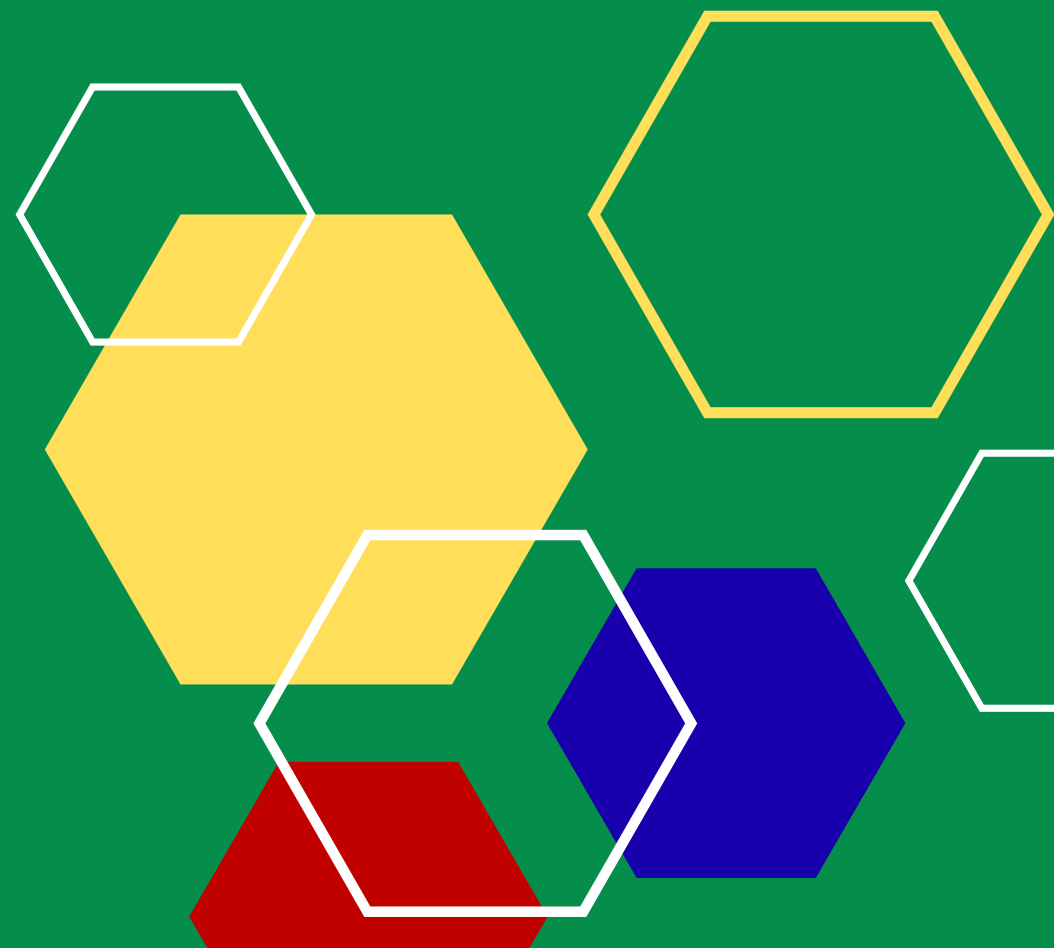




Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine

STRATÉGIE DE COOPÉRATION
DE L'OMS AVEC L'UNION DES
COMORES
2024 - 2028





Clause générale de non-responsabilité :

Les appellations utilisées dans cette Stratégie de coopération entre l'OMS et l'Union des Comores, ainsi que la présentation des données, ne traduisent en aucun cas une prise de position officielle de la part de l'OMS sur le statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ni sur leurs autorités ou la délimitation de leurs frontières. Les tracés en pointillés ou tirets sur les cartes indiquent des frontières approximatives, susceptibles de ne pas faire l'objet d'un accord définitif.

La mention de marques, d'entreprises ou de produits commerciaux ne constitue ni une approbation ni une recommandation de la part de l'OMS, par rapport à d'autres produits ou services similaires.

Photographies et illustrations : Les photographies utilisées dans ce document sont la propriété de l'OMS ou ont été acquises sous licence. Toute reproduction ou utilisation de ces images est strictement interdite sans autorisation écrite préalable. Les crédits photographiques sont de l'OMS Comores.



TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.

Message de la Représentante de l'OMS aux Comores.

Message du Ministre de la santé et de la Protection Sociale.

Message du Directeur régional par intérim de l'OMS pour l'Afrique.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF.

1. INTRODUCTION.

2. CONTEXTE NATIONAL.

2.1. Situation socio-économique et politique.

2.2. Genre, équité et droits humains.

2.3. Profil sanitaire et état de santé des populations.

2.3.1. Organisation du système de santé.

2.3.2. Performance en matière de soins et service de santé.

2.3.2.1. Espérance de vie à la naissance et principales causes de décès.

2.3.2.2. La Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents.

2.3.2.3. La santé des personnes âgées.

2.3.2.4. Les maladies transmissibles.

2.3.2.5. Les maladies non transmissibles.

2.3.2.6. Les maladies tropicales négligées.

2.3.3. Couverture sanitaire universelle.

2.3.4. Sécurité sanitaire.

2.3.5. Promotion de la santé de la population.

3. PARTENAIRES DE DÉVELOPPEMENT.

3.1. Partenaires de développement en Union des Comores

3.2. Collaboration avec le Système des Nations Unies

3.3. Enseignements tirés et opportunités.

4. COLLABORATION ENTRE L'OMS ET L'UNION DES COMORES.

4.1. Activités de l'OMS en Union des Comores.

4.2. Forces, faiblesses, opportunités et menaces.

5. DÉFINITION DES PRIORITÉS STRATÉGIQUES POUR LA PÉRIODE 2024-2028.

5.1. Vision et missions.

5.2. Objectifs.

5.3. Axes stratégiques prioritaires.

5.4. Principales correspondances des priorités stratégiques aux documents cadres.

5.5. La théorie du changement

6. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE COOPÉRATION.

6.1. Principes de coopération.

6.2. Modalités de mise en œuvre des priorités stratégiques.

7. SUIVI ET ÉVALUATION.

7.1. Revue à mi-parcours.

7.2. Évaluation finale.

8. ANNEXES.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACCF : Association comorienne pour la lutte contre le cancer chez la femme
ACSMR : Association comorienne de soutien aux malades rénaux
ADDE : Action pour le développement durable et l'environnement
AFD : Agence française de développement
AMG : Assurance maladie généralisée
ANAMEV : Agence nationale du médicament et des évacuations sanitaires
ASC : Agent de santé communautaire
ASCOBEF : Association comorienne du bien-être familial
BID : Banque islamique de développement
CAP : Connaissance attitude pratique
CARITAS : Réseau caritatif de France - Secours catholique
CDT : Centre de diagnostic et de traitement
CHN : Centre hospitalier national
CHRI : Centre hospitalier de référence insulaire
CHU : Centre hospitalier universitaire
CMC : Centre médico-chirurgical
CNLS : Centre national de lutte contre le sida
CNS : Comptes nationaux de la santé
COI : Commission de l'océan indien
COVID-19 : Coronavirus décembre 2019
CPN : Consultation prénatale
CRC : Croissant Rouge comorien
CREC : Communication des risques et engagement communautaire
CRENAS : Centre de récupération nutritionnelle aigue et sévère
CRENI : Centre de récupération nutritionnelle intensive
CRF : Croissant Rouge français
CSU : Couverture sanitaire universelle
DGEPSS : Direction générale des Études, de la Planification et des Statistiques sanitaires
DHIS2 : District Health Information Software 2

DISS : Direction de l'Information et des Statistiques sanitaires
DLM : Direction de la Lutte contre la maladie
DLS : Direction de la Lutte contre le VIH/sida
DMM : Distribution de médicament de masse
DSF : Direction de la Santé familiale
EDS : Enquête démographique et de santé
EUA : États-Unis d'Afrique
EVASAN : Évacuation sanitaire
FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FL : Filariose lymphatique
FM : Fonds mondial
FS : Formation sanitaire
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization
HHFA : Harmonized Health Facility Assessment
HACC : Hôpital de l'amitié Comores Chine
IDE : Infirmier diplômé d'État
INSEED : Institut national de la Statistique et des Études économiques et démographiques
IST : Infection sexuellement transmissible
JICA : Agence internationale de coopération japonaise
MEV : Maladies évitables par la vaccination
MICS : Multiple Indicators Cluster Survey
MILD : Moustiquaire imprégné d'insecticide de longue durée
MNT : Maladies non transmissibles
MSSPSPG : Ministère de la santé, de la solidarité, de la protection sociale et de la promotion du genre
NV : Naissances vivantes
ODD : Objectifs de développement durable
OIE : Office international des épizooties
OIM : Organisation internationale de la migration

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la Santé	SCP : Stratégie de coopération avec les pays
ONG : Organisation non gouvernementale	SDMR : Surveillance des décès maternels et riposte
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies de lutte contre le sida	SIMR : Surveillance intégrée de la maladie et riposte
OSC : Organisation de la société civile	SIS : Système d'information sanitaire
PBF : Financement basé sur la performance	SFDE : Sage-femme diplômée d'État
PCIME : Prise en charge intégrée des maladies des enfants	SNFS : Stratégie nationale de financement de la santé
PEC : Prise en charge	SNU : Système des Nations Unies
PEV : Programme élargi de vaccination	SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
PF : Planification familiale	SONUB : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
PFA : Paralysie flasque aiguë	Souc : Soins obstétricaux d'urgence complets
PGT : Programme général de travail	SOP : Procédure opérationnelle standard
PIB : Produit intérieur brut	SPAR : Outil d'évaluation annuelle du RSI _ State Parties self assessment Annual Reporting
PMT : Équipe de gestion de programme	SRMNIA : Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents
PND RHS : Plan national de développement des ressources humaines en santé	TAR : Traitement antirétroviral
PND S : Plan national de développement sanitaire	TAS : Enquête d'évaluation de la transmission de la filariose lymphatique
PNL P : Programme national de lutte contre le paludisme	TB/MR/RR : Tuberculose multi-résistant, Rifampicine résistant
PNL T/PNL L : Programme national de lutte contre la tuberculose et de la lèpre	TPI : Traitement préventif intermittent
PNS : Politique nationale de santé	UNCT : Équipe pays des Nations Unies
PNU D : Programme des Nations Unies pour le développement	UNDAF : Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PSN : Plan stratégique national	UNFPA : United Nations Fund for Population Activities
PTF : Partenaire technique et financier	UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
PVVIH : Personne vivant avec le VIH	UNSDCF : Plan cadre de coopération pour le développement durable
RAM : Résistance aux antimicrobiens	USAID : United State Agency for International Development
RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
RH : Ressource humaine	VPO : Vaccin anti-poliomyélite par voie orale
RR : Rougeole rubéole	
RSI : Règlement sanitaire international	
SADC : The Southern African Development Community	
SARA : Service Availability and Readness Assessment	

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1. Évolution de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile en Union des Comores entre 2012 et 2022.

Tableau 2. Évolution de quelques données brutes et indicateurs sur le paludisme en Union des Comores entre 2019 et 2023.

Tableau 3. Prévalence des facteurs de risques des maladies non transmissibles.

Tableau 4. Correspondance de la Stratégie de coopération avec les pays avec les documents cadres.

Tableau 5. Appui des trois niveaux de l'OMS à la mise en œuvre de la Stratégie de coopération avec les pays.

Tableau 6. Estimation Budgétaire en dollars É.-U. de la SCP de 2024-2028. 46

Tableau 7. Cadre des résultats de la stratégie de coopération.

Liste des figures

Figure 1. Pyramide sanitaire.

Figure 2. Évolution des tendances de l'espérance (ans) de vie à la naissance.

Figure 3. Principales causes de décès entre 2009 et 2019.

Figure 4. Évolution des couvertures vaccinales par antigène en Union des Comores, de 2019 à 2023.

Figure 5. Répartition de cas de tuberculose notifiés de 2018 à 2023.

Figure 6. Séroprévalence de la syphilis par cible, 2018-2023.

Figure 7. Séroprévalence des hépatites virales par cible, 2018-2023.

Figure 8. Séroprévalence du VIH/sida par cible, 2018-2023.

Figure 9. Répartition des principales causes de la perte des années de vie.

Figure 10. Évolution du taux d'allaitement maternel exclusif entre 2012 et 2022 en Union des Comores.

Figure 11. Évolution des prévalences de l'insuffisance pondérale, retard de croissance et malnutrition aiguë de 2012 à 2022 en Union des Comores.

