaines par l'application du Plan National de Développement des Ressources Humaines;
- Améliorer l'accessibilité aux médicaments par le renforcement de la politique des médicaments essentiels;
- Accentuer le système de recouvrement des coûts par la mise en place de mécanismes d'autofinancement, de gestion et de contrôle de l'utilisation des ressources, qui intègre en aval les communautés dans la prise en charge et le contrôle des formations sanitaires de base;
- Enfin, mettre en place des mécanismes de surveillance et d'évaluation des activités des différents programmes ;
- lutter contre la forte croissance démographique

Pour lutter contre la forte croissance démographique des Comores (environ 2,7% par an) et influencer sur la structure de la population (le rapport d'âge est très déplacé au bénéfice des classes d'âge les plus jeunes), nous devons renforcer la politique familiale avec l'appui de nos partenaires habituels; notamment le FNUAP, l'ASCOBEF, etc.

La stratégie en la matière serait adaptée si elle est organisée autour de deux axes:

- D'abord, accentuer l'Information-Education-Communication ciblée sur des groupes sensibles (femmes de 15 à 49 ans et leurs maris, jeunes, leaders d'opinions) sera renforcée et élargie;
- Ensuite faciliter et généraliser l'accès aux méthodes modernes de contrôle des naissances et aux fournitures correspondantes.
- Parallèlement, des actions de formation du personnel doivent être mises en chantier. Elles peuvent être appuyées par l'équipement des formations sanitaires en matériels de planification familiale, par l'approvisionnement en contraceptifs et enfin par l'organisation d'activités de maternité sans risque.

Au titre du renforcement des capacités de gestion et de management de la tutelle

L'émigration des spécialistes du pays, le clientélisme, la corruption et les détournements ainsi que le non-respect des engagements de l'état (non-versement des salaires et des subventions) constituent les contraintes essentielles à l'amélioration des capacités de gestion et de planification du système de santé.

Pour remédier à cela les autorités doivent :

- Responsabiliser les cadres à tous les niveaux en plaçant la personne qu'il faut là il faut en fonction de ces qualifications et compétences et non pas en fonction de son

- origine géographique ou politique.
- Honorer ses engagements en matière de paiement régulier des salaires et des subventions
- Faire appliquer de toutes les mesures et sanctions relatives aux détournements des deniers publics.

Au titre du renforcement des capacités de soins et de prévention

- Réorganiser et renforcer le Centre National de Formation et de Recherche en Santé Publique, en vue de constituer un centre de référence pour la formation initiale et continue des personnels de santé comoriens ;
- La poursuite de la formation de certains spécialistes médicaux et médico-techniques à l'extérieur du pays ;
- Humaniser les conditions d'accueil et de séjour dans les structures de santé
- Dotées des moyens et des équipements nécessaires au développement de leurs nouvelles activités issues de la réforme, notamment la collecte et le traitement de l'information épidémiologique et statistique et la surveillance à travers le pays, des risques d'émergence d'affections à caractère épidémique.

Au titre du renforcement des capacités de participation de la population et d'opérations intégrées Santé-Population-Environnement

- La participation aux actions de protection et de lutte contre les vecteurs du paludisme doit être avancée et appuyée ;
- La participation à la lutte contre la diffusion des maladies sexuellement transmissibles et les risques de transmission du virus du Sida est une priorité
- Le renforcement des implications de la population dans les actions de proximité en information-Education-Communication pour l'an 2000 ;
- La mise en place d'un système de mutualisation et d'assurance du risque maladie sur l'initiative des collectivités périphériques est une des priorités avec l'appui des autres acteurs institutionnels publics, privés et de la coopération multilatérale et bilatérale

Enfin, nous devons nous engager à mener à bien des activités plus intégrées dans différents programmes prioritaires de notre Plan National de Développement Sanitaire.

Dans cet esprit, nous considérons qu'une attention particulière sera consacrée à la maîtrise de la fécondité et aux exigences d'une maternité heureuse et sans risque pour l'enfant, notre objectif étant de passer d'un taux de prévalence contraceptive de 10% à 25% en 5 ans, de diminuer le taux d'abandon de planification familiale de 70% à 50% en 5 ans, de diminuer le taux de mortalité maternelle de 500 pour 100 000 naissances vivantes en 5 ans, enfin de parvenir à un taux de 20% d'utilisatrices de moyens modernes de régulation. Nous pouvons réaliser ces objectifs en maintenant un appui aux structures autonomes chargées de la distribution des soins et de la prévention dans le secteur public par:

- La mise à disposition d'un personnel qualifié, médical, soignant et administratif, rémunéré sur le budget de l'Etat, et par la formation initiale et continue de ces personnels ;

- L'affectation de subventions spécifiques, notamment pour l'acquisition de gros équipements autorisés et pour les travaux d'infrastructure et par l'attribution de moyens spécifiques destinés à la réalisation d'activités particulières relevant des programmes prioritaires ;
- Des mesures d'incitations sociales et l'amélioration des conditions de travail ;
- L'élaboration d'un plan directeur de la politique pharmaceutique nationale - afin d'améliorer l'accessibilité au moindre coût aux médicaments essentiels dans l'ensemble des formations sanitaires participant au service public hospitalier ;
- Et enfin, par l'instauration de mécanismes rigoureux de contrôle de l'utilisation des ressources financières et matérielles affectées aux projets en cours d'exécution.

Les quatre principaux axes stratégiques

Pour matérialiser la vision et l'atteinte des objectifs de développement sanitaire les quatre axes suivants devront être explorés et suivis :

- Développement des programmes de prévention ;
- Diversification et développement des mécanismes de financement du système de santé d'assurance santé ;
- Développement et amélioration des services de santé ;
- Renforcement des capacités de planification, de gestion et de suivi-évaluation

Pour nous, 2 grands projets aujourd'hui s'avèrent à la fois adaptées mais aussi urgents pour répondre au mieux les 4 axes prioritaires :

- Premièrement, il s'agit d'impulser les communautés villageoises à créer leur prévoyance santé sous le nom de « Mutuelles de santé communautaire ». Ces organisations auront comme objectif à long terme de constituer une assurance maladie à l'échelon régional pour financer les structures de santé et une partie des programmes de prévention.

- Deuxièmement, un projet de jumelage des structures de santé Comoriennes et Françaises pour une coopération décentralisée entre la France et les Comores qui 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. 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.

Quant l'Etat déjà soulagé par les usagers en finançant les établissements de santé, doit prendre en charge les autres volets des programmes de prévention, de planification et d'évaluation.

La difficulté majeure de tout développement encore moins dans le domaine de santé est l'instabilité politique. Les Comores, vous le savez, traverse depuis 7 ans une des crises la plus difficile et la plus dévastatrice de l'état de santé des Comoriens. D'ailleurs, pendant

toute cette période, de nombreuses études et initiatives ont été abandonnées pour laisser la place aux querelles et aux petites actions ponctuelles à des fins de clientélismes au détriment de la bonne santé des jeunes, des femmes ou des Comoriennes en général. C'est ainsi, que toute projection dans le temps avant la fin de cette crise est aléatoire.

Pour cela, un engagement politique, autre que les conflits de compétences, une participation stimulée des habitants, une réforme du système de santé répondants aux besoins légitimes et faisables de la population, une approche contractuelle entre les partenaires au développement de la santé sont les gages d'une mise en place d'une politique viable pour la santé des Comores et des Comoriens.

Monsieur MOHAMED Adame

Cadre Supérieur de Santé

Diplômé en Management des Institutions Sanitaires et Sociales de PARIS