Figure 12. Ventilation par année du chronogramme de mise en œuvre.

Message de la Représentante de l'OMS aux Comores

La quatrième génération de la Stratégie de coopération de l'OMS (SCP 2024-2028) avec l'Union des Comores s'inspire des précédentes versions de la stratégie institutionnelle de l'Organisation, adoptée en 2000. La Stratégie de coopération avec les pays de 2024-2028 a été élaborée pour fournir une orientation stratégique et soutenir le Ministère de la santé dans la mise en œuvre des priorités sanitaires du pays pour les cinq prochaines années. Cette stratégie est le résultat d'un processus consultatif ayant bénéficié des contributions techniques de divers programmes et agences clés du secteur de la santé ainsi que d'organisations concernées.

Les priorités stratégiques, l'objectif global et les résultats de cette stratégie s'appuient sur le travail réalisé par l'OMS et s'alignent sur le Plan Comores-émergent 2030, le Plan national de développement sanitaire 2024-2030 du Gouvernement de l'Union des Comores, les programmes phares du gouvernement en matière de santé, ainsi que sur le cadre de partenariat des Nations Unies pour le développement durable. La Stratégie de coopération avec les pays prend également en compte les initiatives et les priorités régionales et mondiales de l'OMS et s'aligne sur celles-ci, en plus de contribuer à l'engagement du triple milliard de l'OMS dans le cadre du Treizième Programme général de travail (PGT 13) et des nouvelles stratégies du Quatorzième Programme général de travail (PGT 14).

La Stratégie de coopération avec les pays identifie les défis épidémiologiques et les charges de morbidité actuelles et les problèmes de santé publique pertinents au niveau national, régional et mondial. Elle ouvre la voie à travers les priorités stratégiques suivantes :

1. Le renforcement du système de santé pour permettre un meilleur accès à des services de santé intégrés et de soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses catastrophiques, en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle de la population, en particulier pour les populations vulnérables et défavorisées ;
2. L'amélioration des réponses face aux urgences sanitaires et aux catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires ;
3. Le développement de la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque et en préservant un environnement sain pour le bien-être de la population ;
4. Le renforcement de la gestion, de la planification, de l'innovation et de la connaissance afin d'améliorer l'efficacité du bureau de l'OMS et du système de santé.



Dans le cadre de la présente Stratégie de coopération avec les pays, il convient de noter que l'OMS se concentrera sur la fourniture d'un soutien technique de haut niveau, d'orientations politiques, d'une formation de haut niveau telle que la formation de formateurs, du développement des capacités institutionnelles et de la recherche. Cette stratégie sera évaluée conjointement par le Ministère de la santé et l'OMS à mi-parcours et en fin de parcours et les ajustements nécessaires seront effectués lors de l'examen à mi-parcours.

Le bureau de pays de l'OMS s'engage pleinement à soutenir l'Union des Comores et à répondre à l'aspiration du Gouvernement comorien à fournir les meilleurs services de soins de santé à la population. Nous attendons avec confiance un partenariat solide pour cette période de la Stratégie de coopération avec les pays de 2024-2028 et au-delà.

Dre NKURUNZIZA Triphonie
Représentante de l'OMS aux Comores

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dre NKURUNZIZA Triphonie', written over a white background.

Message du Ministre de la Santé et de la Protection sociale

Pour pérenniser les acquis et répondre aux enjeux critiques et défis sanitaires, le Gouvernement de l'Union des Comores a élaboré le Plan national de développement sanitaire 2024-2030, en cohérence avec la vision du Plan Comores émergent 2030, qui vise à faire en sorte que l'Union des Comores dispose d'un système de santé performant permettant à toute la population d'accéder à des soins de qualité, en particulier les plus vulnérables et les plus démunis, d'accéder à des soins de santé de qualité, avec l'implication effective de tous les acteurs et parties prenantes publics et privés, dans un esprit de solidarité, d'égalité, d'équité et de justice sociale. Le Gouvernement comorien s'engage à assurer la couverture sanitaire universelle afin d'atteindre un développement durable d'ici 2030.

La nouvelle Stratégie de coopération entre l'OMS et l'Union des Comores (SCP) pour la période 2024-2028 est un document complet qui a été élaboré à la suite d'un vaste processus de consultation impliquant différentes parties prenantes, dont le gouvernement, les agences du Système des Nations Unies, les partenaires de développement, l'université des Comores, les organisations non gouvernementales et la société civile. Les priorités de la Stratégie de coopération avec les pays ont été convenues conjointement et sont axées sur :

1. Le renforcement du système de santé pour permettre un meilleur accès à des services de santé intégrés et à des soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses catastrophiques, en vue d'assurer la couverture sanitaire universelle de la population, en particulier pour les populations vulnérables et défavorisées ;
2. L'amélioration des réponses face aux urgences sanitaires et aux catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires ;
3. Le développement de la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque et en préservant un environnement sain pour le bien-être de la population ;
4. Le renforcement de la gestion, de la planification, de l'innovation et de la connaissance afin d'améliorer l'efficacité du bureau de l'OMS et du système de santé.

La Stratégie de coopération avec les pays est alignée sur le Plan national de développement sanitaire 2024-2030, qui marque la transition entre le Treizième Programme de travail (PGT 13) de l'OMS 2019-2025 et le Quatorzième Programme de travail (PGT 14) de l'OMS 2025-2028, ainsi que sur le Plan-cadre des Nations Unies pour le développement durable (UNSDCF 2022-2026) avec l'Union des Comores.



Nous croyons fermement que dans les prochains jours, le partenariat entre le Gouvernement de l'Union des Comores et l'OMS sera encore renforcé, et qu'une plateforme solide sera établie au cours de la période de mise en œuvre de la Stratégie de coopération avec les pays pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD), grâce à nos efforts unis.

En tant qu'autorité mondiale de la santé et première conseillère du Gouvernement comorien en la matière, nous restons convaincus que l'OMS continuera de contribuer à tous les efforts visant à améliorer la santé et le bien-être de la population comorienne.

M. Ahamadi Sidi Nahouda
Ministre de la Santé et de la Protection sociale
Union des Comores



Message du Directeur régional par intérim de l'OMS pour l'Afrique

La Stratégie de coopération avec les pays de la quatrième génération de l'Organisation mondiale de la Santé cristallise le programme de réforme majeur adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer les capacités de l'OMS à répondre aux besoins des États membres. Cette stratégie définit une vision à moyen terme et un cadre de coopération spécifique entre l'OMS et un État membre. Elle reflète les initiatives en cours du programme de transformation de l'OMS dans la Région africaine, ainsi que les principes clés du Treizième Programme général de travail. Elle vise à accroître la pertinence de la coopération technique de l'OMS avec les États membres et se concentre sur l'identification des priorités et des interventions efficaces pour mettre en œuvre le budget-programme de l'OMS. L'objectif de cette stratégie est de rendre l'OMS plus efficace et efficiente dans son soutien aux pays, en proposant des réponses adaptées aux besoins et aux priorités de chacun d'entre eux.

La quatrième génération de la Stratégie de coopération avec les pays s'appuie sur les enseignements tirés de la mise en œuvre de la troisième génération de ces stratégies, sur l'agenda stratégique du pays tel que défini dans les documents de politiques, stratégies et plans sanitaires, ainsi que sur le Cadre de partenariat pour le développement durable des Nations Unies. Cette stratégie doit également s'aligner sur le contexte mondial, continental et régional de la santé et accélérer les investissements en faveur d'une couverture sanitaire universelle.

La progression vers la couverture sanitaire universelle nécessite des services de santé de qualité, intégrés, centrés sur la personne, accessibles à tous et à un coût abordable. Pour y parvenir, j'exhorte les bureaux de l'OMS à utiliser efficacement la stratégie de planification opérationnelle, à mener un plaidoyer soutenu en faveur de la mobilisation des ressources, et à renforcer les partenariats ainsi que la présence de l'OMS dans le pays.

Au cours de ces dernières années, les Comores et l'OMS ont mis en œuvre trois stratégies de coopération qui ont contribué de manière significative aux progrès réalisés dans le domaine de la santé. Je tiens à féliciter le Gouvernement comorien pour son leadership et les avancées significatives en faveur du bien-être et de la santé des populations, notamment l'éradication de la poliomyélite, l'atteinte de l'objectif de développement durable relatif à la mortalité maternelle, l'élimination du paludisme, le traitement de plus de 95 % des cas de VIH, le renforcement de la gouvernance et de la résilience du système de santé grâce à la grâce à la politique de ressources humaines dans le domaine de la santé pour la période 2018-2030, à la stratégie de financement de la santé pour la période 2018-2030 et à la politique de santé pour la période 2024-2030.



Je tiens également à remercier le Ministère de la santé et l'équipe de l'OMS des Comores d'avoir mené un exercice rigoureux en consultation avec les partenaires pour définir la manière dont l'OMS peut contribuer au mieux au développement sanitaire. Le Bureau régional de l'OMS s'engage pleinement à fournir le soutien stratégique et technique nécessaire pour atteindre les objectifs stratégiques de la présente stratégie de coopération.

J'exhorte l'ensemble du personnel de l'OMS, sous la direction de la Représentante de l'OMS, à redoubler d'efforts pour assurer la mise en œuvre efficace des priorités énoncées dans ce document afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations, qui sont des facteurs clés du développement économique et social de l'Afrique.

Je reconnais qu'il faudra redoubler d'efforts dans les années à venir, mais je suis convaincu qu'avec un leadership fort des gouvernements et une collaboration renforcée, transparente et plus résolue entre les partenaires techniques et financiers, nous pourrions travailler ensemble à la réalisation des objectifs nationaux, régionaux, et mondiaux en matière de santé dans une perspective de développement durable.

D' Chikwe Ihekweazu
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique/intérim

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Chikwe Ihekweazu', written in a fluid, cursive style.



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La Stratégie de coopération avec le pays pour l'OMS et l'Union des Comores a été élaborée à un moment où l'Union des Comores est confrontée à des défis socioéconomiques et politiques croissants. L'objectif de cette stratégie est d'orienter et de renforcer la coopération entre le Gouvernement comorien et l'OMS pour les cinq prochaines années, autour de priorités convenues mutuellement, afin d'améliorer la santé de la population comorienne. La Stratégie de coopération avec les pays de 2024-2028 s'appuie sur le Plan national de développement sanitaire 2024-2030, le Treizième Programme de travail (PGT 13) de l'OMS pour la période 2019-2023, le Quatorzième Programme de travail (PGT 14) de l'OMS pour la période 2025-2028 ainsi que sur le Plan-cadre de coopération pour le développement durable des Nations Unies pour l'Union des Comores (UNSDCF), pour la période 2022-2026.

L'Union des Comores est confrontée à une forte pression démographique avec un taux de croissance annuel moyen d'environ 2 %. Près de la moitié de la population (44,8 %) vit en-dessous du seuil de pauvreté et 12,33 % de la population vit dans l'extrême pauvreté. La croissance démographique, le développement des maladies non transmissibles et la demande de soins spécifiques posent en effet des défis au secteur de la santé en termes de prestations de qualité et de disponibilité des services pour les plus démunis. De plus, les indicateurs de santé sont inférieurs aux cibles nationales et aux objectifs de développement durable (ODD).

Dans le cadre de la Stratégie de coopération avec les pays pour la période 2024-2028, l'OMS aidera le gouvernement à surmonter ces défis sanitaires actuels et à mettre en œuvre des réformes

et des améliorations continues du système de santé afin d'assurer une meilleure qualité de vie à chaque citoyen, en particulier aux plus vulnérables et aux plus démunis.

L'OMS mettra progressivement l'accent sur des approches axées sur les résultats dans des domaines sélectionnés, créera un système de gestion multirisque des urgences et développera des partenariats stratégiques avec d'autres secteurs gouvernementaux, les universités et la société civile.

Au cours des cinq prochaines années, l'appui de l'OMS au gouvernement sera axé sur les quatre priorités stratégiques suivantes :

- Renforcement du système de santé pour permettre un meilleur accès à des services de santé intégrés et de soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses catastrophiques, en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle de la population, en particulier pour les populations vulnérables et défavorisées
- Amélioration de la réponse aux urgences sanitaires et catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires
- Promotion de la santé en vue de réduire les facteurs de risque et préserver un environnement sain pour le bien-être de la population
- Renforcement de la gestion, de la planification, de l'innovation et de la connaissance afin d'améliorer l'efficacité du bureau de l'OMS et du système de santé

Un cadre de redevabilité, pour le suivi et l'évaluation des résultats, a été élaboré dans

le présent document afin d'apprécier l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre des interventions décrites pour les cinq prochaines années, ainsi que les changements apportés par l'évaluation des indicateurs de résultats.

L'implication effective et la contribution de toutes les parties prenantes œuvrant dans le domaine de la santé, sous la direction et la coordination de l'OMS en étroite collaboration avec les autorités nationales, seront des facteurs clés de succès et de progression vers la couverture sanitaire universelle.



1. INTRODUCTION

La présente Stratégie de coopération avec les pays (SCP) reflète la vision de l'OMS pour les cinq prochaines années en matière de coopération technique avec le Gouvernement comorien. Elle fournit une feuille de route pour le soutien de l'OMS au gouvernement afin d'améliorer la santé de la population au cours des cinq prochaines années.

Elle clarifie le rôle de l'OMS et la manière dont ses fonctions essentielles seront mises en œuvre pour soutenir les plans et stratégies nationaux de santé et de développement. Elle est en cohérence avec les priorités stratégiques mondiales énoncées dans le Treizième Programme PGT, à savoir : i) **atteindre la couverture sanitaire universelle** ; ii) **faire face aux urgences sanitaires** ; et iii) **promouvoir des populations en meilleure santé**, et s'inspire du Quatorzième Programme PGT.

L'évaluation de la Stratégie de coopération de l'OMS avec l'Union des Comores pour la période 2017-2021 a révélé que les objectifs fixés correspondaient aux besoins prioritaires du pays. La mise en œuvre de cette stratégie a apporté une contribution significative à l'amélioration de la santé des populations, notamment grâce à ses interventions dans les domaines particuliers de la lutte contre la maladie, de l'amélioration de la santé maternelle et infantile, et de l'amélioration de la performance du système de santé.

Des progrès substantiels ont ainsi été réalisés durant sa mise en œuvre, mais la survenue de la pandémie de la COVID-19 a fortement perturbé les interventions planifiées. L'évaluation a également révélé que des lacunes persistent, tant dans la gestion du processus de la Stratégie de coopération avec les pays que dans la gestion de la

coopération technique de l'OMS avec le pays et ses partenaires, notamment une faible implication des parties prenantes, y compris de la société civile dans l'élaboration de la Stratégie de coopération avec les pays, des revues et des plans opérationnels conjoints.

La Stratégie de coopération avec les pays pour la période 2024-2028 a été élaborée selon une approche consultative impliquant l'ensemble des parties prenantes à travers un groupe technique de travail et un dialogue stratégique regroupant tous les acteurs et partenaires pour la validation des axes stratégiques et du cadre de résultats, jusqu'à la validation nationale.

La présente Stratégie de coopération pour la période 2024-2028 décrit la situation actuelle en matière de développement du pays et de l'état sanitaire, et sert de base à la définition des priorités stratégiques communes tout en tenant compte des priorités nationales et de celles de l'Organisation. Ce document met en avant un principe de partenariat ainsi qu'un mécanisme de suivi et d'évaluation approprié.



2. CONTEXTE NATIONAL



Carte géographique de l'Union des Comores

L'Union des Comores est située dans l'océan Indien, à l'entrée nord du canal du Mozambique, entre le nord-ouest de Madagascar et la côte sud-est du continent africain. Le pays est constitué de quatre îles qui s'étendent sur une superficie de 2 236 km² dont Mohéli (290 km²), Anjouan (374 km²), Grande Comores ou Ngazidja (1148 km²), et Mayotte (424 km²). Cette dernière est restée sous administration française depuis l'indépendance en 1975. Le climat y est chaud et humide avec des températures variant de 22,8 °C à 30,3 °C.

L'année est marquée par deux saisons : une saison de fortes pluies accompagnée de vents violents (Kashkazi); et une saison plus sèche avec des températures variant entre 19,5 °C et 28,5 °C (Kusi). Compte tenu de sa position géographique, l'archipel est sujet aux risques cycloniques et aux tempêtes tropicales.

2.1. Situation socio-économique et politique

Contexte démographique

En 2023, la population de l'Union des Comores est estimée à 853 987 habitants [1], dont 50,1 % d'hommes et 49,9 % de femmes avec un taux de croissance de 2 %. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 4,3 enfants par femme. L'espérance de vie à la naissance est de 68,4 ans avec une faible variation entre les hommes (68,1 ans) et les femmes (68,9 ans).

En 2023, la densité démographique moyenne des trois îles est d'environ 471 habitants/km² et varie d'une île à l'autre : 986 habitants/km² à Ndzuwani, 200 habitants/km² à Mwali, et 372 habitants/km² à Ngazidja. Les femmes et les jeunes de moins de 20 ans représentent respectivement 50 % et 57,4 % de la population. Il est également à noter que les habitants de l'Union des Comores migrent beaucoup vers l'étranger (France, Madagascar, etc.).

Bien que l'Union des Comores n'ait pas encore achevé sa transition démographique, on observe une baisse du taux de natalité, qui est passé de 35,6 ‰ en 2003 à 31,8 ‰ en 2017, ainsi qu'une baisse de la mortalité, qui est passée de 7,9 ‰ en 2003 à 7,1 ‰ en 2017.

Contexte politique

L'Union des Comores est une république souveraine, unitaire et démocratique. Le pouvoir exécutif est sous l'autorité du président de l'Union, élu au suffrage universel direct. Le pouvoir législatif est dirigé par l'Assemblée de l'Union, composée de députés élus par le peuple dans les différentes circonscriptions. Le système politique est décentralisé, avec trois niveaux de gouvernance (national, insulaire et local).



Contexte économique

L'Union des Comores est classée 19^e parmi les 25 pays les plus pauvres. L'indice de développement humain durable est de 0,588 et le pays se classe 152^e sur 193 pays. Plus de 45 % de la population comorienne vit dans la pauvreté, dont 17 % d'entre elle dans l'extrême pauvreté. L'économie comorienne repose principalement sur le secteur primaire (agriculture, pêche et élevage).

Ces dernières années, l'économie du pays a été affectée par deux chocs successifs, entraînant une baisse de la croissance de 3,8 % en 2017 et 2018, pour atteindre 2 % en 2019 (cyclone Kenneth) et 0,2 % en 2020 (COVID-19).

En 2023, l'activité économique s'est redynamisée affichant un taux de croissance de 3,5 %. L'inflation moyenne a quant à elle enregistré une baisse pour s'établir à 8,4 % en 2023, contre 12,5 % en 2022. L'économie souffre de dépenses publiques limitées pour les services sociaux de base et d'une assiette fiscale très réduite.

Contexte socio-culturel et éducatif

La population comorienne est le fruit d'un brassage de plusieurs cultures et de civilisations venues d'Afrique, d'Arabie et d'Asie du Sud-Est. La famille demeure le pilier de l'organisation et du fonctionnement de la société. Le mariage renforce la suprématie de la famille. Sur le plan religieux, la population comorienne est musulmane.

Malgré une organisation sociale variable d'une île à l'autre, les Comoriens sont unis et solidaires entre eux pour assurer la pérennité des valeurs propres à leur société, qu'elles soient structurelles, traditionnelles, religieuses ou organisationnelles.

En matière d'éducation, le taux brut de scolarisation enregistré en 2021 est de : 21 % au préscolaire ; 78 % au primaire ; 71 % au collège ; 52% au lycée et 20 % au cycle supérieur.

Contexte environnemental

Sur le plan environnemental, l'Union des Comores est exposée à une dégradation de l'environnement due : i) à la pression démographique sur les terres exploitables ; ii) à l'exploitation anarchique des ressources naturelles ; iii) au déboisement ; iv) à la pollution de l'eau, de l'air et de l'océan (causée par l'insalubrité, le déversement des produits chimiques et plastiques dans les eaux marines, la pollution des navires, etc.). De plus, la population comorienne subit fréquemment les conséquences néfastes des aléas naturels (cyclones, inondations, sécheresse, séismes, éruptions volcaniques) et du changement climatique. Le pays a en effet connu des inondations, dont celles d'avril 2012, mais aussi, plus récemment, le cyclone Kenneth en 2019 qui ont causé d'importants dégâts humains, infrastructurels, matériels et agricoles. L'altération de l'environnement et les intempéries aggravent la situation sanitaire déjà précaire et favorisent le développement de maladies d'origine environnementale (maladies hydriques, infections respiratoires, maladies à transmission vectorielle[2], etc.).

Le pays s'est doté de nombreux instruments pour gérer et protéger les ressources naturelles, ainsi que pour promouvoir la résilience face au changement climatique (développement d'aires protégées marines et terrestres, économie circulaire, production durable, commerce éthique, etc.).

Paix et sécurité

Longtemps confronté à des crises politico-institutionnelles, le pays connaît une relative stabilité depuis plus d'une décennie. Des efforts importants ont été déployés, notamment l'instauration d'une présidence tournante entre les îles, afin de renforcer la gouvernance politique.



2.2. Genre, équité et droits humains

Aux Comores, le cadre juridique de la lutte contre les violences basées sur le genre s'appuie sur le cadre International, à travers les traités et accords auxquels le pays a souscrit, ainsi que sur le cadre juridique national. Avec l'appui du Système des Nations Unies, notamment de l'UNICEF et de l'UNFPA, le gouvernement a entrepris plusieurs actions pour améliorer l'environnement juridique en faveur de la situation des enfants. Ainsi, un nouveau code pénal a été adopté le 29 décembre 2020 afin de criminaliser les abus sexuels sur les mineurs. Une politique nationale de protection de l'enfance a par ailleurs été adoptée en 2016.

Malgré ces avancées notables, la santé reste l'un des secteurs où les disparités se manifestent avec une certaine acuité. Le coefficient de Gini, qui mesure l'écart de la distribution du revenu entre les individus ou les ménages d'un pays, était estimé à 45,3 en 2022[3]. Il faut noter que 22,3 % de la population comorienne est vulnérable à la pauvreté multidimensionnelle.[4]

Selon le bulletin trimestriel d'information sur les violences faites aux enfants et aux femmes (4^e trimestre 2023), 82 % des victimes de violences sont des filles et des femmes, avec une prédominance des violences sexuelles, surtout chez les 11 à 17 ans; toutefois, 100 % des cas de violences physiques et sexuelles ont bénéficié d'une assistance et de PEC médicales, y compris pour les accouchements des filles ou des femmes tombées enceintes.

Le pays a engagé des actions pour réduire les inégalités. Il s'agit notamment de la mise en place d'un programme de protection sociale, de l'assurance maladie généralisée, d'une stratégie nationale de santé communautaire pour la période

2024-2028, du développement de programmes de filets sociaux et de la promotion des mutuelles de santé communautaires. Par ailleurs, l'élaboration de la carte sanitaire a permis d'orienter la stratégie de mobilisation et la répartition équitable du financement de la santé afin de répondre aux besoins de toutes les îles.

Par ailleurs, le phénomène migratoire, bien que peu documenté, constitue un problème de société qui commence à impacter l'Union des Comores.

2.3. Profil sanitaire et état de santé des populations

2.3.1. Organisation du système de santé

L'organisation administrative comprend trois niveaux et est en relation avec les échelons de structures de soins :

Niveau central : assure la définition de la politique et des stratégies de santé, la coordination des grandes interventions et surtout la mobilisation des ressources pour la réalisation d'activités d'envergure nationale. Il comprend des structures de santé qui assurent le rôle de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau intermédiaire, et qui possèdent des capacités plus spécialisées en matière de diagnostic et de traitement. Ces structures ont également des fonctions de formation et de recherche.

Niveau intermédiaire : les directions régionales ont pour mission de coordonner, d'organiser et d'appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre des programmes de santé conformément à la politique sanitaire. Il est constitué de formations sanitaires de premier recours des référés du niveau primaire, et assure une fonction de diagnostic et de traitement en milieu hospitalier.

Niveau périphérique : les districts sanitaires, qui constituent l'unité opérationnelle du système de santé, sont chargés d'organiser les actions sanitaires, de fournir les soutiens opérationnels et logistiques aux services de santé, ainsi que d'encadrer ou d'accompagner les agents de santé dans leurs activités. À ce niveau, les structures de soins assurent la fonction de premier contact avec les usagers afin de dispenser les premiers soins préventifs, curatifs, et promotionnels. Le réseau des agents de santé communautaires organise et participe aux activités de sensibilisation, d'information, de distributions de traitement de masse et de promotion de la santé.



**ORGANISATION DE
PRESTATIONS DE SOINS**

**ORGANISATION
ADMINISTRATIVE**

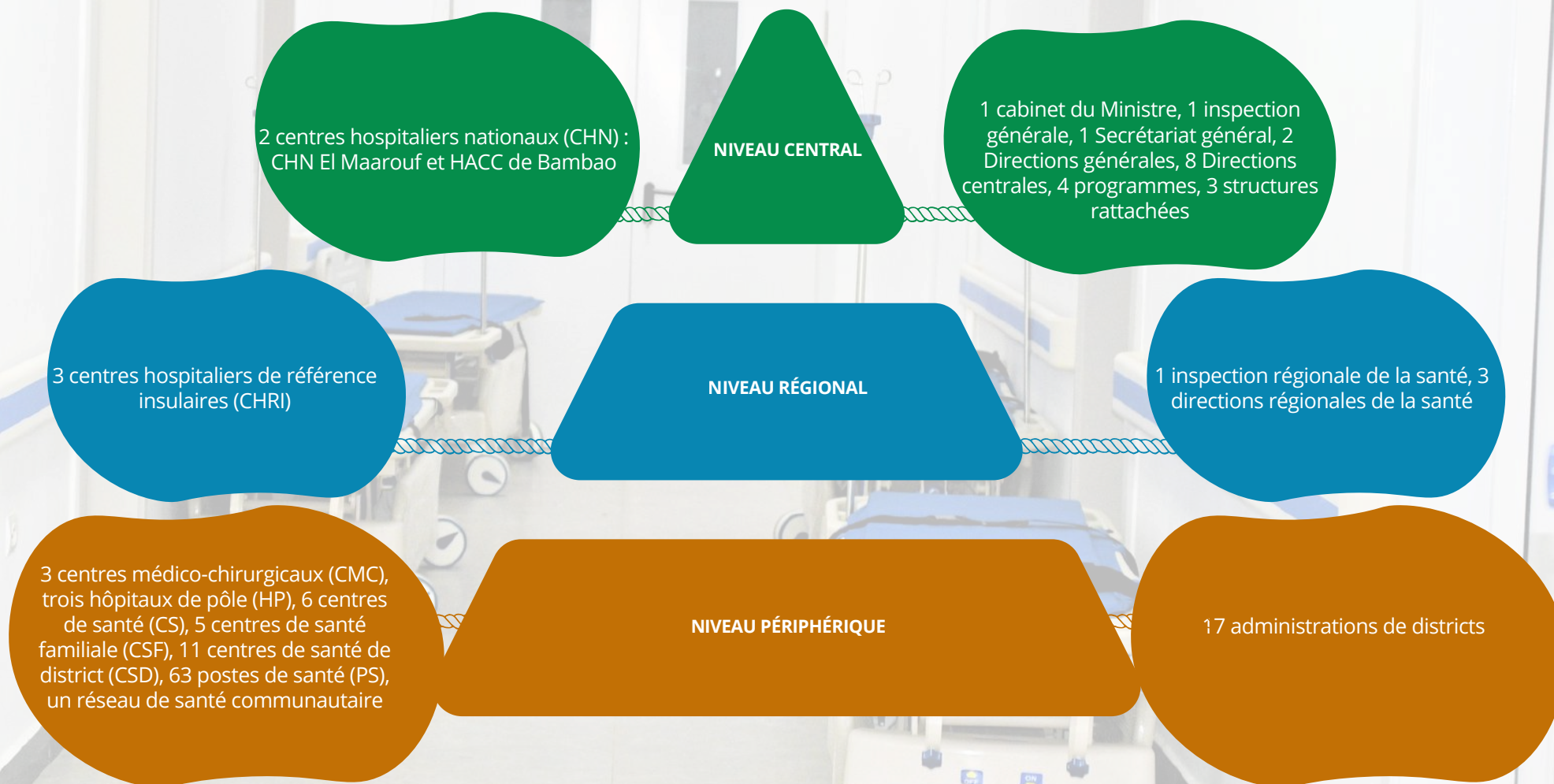


Figure 1. Pyramide sanitaire

Infrastructures, équipements et matériels, intrants de santé :

Le pays a enregistré des avancées en matière de construction et de réhabilitation des infrastructures, grâce à l'augmentation du budget de l'État alloué du secteur de la santé [5]. Selon le rapport de l'enquête sur l'évaluation des structures sanitaires de 2020, réalisée à l'échelle nationale, le nombre total de structures de santé était de 134 formations sanitaires dont 96 dans le secteur public et 38 dans le secteur privé (cabinet médical et clinique). La répartition régionale a montré que sur les 134 structures sanitaires, 66 étaient situées à Ngazidja (49,25 %), 51 à Ndzuwani (38,06 %) et 17 à Mwali (12,69 %).

Selon les résultats du même rapport, on note que le nombre de lits d'hospitalisation disponibles dans les établissements de santé était de 21 pour 10 000 habitants au niveau national. Cet indicateur est légèrement inférieur à l'objectif de 25 lits pour 10 000 habitants. Ainsi, par rapport à cette cible standard, 85,4 % de la population avait accès aux lits d'hospitalisation. Concernant les régions sanitaires, Ndzuwani enregistre d'accès le plus faible (63 %), contre 97,2 % à Ngazidja et 141,1 % à Mwali. Cette densité de lits d'hospitalisation est nettement plus élevée en milieu urbain (158 %) qu'en milieu rural (52,7 %).

Les équipements essentiels désignent le minimum nécessaire et indispensable à une structure de santé pour réaliser ses activités. Il a été observé que 78 % des équipements et matériels essentiels étaient disponibles en moyenne dans les structures de santé. Concernant les produits de santé, y compris les médicaments, il a été constaté au niveau des structures de santé une insuffisance de disponibilité des médicaments essentiels (28 %) et

une faible capacité de diagnostic (38 %) au niveau des structures de santé. Ces situations ont un impact négatif sur la capacité opérationnelle des structures de santé.

Gouvernance

Conformément à la définition de l'OMS de 2014 dans son rapport sur la santé mondiale, la gouvernance désigne les mécanismes de supervision, de contrôle et d'incitation qui visent à responsabiliser une institution ou un système vis-à-vis de ses propriétaires ou fondateurs, et à aligner les objectifs et les intérêts de la gestion de l'institution ou du système avec ceux de ses propriétaires ou fondateurs. La gouvernance repose ainsi sur deux piliers fondamentaux :

- i). premier pilier : la redevabilité des acteurs et des parties prenantes, qui permet l'adhésion au droit (adhésion à la loi, aux règles, aux mesures exécutives et de mise en œuvre, à l'éthique, aux cadres d'intégrité, aux politiques de gestion des conflits d'intérêts, aux meilleures pratiques, etc.);
- ii) Deuxième pilier : l'alignement continu sur les objectifs, qui permet la pertinence de l'action publique (pertinence des stratégies, politiques, plans, programmes, pertinence des décisions prises et des actions).

La CCS 2024-2028 OMS-Comores s'efforcera de renforcer ces deux piliers de la gouvernance, en adoptant des mécanismes et des facilitateurs de systèmes qui permettent de les mettre en œuvre.

En matière de leadership (lié au second pilier de la gouvernance, à savoir l'alignement sur les objectifs), l'État s'est engagé à atteindre les objectifs de développement durable à travers le Plan Comores émergent à l'horizon 2030.

Plusieurs documents de mise en œuvre ont été élaborés et d'autres sont en cours de révision et d'adaptation au contexte national actuel. De nouvelles structures de gouvernance ont été créées en 2017 à savoir, notamment l'Agence nationale des médicaments et des évacuations sanitaires (ANAMEV) instituée par le décret n° 17-011/PR du 24 janvier 2017 et l'Office comorien des produits pharmaceutiques (OCOPHARMA) institué par la loi n° 17-068. La participation du public et l'engagement communautaire dans la gouvernance témoignent de la forte implication de la population dans les actions de développement.



La Direction générale des études, de la planification et des statistiques sanitaires (DGEPS), avec l'appui des partenaires techniques et financiers, assure la planification (élaboration de politiques, de stratégies et de plans nationaux), ainsi que le suivi et l'évaluation des programmes de santé (organisation de revues semestrielles et annuelles, exécution et suivi des projets et programmes). Le système de suivi et d'évaluation s'inscrit dans le cadre du PNDS et est intégré au dispositif national de suivi et d'évaluation du Plan Comores émergent. D'une manière générale, la planification est ascendante, et il manque un cadre de référence et de procédures en matière de planification et de suivi et d'évaluation. La culture du suivi et de l'évaluation reste à améliorer et mérite d'être soutenue dans chaque programme.

En matière de coordination, le Ministère de la santé et de la protection sociale dispose de deux instances nationales de coordination principales : le Comité national de la santé et le Comité technique national de santé. Toutefois, plusieurs comités techniques, de pilotage de projets et de groupes de travail thématiques existent au sein des programmes pour assurer le suivi et la mise en œuvre de leurs plans stratégiques, mais ils ne sont pas très actifs.

Financement de la santé

Le financement de la santé repose sur trois fonctions clés : la mobilisation des ressources, leur mise en commun et l'efficacité de leur utilisation.

Les ressources pour la mobilisation proviennent des fonds publics, des partenaires techniques et financiers (comme le Système des Nations Unies, le Fonds mondial, GAVI), des fonds privés (ménages, diaspora, ONG) et du financement basé sur la performance (PBF).

Selon le PNDS, la répartition des sources est la suivante : ménages (48 %), État (35 %), PTF (14 %). En 2019, les dépenses de santé représentaient 19,34 % du budget de l'État.

En ce qui concerne la mise en commun, l'instauration du tiers payant est essentielle pour l'assurance maladie généralisée (AMG), gérée par la Caisse nationale de solidarité et de prévoyance sociale, dans le cadre d'un dispositif institutionnel adapté à la couverture sanitaire universelle.

Pour ce qui est de l'efficacité, la forte contribution des ménages a conduit au développement de mécanismes de financement alternatifs. Le financement basé sur la performance, mis en place en 2012 dans l'ensemble des structures sanitaires de l'Union des Comores, sera étendu aux soins de santé primaire, avec un accent mis sur l'achat stratégique.

Ressources humaines

En 2021, le pays affiche un ratio de 2,99 médecins pour 10 000 habitants (241 médecins), de 8,48 infirmiers pour 10 000 habitants (683 infirmiers) et de 7,28 sage-femmes pour 10 000 habitants (586 sage-femmes). Cette situation est inférieure aux normes de l'OMS, qui sont de 45 personnels de santé pour 10 000 habitants afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Il apparaît que la répartition selon le milieu de résidence fait ressortir une forte disparité : le milieu rural enregistre une densité de personnels de santé de 9,5 contre 43,8 en milieu urbain [6].

La formation de base des médecins généralistes, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes ainsi que celle de la plupart des spécialités médicales et chirurgicales, se fait à l'extérieur du pays, en raison de l'absence de faculté de médecine.

Toutefois, le pays dispose d'une seule école de formation agréée pour la formation des cadres moyens infirmiers diplômés d'État (IDE) et des sage-femmes diplômées d'État (SFDE), qui doit renforcer ses capacités pour exploiter pleinement son potentiel [7].



Système d'information sanitaire

La collecte, le traitement, la diffusion et l'archivage des données constituent les missions principales de la Direction de l'information et des statistiques sanitaires (DISS) au sein de la Direction générale des études, de la planification et des statistiques sanitaires. L'Union des Comores dispose d'une stratégie nationale de santé numérique pour la période 2022-2026, qui prévoit notamment le développement de la télémédecine et l'apprentissage en ligne, de la plateforme Mobile-Health et de bases de données référentielles.

Selon les résultats du même rapport, on note que le nombre de lits d'hospitalisation disponibles dans les établissements de santé était de 21 pour 10 000 habitants au niveau national. Cet indicateur est légèrement inférieur à l'objectif de 25 lits pour 10 000 habitants.

Ainsi, par rapport à cette cible standard, 85,4 % de la population avait accès aux lits d'hospitalisation. Concernant les régions sanitaires, Ndzuwani enregistre d'accès le plus faible (63 %), contre 97,2 % à Ngazidja et 141,1 % à Mwali. Cette densité de lits d'hospitalisation est nettement plus élevée en milieu urbain (158 %) qu'en milieu rural (52,7 %).

La Direction de l'information et des statistiques sanitaires assure également la mise en œuvre du Plan national de développement du SIS (PNDSIS) [8]. Toutefois, le ministère est confronté au problème de la coordination en matière de gestion des données, dont les informations ne sont pas centralisées mais gérées par les différents programmes.

Par ailleurs, certaines informations disponibles ne sont pas récentes faute de collecte de données périodiques (enquêtes, etc.), ce qui ne permet pas de prendre des décisions éclairées.

Afin d'améliorer la disponibilité d'une base de données unique, centralisée, et actualisée, la Direction de l'information et des statistiques sanitaires a mis en œuvre le programme de digitalisation du SIS via la plateforme de la deuxième version du District Health Information System (DHIS2).



2.3.2. Performance en matière de soins et service de santé

2.3.2.1. Espérance de vie à la naissance et principales causes de décès

Les stratégies et les réformes engagées dans le système de santé ont permis d'augmenter considérablement l'espérance de vie à la naissance, avec un gain de 14,4 ans entre 1980 et 2017. Cette tendance indique que le pays devra de plus en plus prendre en charge une population vieillissante. Par conséquent, les problèmes de santé liée à la vieillesse occuperont une place de plus en plus importante dans le profil épidémiologique du pays.

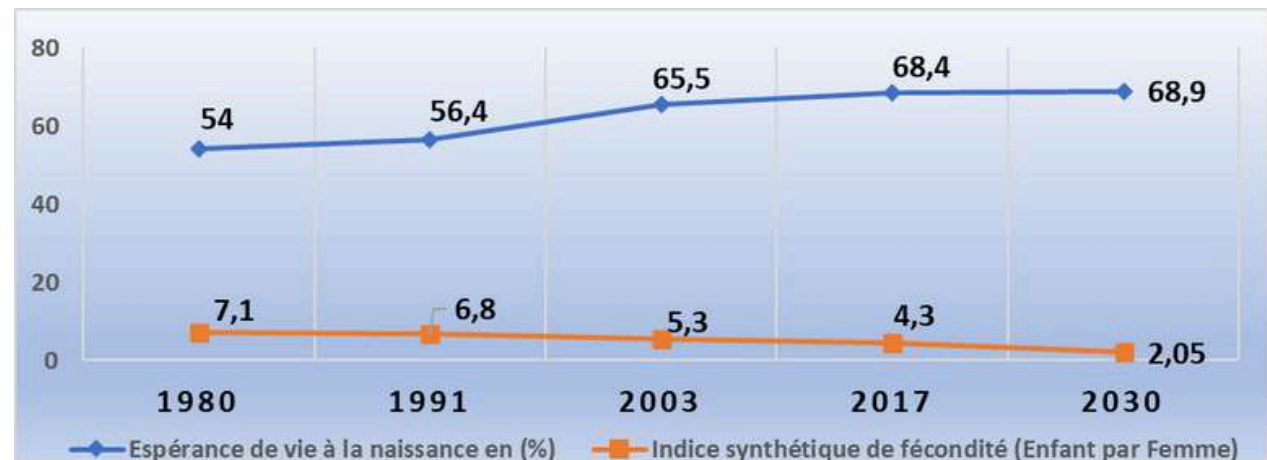


Figure 2. Évolution des tendances de l'espérance de vie à la naissance (en années)

• Principales causes de décès

On relève une double charge due aux maladies transmissibles et non transmissibles, avec une tendance très nette à l'augmentation et de la part contributive des maladies non transmissibles dans les causes de décès au cours des 10 dernières années. Les dix causes les plus élevées du nombre total de décès en 2019, ainsi que le pourcentage de changement entre 2009 et 2019, sont reprises dans la figure ci-dessous.[9]



● Maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles

● Maladies non contagieuses

Cause	2009 rank	2019 rank	Evolution du nombre de décès pour 100 000 habitants, entre 2009 et 2019	
Accident vasculaire cérébral	5	1	↑	+6,4
IVRI	2	2	↓	-22,0
La cardiopathie ischémique	6	3	↑	+10,0
Troubles néonataux	1	4	↓	-38,6
Tuberculose	7	5	↓	-3,1
Maladies diarrhéiques	4	6	↓	-20,4
Paludisme	3	7	↓	-37,8
Diabète sucré	10	8	↑	+3,4
Cirrhose	9	9	↑	+2,5
Cardiopathie hypertensive	12	10	↑	+2,4

Figure 3. Principales causes de décès entre 2009 et 2019

2.3.2.2. La Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents

• Mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Selon les données de l'enquête MICS, on observe une diminution significative de la mortalité maternelle, néonatale et infantile entre 2012 et 2022. Ces résultats témoignent des progrès réalisés ces dix dernières années grâce au renforcement des capacités et à l'amélioration du plateau technique pour la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Le tableau ci-dessous illustre cette évolution favorable des indicateurs de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Les principales causes de mortalité maternelle aux Comores sont évitables et similaires à celles observées dans d'autres pays en développement. Il s'agit de l'hémorragie, des infections post-partum, de la prééclampsie, de l'éclampsie et des complications liées à l'avortement ainsi que des causes obstétricales indirectes dominées par le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose. Cependant, les décès de nouveau-nés sont principalement dus aux complications de la prématurité, aux complications à la naissance, notamment à l'asphyxie, et aux infections néonatales.

Indicateurs	MICS 2012	MICS 2022
Mortalité maternelle	172 pour 100 000 NV	53 pour 100 000 NV
Mortalité maternelle	24 pour 1000 NV	19 pour 1000 NV
Mortalité infanto-juvénile	50 pour 1000 NV	36 pour 1000 NV

Tableau 1. Évolution de la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile en Union des Comores entre 2012 et 2022

• Soins obstétricaux et néonataux de base

Selon l'enquête Harmonised Health Facility Assesment (HHFA) de 2020, la couverture en soins obstétricaux et néonataux de base est de 60 %, et celle en soins du nouveau-né est de 25 %. L'offre de soins obstétricaux et néonataux complets n'est disponible que dans 7 % des établissements de santé. Il a été observé que les fonctions signalétiques des soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont incomplètes, que les équipements de réanimation du nouveau-né dans les centres hospitaliers sont insuffisants, que les normes et procédures diagnostiques et thérapeutiques ne sont pas respectées, que l'application des décisions thérapeutiques est en retard ainsi que les audits de décès maternels et périnataux ne sont pas tenus par l'équipe de soins.

En matière d'urgences obstétricales, le retard dans la décision d'évacuation, l'insuffisance des ambulances médicalisées et le manque d'entretien de ces dernières entravent la capacité du système de référence à référence.

Malgré l'existence de normes et de standards en matière de consultation postnatale, ce programme est peu performant en raison d'une communication et d'une sensibilisation insuffisantes, mais il est également confronté à des problèmes liés aux coutumes, selon lesquelles la femme accouchée reste à domicile pendant les 45 jours suivant l'accouchement.



• Planification familiale

En matière de planification familiale, l'indice synthétique de fécondité reste élevé à 4,17 enfants par femme (RGPH 2017), la prévalence contraceptive est faible (elle est passée de 19 % à 11,6 % entre 2012 et 2022) et les besoins satisfaits en planification familiale sont faibles (ils sont passés de 19,7 % à 11,6 % entre 2012 et 2022). Par ailleurs, le pays fait face à une tendance régressive du nombre d'utilisatrices de produits contraceptifs depuis 2018. Ce nombre est en effet passé de 8874 en 2018 à 2290 en 2022, soit une réduction de plus de 280 % en 5 ans [10].

De plus, même si 60 % des établissements de santé proposent des méthodes de planification familiale, le programme continue de présenter des imperfections, notamment des ruptures de stock fréquentes et une gamme limitée de produits contraceptifs et d'autosoins.

De plus, l'accès aux services de planification familiale et leur utilisation sont confrontés à un manque de sensibilisation, à l'influence des croyances religieuses et culturelles, à une faible implication des partenaires dans le programme de santé reproductive et à un faible niveau d'instruction des utilisatrices.

On note également l'absence de plan de communication pour gérer les rumeurs.

- **Vaccination et surveillance des maladies évitables par la vaccination**

Le Programme élargi de vaccination joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de vaccination 2023-2027, qui vise à atteindre les populations cibles et à renforcer la couverture vaccinale dans le pays. La vaccination infantile est notamment au cœur des actions entreprises pour répondre aux priorités de la cette stratégie, avec un objectif primordial : réduire le nombre d'enfants sans aucune vaccination ou sous-immunisés. Cependant, l'impact de la pandémie de COVID-19 survenue en 2020 a considérablement affecté les performances des campagnes de vaccination de routine, entraînant des baisses notables de la couverture vaccinale.

L'analyse des données du Programme élargi de vaccination entre 2019 et 2023 montre qu'il n'y a pas eu d'évolution significative sur cette période, malgré quelques ajustements. La couverture du BCG, par exemple, a fluctué, atteignant un pic de 73 % en 2021, avant de chuter à 61 % en 2022, puis de se redresser à 72 % en 2023. De même, la couverture de la VPO-3 a diminué, passant de 71 % en 2019 à 62 % en 2023. En revanche, la couverture pour le Penta 1 est restée stable à 80 % en 2023, et la couverture celle pour le Penta 3 s'est stabilisée à 75 %, après une baisse en 2021.

Le taux de couverture du VAR1/RR1 est resté relativement constant autour de 70 % sur la même période. Le vaccin RR2, introduit en 2021, a montré des progrès significatifs, atteignant 79 % en 2022 et 2023.

En résumé, si certaines couvertures ont connu des fluctuations, les tendances globales entre 2019 et 2023 indiquent une stagnation dans l'atteinte des

objectifs de couverture vaccinale nationale, et des défis restent à surmonter pour atteindre les cibles fixées. La figure ci-dessous montre l'évolution des couvertures vaccinales entre 2019 et 2023.

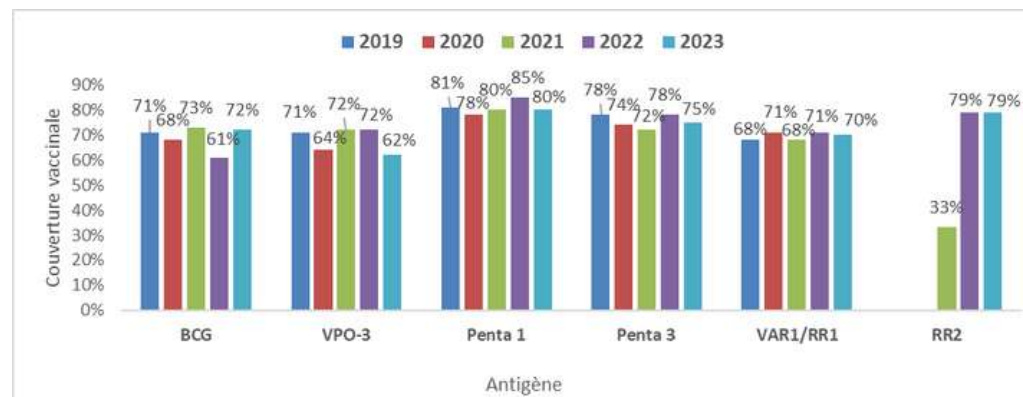


Figure 4. Évolution des couvertures vaccinales par antigène en Union des Comores, de 2019 à 2023

- **La santé de l'enfant**

La morbidité chez les enfants de moins de cinq ans est principalement causée par le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le VIH, les anémies et la malnutrition chronique. Le paludisme a une prévalence de 14 % et les diarrhées de 17 %, avec un taux particulièrement élevé chez les enfants âgés de 6 à 11 mois (33 %). L'absence de vaccin contre le rotavirus et d'une stratégie communautaire de PCIME constitue un défi majeur. Pour réduire la mortalité infantile, il est essentiel de garantir des services de santé de qualité, tant au niveau sanitaire qu'au niveau communautaire.

En 2020, l'enquête HHFA-SDI a révélé que 79 % des structures sanitaires proposaient des soins de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), avec des couvertures de 69 % pour la pneumonie et de 49 % pour le paludisme. Cependant, des obstacles tels que les ruptures de stock, la faible adhésion des médecins et le coût élevé du programme entravent son efficacité.

Il est également essentiel d'étendre les soins au-delà de l'âge de 5 ans et de renforcer l'allaitement exclusif avant l'âge de 6 mois ainsi que les interventions en faveur du développement de la petite enfance.



- **La santé des adolescents**

En 2020, l'enquête HHFA-SDI a révélé que 67 % des structures de soins proposaient des services pour les jeunes, mais que les services de santé reproductive adaptés aux adolescents étaient limités, en raison de ressources insuffisantes. L'absence de dialogue sur la sexualité et la dégradation économique exacerbent la vulnérabilité des jeunes, notamment en raison de taux élevés de grossesses précoces et non désirées.

Les centres de santé pour jeunes proposent un nombre limité de services. Il est nécessaire de mettre en place une approche globale pour améliorer la santé des adolescents, comme le recommande l'OMS dans le cadre de l'Action mondiale accélérée pour la santé des adolescents (AA-HA).

Selon les rapports MICS, on note également une baisse du taux de fécondité chez les adolescentes, qui est passé de 70 à 60 naissances vivantes (pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans) entre 2012 et 2022.

2.3.2.3. La santé des personnes âgées

Selon le RGPH de 2017, la population âgée de plus de 60 ans est passée de 4,2 % en 1991 à 5,3 % en 2017. Toutefois, le pays ne dispose pas encore d'un programme spécifique concernant la santé des personnes âgées.

Pour améliorer le vieillissement en bonne santé aux Comores, le pays doit mettre en place une stratégie qui permettra de changer la perception du vieillissement par la population, de la manière dont elle le ressent et dont elle agit face à l'âgisme ;

renforcer les communautés afin de favoriser les capacités des personnes âgées ; fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires adaptés aux personnes âgées ; et garantir l'accès à des soins de longue durée de qualité pour les personnes âgées qui en ont besoin.

2.3.2.4. Les maladies transmissibles

La lutte contre les maladies transmissibles, notamment le paludisme, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les hépatites, est une priorité du PNDS 2024-2030 [11].

- **Le paludisme**

Depuis 2007, l'Union des Comores s'est engagée à éliminer le paludisme d'ici 2025 [12]. La mise en œuvre combinée de différentes stratégies préconisées par l'OMS, telles que la distribution de masse de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, les traitements de masse ciblés, la recherche active des cas et les pulvérisations intra-domiciliaires ciblées, associée à la mobilisation de plusieurs acteurs, vise à diminuer l'incidence du paludisme. L'Union des Comores est classée parmi les pays à très faible transmission du paludisme, au stade de pré-élimination.

Selon le rapport annuel du PNLP de 2024, l'analyse épidémiologique des régions sanitaires de Ndzuwani et de Mwali révèle une stabilité marquée, avec un statut de pré-élimination établi depuis 2012 et 2014, respectivement. Toutefois, ces régions continuent de signaler des cas importés en provenance de l'île de Ngazidja, de Madagascar et d'autres pays d'Afrique. La détection des cas est principalement assurée par la recherche passive (79 %), suivie de la recherche active (10 %) et de l'implication des agents de santé communautaire

pour 11 % des cas. En 2023, le taux d'incidence national était de 24,7 nouveaux cas pour 1 000 habitants, avec des disparités régionales significatives. Ngazidja, qui représente près de 99 % des cas cumulés au niveau national, enregistre la plus forte incidence avec 43,38 nouveaux cas pour 1 000 habitants, tandis que Ndzuwani et Mwali rapportent des incidences respectives de 0,50 et 1,10 nouveaux cas pour 1 000 habitants. Quant aux décès, bien que leur nombre soit faible, deux décès ont été enregistrés en 2023.

On note également diverses problématiques notamment :

- de financement : insuffisance des ressources financières pour les activités à grande échelle comme la PID, et difficulté à mobiliser des ressources financières locales,
- de coordination : non mise en place d'un comité national d'élimination du paludisme, en raison du non-fonctionnement de plusieurs structures de coordination existantes, insuffisance de partenaires de lutte contre le paludisme, et
- de mise en œuvre : faible sensibilisation et mobilisation communautaire, faible adhésion de la population de l'île de Ngazidja aux interventions de traitement de masse, faible utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action dans les foyers.

Le tableau qui va suivre présente quelques données et évolution des indicateurs clé les cinq dernières années, 2019-2023.

Intitulés des indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023
Incidence du paludisme pour 1000 habitants	20,37 ‰	5,4 ‰	11,45 ‰	24,71 ‰	24,23 ‰
Nombre de cas de paludisme notifiés	17 795	4546	10 547	20 681	21 079
Nombre de cas confirmés de paludisme autochtones notifiés : recherche passive	12 388	3133	8718	14 393	17 755
Nombre de cas confirmés de paludisme autochtones notifiés : recherche active	5309	1343	1829	6169	3124
Nombre des décès dus au paludisme	1	7	3	0	2

Tableau 2. Évolution de quelques données brutes et indicateurs sur le paludisme en Union des Comores entre 2019 et 2023

• La tuberculose

Le programme de lutte contre la tuberculose a déployé d'importants efforts pour réduire l'incidence de la maladie, bénéficiant d'un engagement politique fort et de ressources conséquentes. Des structures de diagnostic et de soins ont été renforcées, avec des équipes de coordination à tous les niveaux, l'installation de centres de diagnostic et de traitement, et l'utilisation d'appareils Gene Xpert, le tout étant soutenu par le financement du Fonds mondial. Malgré ces avancées, l'accès aux services de santé reste limité, ce qui entraîne une sous-notification des cas et une qualité insuffisante des services de prévention.

En 2020, l'OMS estimait à plus de 250 le nombre de cas de tuberculose par an, mais seuls 108 et 111 cas ont été enregistrés respectivement en 2022 et 2023. Cette sous-performance est due à plusieurs facteurs, notamment le manque de formation des agents de santé communautaire en matière de prévention, l'absence de budget alloué médicaments, la mise en place partielle du guichet unique TB/VIH, et des difficultés liées au financement et à l'intégration des soins.

Le pays continue toutefois d'afficher un taux de réussite du traitement supérieur à 90 %, conforme aux normes du programme, ce qui reste un indicateur positif malgré les défis persistants.



Figure 5. Répartition de cas de tuberculose notifiés de 2018 à 2023

- **Les infections sexuellement transmissibles et le VIH/Sida**
- **La syphilis**

Le nombre de cas d'IST en général a enregistré une tendance à la baisse, passant de 3029 cas en 2018 à 2724 cas en 2021, puis à 2192 cas en 2022 (données provisoires), avec une légère augmentation en 2020 (3632 cas). La proportion de la syphilis chez les femmes enceintes était de 3 % en 2021. De 2018 à 2023, la prévalence de la syphilis chez les populations vulnérables est passée de 0,5 % à 0,4 % chez les jeunes, de 1,2 % à 1,5 % chez les travailleuses du sexe et de 0 % à 1,8 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, selon les rapports de séroprévalence de la DLS/Comores de 2018 et 2023.



La disponibilité des services de prise en charge des IST est de 69 % pour le secteur public, 89 % pour le secteur privé à but non lucratif, 58 % pour le secteur privé à but lucratif et 67 % pour les organisations confessionnelles. Cependant, il a été observé une insuffisance des moyens de diagnostic au niveau des hôpitaux de référence [13].



Figure 6. Séroprévalence de la syphilis par cible, 2018-2023

• Les hépatites virales

Les hépatites virales B et C sont des infections transmises par le sang. La transmission s'effectue surtout au début de la vie, lors d'injections ou d'actes médicaux effectués dans de mauvaises conditions sanitaires, ou lors de relations sexuelles non protégées. La prévalence de l'hépatite B est la plus élevée en Afrique subsaharienne et en Asie de l'Est, où 5 à 10 % de la population adulte est atteinte d'une hépatite B chronique.

Selon les tendances observées, le nombre de cas d'hépatites virales a diminué entre 2018 et 2020, marquée surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans. Chez les hommes homosexuels, la tendance est moins marquée. Des lacunes existent également dans ce programme, notamment en matière de dépistage, d'accès au traitement, de prévention, de système de surveillance, et de financement.

Selon l'enquête de séroprévalence, la prévalence de l'hépatite B était de 1,93 % chez les jeunes, de 4,20 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de 2,23 % chez les travailleuses de sexe et de 7,62 % chez les utilisateurs des drogues injectables.



Figure 7. Séroprévalence des hépatites virales par cible, 2018-2023

• Le VIH/Sida

Selon les données de l'enquête de séroprévalence de 2018, 2020 et 2023, L'Union des Comores fait partie des pays à épidémie peu active, avec une prévalence maintenue en dessous de 0,05 %. Cependant, entre 2018 et 2023, on note une légère augmentation de la prévalence chez les populations à risque, notamment chez les travailleuses du sexe, qui est passée de 0,3 % à 0,5 %, et plus marquée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, passant de 0,5 à 1,8 %.

En 2022, 94 personnes vivant avec le VIH (PWVIH) ont été identifiées, contre 85 en 2021. Par ailleurs, seulement 31 292 personnes ont été dépistées en 2023, contre 104 574 en 2018. Bien que des actions aient été menées, comme la mise à jour des documents stratégiques et la prise en charge des

personnes vivant avec le VIH, des faiblesses ont été constatées, notamment : la réduction du nombre de dépistages, la non-atteinte des objectifs 95-95-95 et les problèmes liés au financement, à la sensibilisation et à l'insuffisance de structures de dépistage.



Figure 8. Séroprévalence du VIH/sida par cible, 2018-2023



2.3.2.5. Les maladies non transmissibles

Selon les estimations du profil pays de l'OMS, les maladies non transmissibles représentent 53 % de l'ensemble des décès en Union des Comores. Les décès liés aux maladies cardiovasculaires représentent 20 %, ceux liés au cancer, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques sont respectivement de 9%, 4% et 3%^[14] respectivement.

Les principaux facteurs de risque comportementaux et métaboliques sont élevés et sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Facteurs de risques	Taux	Source
Prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de plus de 18 ans	25 %	Enquête STEPWISE 2011
Prévalence de l'hyperglycémie	4,82 %	Enquête STEPWISE 2011
Prévalence de la surcharge pondérale	39,4 %	Enquête STEPWISE 2011
Prévalence de l'obésité	13,5 %	Enquête STEPWISE 2011
Prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 15 à 49 ans (hommes)	12,5 %	MICS 2022
Prévalence du tabagisme chez les personnes âgées de 15 à 49 ans (femmes)	1 %	MICS 2022
Consommation totale d'alcool par habitant (en litres d'alcool pur)	0,2	OMS

Tableau 3. La prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles

Les offres de services destinées à la lutte contre le diabète et les maladies cardiovasculaires sont respectivement disponibles à 72 % et à 71 %, contre 10 % pour les services de lutte contre les cancers du col de l'utérus ^[15].

De plus, le pays ne dispose de peu de moyens matériels, financiers et humains pour offrir une prise en charge adéquate de ces maladies, et les patients doivent recourir à des évacuations sanitaires très coûteuses à l'étranger.

D'autres maladies non transmissibles ne sont pas négligeables, notamment les pathologies buccodentaires et les maladies mentales. Un service de santé mentale est disponible, avec un médecin psychiatre et un médecin référent en psychiatrie. Le pays compte actuellement deux psychologues et trois infirmiers référents insulaires en psychiatrie.

Outre les préoccupations relatives à la prévention et à la prise en charge, le programme de lutte contre les maladies non transmissibles est confronté à l'absence de données récentes permettant d'évaluer l'ampleur du problème.



2.3.2.6. Les maladies tropicales négligées

Dans plusieurs pays du monde, dont les Comores, les maladies tropicales négligées posent un sérieux problème de santé publique. Ces maladies sont responsables de déformations, d'invalidités ou de mutilations causant des préjudices physiques, moraux et sociaux. Pour mieux les gérer, l'Union des Comores s'est dotée d'un plan directeur national de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées pour la période 2024-2030, qui place l'élimination de la filariose lymphatique et de la lèpre parmi les grandes priorités du pays.

- **La filariose lymphatique**

De 2002 à 2019, six campagnes de traitement de masse contre la filariose lymphatique ont été menées dans le pays avec une couverture géographique de 100 %. Cependant, plusieurs campagnes de traitement de masse dans l'île de Ngazidja n'ont pas atteint le seuil de couverture thérapeutique de 65 %. C'est la raison pour laquelle deux campagnes supplémentaires ont été organisées à Ngazidja en 2020 et 2021.

En 2023, des enquêtes d'évaluation de la transmission de la filariose ont été menées dans les trois îles afin d'évaluer la présence de microfilaries. Il a été observé que le pays est sur la bonne voie, avec des prévalences très inférieures au seuil fixé, inférieur à 2 %, dans les trois îles. La mobilisation des autorités, des acteurs et des organisations de la société civile dans la sensibilisation a contribué à ce résultat. Mais les efforts seront surtout axés sur la mobilisation des ressources financières locales et la recherche de partenariats potentiels.

- **La lèpre**

La lèpre est une maladie endémique aux Comores. Sa prévalence est en phase décroissante depuis les efforts menés dans le pays. Selon les rapports annuels de la lèpre, la prévalence de la maladie est passée de 3,5 pour 10 000 habitants en 2018 à 1,9 en 2022, puis à 2,1 en 2023.

Les interventions sont principalement axées sur la recherche active de cas dans les zones difficiles d'accès, le suivi des traitements et le dépistage précoce des complications, afin de réduire le risque d'invalidité. De plus, le programme a mis en place un système de géolocalisation des cas et des contacts afin de renforcer le dépistage et le suivi des malades.



2.3.3. Couverture sanitaire universelle

La performance en matière de couverture sanitaire universelle est mesurée par deux indicateurs : i) *l'indice de couverture des services de santé essentiels* (indicateur 3.8.1 de l'ODD 3) et ii) la dépense catastrophique des ménages, qui mesure la protection contre le risque financier lié à la maladie (indicateur 3.8.2 de l'ODD 3) :

- **L'indice de couverture des services de la couverture sanitaire universelle pour les services de santé essentiels** est basé sur 14 indicateurs traceurs des interventions incluant la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, ainsi que la capacité et l'accès aux services. Cet indice a évolué de manière statistiquement significative aux Comores, passant de 35,8 en 2010 à 48,1 en 2021 (l'idéal étant un indice de 100).
- **Le pourcentage de ménages subissant des dépenses catastrophiques de santé** est estimé à 8,8 % en 2021[16]. Si la part des dépenses catastrophiques en santé est faible, elle ne doit pas pour autant cacher la réalité et donner lieu à des interprétations erronées : la majorité de la population n'a pas accès aux soins de santé, ou y renonce. C'est ce qui explique ce faible pourcentage.

La dépense par habitant est estimée à 63 dollars É.U. en 2011, à 55 dollars É.U. en 2015 et à 106 dollars É.U. en 2019. (Le seuil recommandé par l'OMS pour atteindre la couverture sanitaire universelle est de 112 dollars É.U.). La stratégie de promotion de la couverture sanitaire universelle repose à la fois sur le renforcement du système de santé et sur celui du système de financement, grâce à la mobilisation de ressources en faveur de la santé et au développement de financements inn-

ovants permettant d'augmenter le budget de l'État. Un système d'assurance est en cours d'instauration avec la mise en place du programme d'assurance maladie généralisée.

2.3.4. Sécurité sanitaire

En tant qu'État insulaire en développement, l'Union des Comores est particulièrement vulnérable face à la propagation d'agents pathogènes liés aux maladies et aux événements de santé publique, consécutifs au changement climatique et à la mondialisation. En raison de sa position géographique, l'Union des Comores est régulièrement touchée par des catastrophes naturelles (tsunamis, cyclones, séismes, activités volcaniques, etc.) dont les conséquences négatives ne sont pas encore couvertes. En 2019, le cyclone Kenneth a touché les îles dans plus de 43 % de la population totale et faisant un bilan de 6 morts, 182 blessés et 11 969 déplacés.

La sécurité sanitaire mondiale et nationale implique une bonne prévention ainsi qu'une détection et une riposte rapides, utilisant :

- la Surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR) comme stratégie visant à renforcer les capacités de surveillance, de laboratoire et d'intervention à tous les niveaux du système de santé ;
- le Règlement sanitaire international (RSI), qui est une condition pour satisfaire aux capacités principales de surveillance et d'intervention en cas d'urgences sanitaires publiques d'ampleur internationale.

Afin d'évaluer la mise en œuvre des capacités requises en vertu du RSI, l'Union des Comores a mené une évaluation externe conjointe en 2017,

qui a révélé les capacités suivantes :

- Des mécanismes de collaboration intersectorielle pour la détection et la réponse aux événements de santé publique ainsi que des procédures opératoires précisant les mécanismes de coordination entre les secteurs sont en place. Les ressources humaines dans les secteurs de la santé humaine et animale sont insuffisantes à tous les niveaux. Les programmes de vaccination et de communication coordonnent les activités y afférentes.
- À l'issue de cette évaluation, le Plan d'action national de sécurité sanitaire[17] a été élaboré afin de combler les lacunes identifiées et d'améliorer les stratégies de mise en œuvre du RSI. Le dispositif de gestion des risques et des catastrophes est disponible en Union des Comores, sous la direction générale de la sécurité civile (DGSC), qui est l'organe national de gestion des crises. Il existe également une cellule de veille et d'alerte précoce qui collecte, traite et analyse en temps réel, 24 heures sur 24, les informations relatives à la prévention et à la gestion des risques et des catastrophes.



- **Surveillance intégrée des maladies et riposte**

Dans le cadre du renforcement de la surveillance épidémiologique aux Comores, le bureau de l'OMS a appuyé la mise à jour, la finalisation et la validation technique de la troisième édition du guide SIMR, suivies de la formation des formateurs. Les outils de la surveillance ont été validés et les capacités des acteurs de la surveillance à tous les niveaux et dans tous les secteurs ont été renforcées afin d'assurer une bonne organisation de la surveillance épidémiologique.

Les principaux défis restent l'appropriation et l'intégration des activités de la SIMR, la coordination des différentes surveillances, l'implication des cliniques privées dans la surveillance ainsi que la fidélisation des EIR et des agents aux points d'entrée.

- **Réponse aux urgences sanitaires et gestion des risques et des catastrophes**

Si l'Union des Comores a organisé la cartographie de l'évaluation des risques de vulnérabilité (VRAM) en 2017 et a développé un plan national de gestion des risques et catastrophes, le volet des urgences de santé publique, quant à lui, reste peu développé. L'évaluation des risques à l'aide de l'outil stratégique de l'OMS (STAR) est également prévue, car elle n'a jamais été réalisée dans le pays.

En effet, il n'existe pas de pré-positionnement de médicaments et d'intrants pour les urgences dans les formations sanitaires et la plupart du personnel de santé n'a pas de notions de gestion des risques et des catastrophes. De plus, le Centre opérationnel d'urgence en santé publique (COUSP) n'est pas opérationnel, bien qu'un point focal ait été nommé en 2023.

2.3.5. Promotion de la santé et de la population

La promotion de la santé est le processus qui permet aux individus et aux communautés d'accroître leur capacité à contrôler les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur état de santé. L'Union des Comores dispose de peu de données sur les facteurs de risque liés au tabagisme et à l'alcoolisme, mais selon l'enquête MICS de 2022, 13,5 % des personnes âgées de 15 à 49 ans déclarent consommer du tabac.

Toutefois, les données STEPWISE de 2011 révèlent des résultats inquiétants concernant les facteurs de risque liés aux mauvaises habitudes alimentaires et à l'obésité, avec 22 % de femmes de plus de 25 ans obèses.

La situation actuelle concernant les questions environnementales reste préoccupante dans le pays, notamment en ce qui concerne l'insalubrité, la gestion des déchets, l'eau et l'assainissement, etc., ce qui nécessite la mise en place d'un système de gestion des déchets ménagers et hospitaliers.

En matière de l'eau, de l'hygiène et de gestion des déchets, les données sont rares. Les pathologies liées au cadre de vie pourraient en effet être nombreuses : asthme, paludisme, dengue, maladies diarrhéiques, etc.

Selon les résultats de l'enquête MICS de 2012 et 2022, la consommation d'eau provenant d'une source améliorée par les ménages est passée de 70 % en 2012 à 97,1 % en 2022. La proportion des ménages utilisant une source d'eau de robinet est passée de 37,6 % à 38,8 % entre 2012 et 2022.

Le système de gestion des déchets aux Comores reste largement inefficace.

Chaque année, 135 000 tonnes de déchets ménagers sont produites, dont une grande partie est brûlée dans des décharges à ciel ouvert ou au bord de la mer[18]. Cette pratique a de graves conséquences pour la santé publique (maladies respiratoires, épidémies) et pour l'environnement (pollution des sols et des eaux).

Les dix principales causes de perte d'années de vie corrigées de l'invalidité sont présentées dans le graphique va suivre.



Risque	2009 rank	2019 rank	Évolution du nombre des AVCi pour 100 000 habitants, entre 2009 et 2019
Malnutrition	1	1	↓ -6.672.5
Pollution de l'air	2	2	↓ -1.750.4
Eau, hygiène et assainissement	3	3	↓ -2.071.0
Haute tension artérielle systolique	4	4	↑ +338.1
Risques alimentaires	6	5	↑ +209.6
Indice de masse corporelle élevé	8	8	↑ +354.4
Glycémie à jeun élevée	7	7	↑ +223.7
Tabac	5	9	↓ -44.3
Risques professionnels	9	6	↑ +87.0
LDL élevé	11	10	↑ +132.8

- **Sécurité sanitaire des aliments**

L'Union des Comores n'est pas épargnée par la situation de sécurité sanitaire préoccupante qui prévaut dans la Région africaine. En 2006, un épisode d'intoxication alimentaire a touché environ 83 personnes dans le nord de la Grande Comore, faisant deux morts (*source : Rapport sur la salubrité, OMS*).

Selon des sources hospitalières, les maladies diarrhéiques et la fièvre typhoïde sont l'une des causes les plus fréquentes de consultation. En pédiatrie, l'incidence des maladies diarrhéiques est estimée à 28,7 % (MICS, 2022), contre 17 % en 2012, ce qui reflète l'ampleur des défis liés à la sécurité sanitaire des aliments. Par ailleurs, selon le MICS de 2022, 16,1 % des enfants ont une diversité alimentaire et 18 % ont une fréquence minimale de repas par jour.

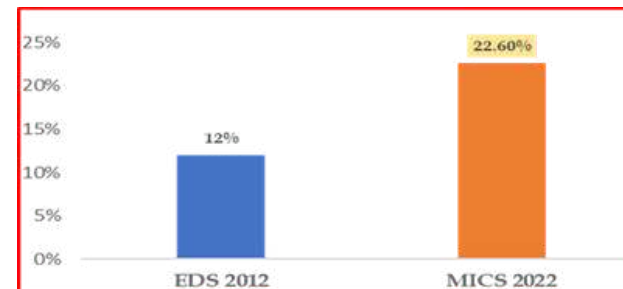
Le pays a connu plusieurs épisodes d'épidémies liées à la salubrité des aliments. Ces épidémies constituent une grave menace pour l'état de santé de la population, déjà considéré comme précaire.

Les Comores ont également connu de nombreuses épidémies de choléra, dont la plus meurtrière est celle de 1975, avec 2680 cas suspects et 239 décès. La plus récente épidémie de choléra a éclaté le 2 février 2024, avec 10 540 cas suspects et 152 décès recensés au 14 octobre 2024.

- **Nutrition**

1.Allaitement maternel exclusif

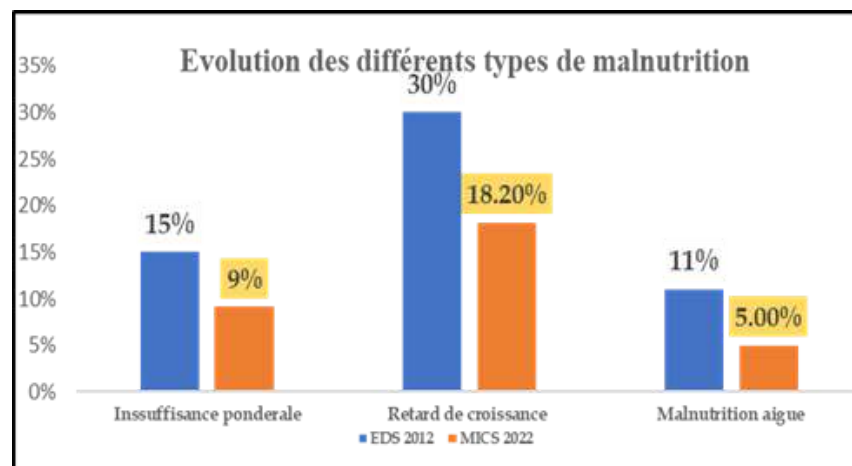
Le taux d'allaitement maternel exclusif aux Comores reste faible. L'enquête EDS-MICS de 2022 a toutefois révélé une légère hausse de 10 %, le taux passant de 12 % en 2012 à 22,6 % en 2022.



2.Malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans

Selon les données de l'enquête MICS de 2022, les Comores ont connu une amélioration significative des principaux indicateurs sur la malnutrition infantile. On observe une baisse des taux de malnutrition aiguë chronique, qui est passé de 11 % en 2012 (EDS-MICS de 2012) à 5,1 % en 2022 (MICS de 2022), ainsi que de l'insuffisance pondérale, qui est passée de 15 % en 2012 à 9 % en 2022.

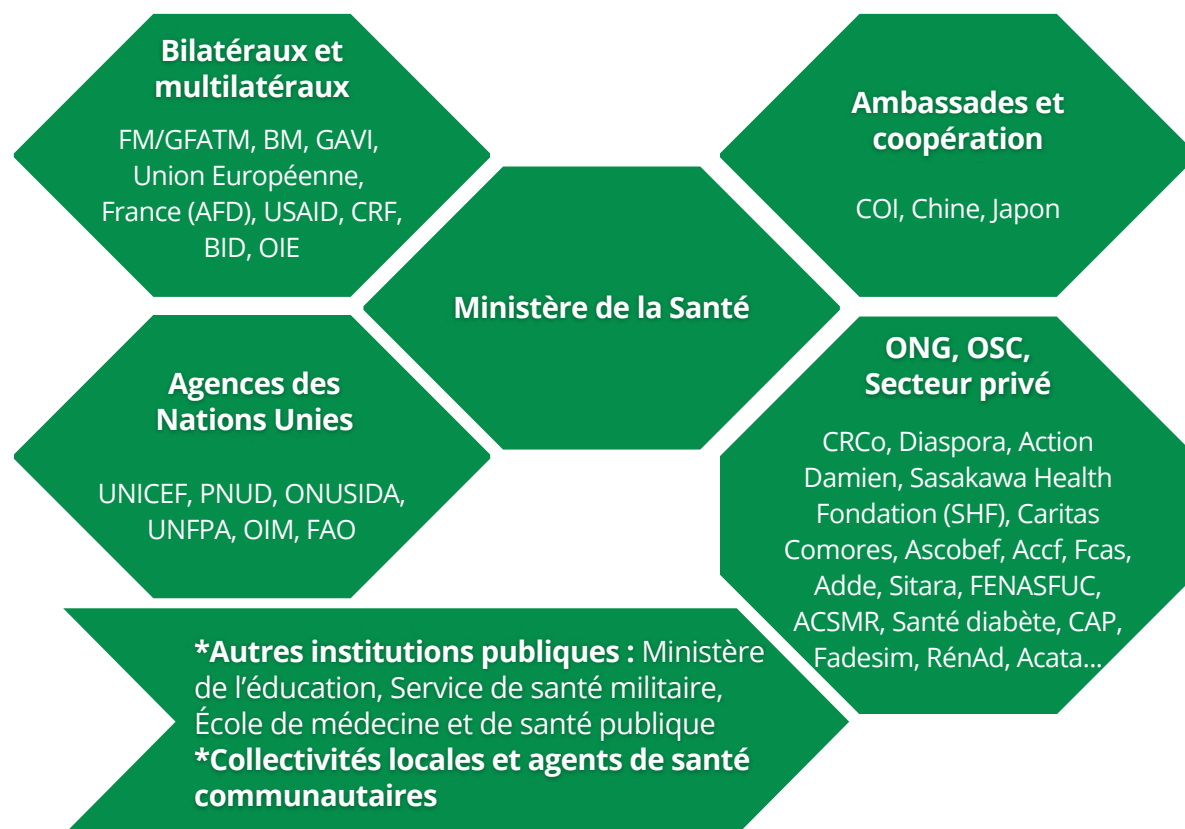
Le retard de croissance a également baissé, passant de 30 % en 2012 à 18,2 % en 2022. La figure ci-dessous montre l'évolution de ces prévalences entre 2012 et 2022.



3. PARTENAIRES DE DÉVELOPPEMENT

En 2022, le gouvernement a bénéficié du soutien de 12 partenaires techniques et financiers collaborant avec l'OMS, dont 9 internationaux (UNICEF, UNFPA, GAVI, Banque mondiale, Expertise France, CRF/CRCO, COI, FAO et Santé diabète) et 4 nationaux (les associations : ADDE, ACCF, Caritas et SITARA). Ce partenariat a permis de couvrir l'ensemble des axes stratégiques, en parfaite conformité avec les priorités nationales en matière de santé. À noter que, l'USAID et la BID ont soutenu le pays par l'intermédiaire de l'OMS.

3.1. Partenaires de développement en Union des Comores



3.2. Collaboration avec le Système des Nations Unies

L'OMS fait partie de l'Équipe de pays des Nations Unies (UNCT) sous la direction du coordonnateur résident. Elle participe activement aux activités conjointes de l'UNCT et de tous les organes inter-agences dans le cadre de la gouvernance du Plan-cadre de coopération pour le développement durable (UNSDCF 2022-2026). Voici quelques-unes des responsabilités de l'OMS :

- Les groupes de résultats sont au nombre de quatre, dont les trois concernant les piliers Planète, Peuple et Paix font intervenir l'OMS. Cette dernière assure, au même titre que les autres agences résidentes des Nations Unies, la direction de l'un de ces groupes de résultats. Dans le cadre de l'UNSDCF 2022-2026, elle préside le groupe de résultats concernant le pilier « Peuple » ;
- Le comité de suivi et d'évaluation, sous la direction de l'OMS, est le groupe technique inter-agences qui appuie l'équipe de gestion du programme en matière de données et de suivi-évaluation ;
- Le groupe de travail pour la protection contre l'exploitation et les abus sexuels appuie l'équipe de gestion de programme dans la promotion de la protection contre l'exploitation et les abus sexuels commis par le personnel des Nations Unies et les partenaires de mise en œuvre. À ce titre, le bureau de l'OMS est représenté au sein de l'équipe des points focaux pour la protection contre l'exploitation et les abus sexuels du Système des Nations Unies.

Dans le cadre de l'initiative « One UN » qui promeut cette collaboration inter-agences, l'OMS travaille, sur le plan opérationnel, en partenariat avec les agences du Système des Nations Unies, notamment l'UNICEF, l'UNFPA et la FAO pour mettre en œuvre des plans biennaux de sa Stratégie de coopération avec les Comores. À ce titre, la stratégie de coopération est en cohérence avec les documents stratégiques de ces agences onusiennes.

Outre l'OMS, qui est chef de file et coordinatrice dans le domaine de la santé au sein du Système des Nations Unies, les principales organisations de ce système, qui ont des compétences ou des activités dans ce domaine, sont les suivantes :

- **L'UNICEF**, qui appuie les Comores pour l'approvisionnement en vaccins, intrants, la génération de la demande, l'élaboration de stratégies nationales de santé communautaire, le renforcement des capacités et l'appui en équipements sur la communication des risques et engagement communautaire, la production de supports et d'outils de communication, ainsi que la réorganisation des localités en matière d'engagement communautaire.
- **L'UNFPA**, qui appuie les Comores dans l'achat de produits, de matériels et d'équipements, le renforcement des ressources humaines, le renforcement des services de planification familiale, l'offre de services de détection précoce des cancers des organes reproducteurs, la promotion de l'accès à des informations et à des services de santé sexuelle et génésique pour les jeunes, ainsi que dans la lutte contre le VIH/sida.
- **Le PNUD**, dans le cadre d'un partenariat multiforme avec le Gouvernement comorien, soutient la mise en œuvre de programmes visant à contribuer de manière efficace à l'amélioration des conditions de vie des populations démunies et à appuyer le processus de développement humain, durable et équitable. Des thématiques transversales telles que le VIH/sida, les systèmes d'information, la parité homme-femme, la jeunesse et les droits de l'homme constituent également une préoccupation du PNUD.

Le plan-cadre de coopération^[1] décrit le travail du Système des Nations Unies pour soutenir le plan d'action mondial visant à accélérer les progrès réalisés dans le cadre des objectifs de développement durable liés à la santé, ainsi que pour tenir d'autres engagements majeurs en matière de santé. Ce document cadre est également le principal instrument de coordination des efforts des agences des Nations Unies dans la mise en œuvre des programmes de développement. Dans l'Union des Comores, la stratégie de coopération avec les pays permet de faire avancer le plan d'action mondial à travers les engagements suivants :

- **Collaborer** avec le pays afin de mieux définir les priorités et assurer ensemble la planification et la mise en œuvre ;
- **Accélérer** les progrès dans le pays au moyen de mesures conjointes relatives à des thèmes programmatiques spécifiques et axées sur l'égalité des genres et la fourniture de biens publics mondiaux ;
- **Harmoniser** nos stratégies et politiques et approches opérationnelles et financières à l'appui du pays ;
- **Responsabiliser** en faisant le point des progrès accomplis et en tirant ensemble les enseignements voulus afin de renforcer notre responsabilité commune.

3.3. Enseignements tirés et opportunités

- La nécessité de maintenir et de renforcer le cadre de concertation entre l'OMS et le Ministère de la santé par le biais de réunions d'échanges permet d'éclaircir les principes de coopération lors de la mise en œuvre des activités ;
- L'implication active de toutes les parties prenantes, y compris de la société civile, dès la planification stratégique, suscite l'appropriation de tous dans l'élaboration des plans opérationnels conjoints ;
- La collaboration avec les autorités locales incluant les agents communautaires améliore les échanges sur les problèmes de santé au niveau des districts sanitaires et de la communauté ;
- Les soutiens financiers, techniques et logistiques des partenaires à tous les niveaux ainsi que l'existence de la coopération régionale, développent le mécanisme d'harmonisation et de coordination des interventions sous la direction de l'OMS, en collaboration étroite avec la partie nationale ;
- La dotation en outils informatiques dans les régions et les districts sanitaires, ainsi que la disponibilité des outils de collecte des données, renforcent le déploiement du DHIS2 à tous les niveaux et améliorent la gestion des données à travers une base de données unique ;
- L'accélération de la lutte contre les maladies transmissibles prioritaires est l'un des objectifs de l'Union des Comores, sans pour autant négliger la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les troubles mentaux, en matière de prévention et de prise en charge ;
- Le cadre de redevabilité mis en place permettra de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la stratégie de coopération avec les pays, responsabilisant ainsi les deux parties (l'OMS et le Ministère de la santé).

4. COLLABORATION ENTRE L'OMS ET L'UNION DES COMORES

4.1. Activités de l'OMS en Union des Comores

Durant la période de 2017 à 2023, l'OMS a appuyé le gouvernement des Comores à réaliser les activités suivantes :

Objectifs stratégiques	Principales réalisations et résultats obtenus
Objectif 1. Réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile	L'OMS a contribué à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en apportant un soutien à la planification stratégique, en révisant les guides de prise en charge, en renforçant les capacités de prise en charge, en menant des campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole, et en améliorant la coordination.
Objectif 2. Lutte contre les Maladies transmissibles	Dans la lutte contre les maladies transmissibles, l'OMS a apporté son soutien à l'élaboration de stratégies et de projets de mobilisation de ressources pour éliminer la lèpre, lutter contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées, notamment par le biais de notamment par le biais de traitements de masse contre la filariose lymphatique et les enquêtes d'évaluations, ainsi que par le renforcement des capacités nationales en matière de surveillance, de lutte contre les épidémies, et de réponse aux urgences sanitaires, comme la pandémie de COVID-19.
Objectif 3. Lutte contre les Maladies non transmissibles	L'appui de l'OMS s'est traduit par l'élaboration de documents politiques et de rapports mondiaux, la sensibilisation à la sécurité routière et à l'usage nocif du tabac, ainsi que par la mise en place de campagnes de dépistage et de chirurgie des maladies cécitantes, accompagnées de formations de médecins et de personnel paramédical en chirurgie oculaire.
Objectif 4. Renforcement du système de santé, y compris les déterminants sociaux de la santé	L'appui au système de santé a permis l'adoption d'une nouvelle carte sanitaire, la révision du code de la santé publique, l'élaboration du projet de création d'une faculté de médecine, ainsi que l'élaboration et la validation de la Stratégie nationale de financement de la santé et du Plan national de développement des ressources humaines dans le domaine de la santé. Il a également permis d'évaluer l'efficacité des programmes de santé. Il a également permis d'évaluer le système pharmaceutique national, de valider la politique pharmaceutique nationale, de renforcer la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, d'améliorer les capacités des laboratoires, de soutenir la réforme du système de santé et d'adopter la liste nationale des médicaments essentiels. Par ailleurs, dans le cadre des déterminants sociaux de la santé, une analyse de situation sur la promotion de la santé a été réalisée.

Objectif 5.
Coordination de l'action des partenaires

L'OMS a appuyé la coordination de la mission conjointe du Système des Nations Unies pour réduire la malnutrition chronique, renforcer la coopération des partenaires du secteur de la santé, et mobiliser les ressources pour répondre aux urgences causées par le cyclone Kenneth en 2019 et la pandémie de COVID-19.

4.2. Forces, faiblesses, opportunités et menaces

Forces :



- Une bonne collaboration entre l'OMS, le Ministère de la santé et les partenaires de développement : implication, accompagnement, mobilisation des ressources, décentralisation, ouverture aux ONG, expérience requise;
- Existence d'outils de travail : stratégie de coopération pays de l'OMS, base Excel des données et des outils de surveillance;
- Coordination entre partenaires pour l'exécution de certains projets;
- Coordination avec différents secteurs par l'existence de comités multisectoriels ;
- Appui stratégique et technique du bureau de pays, le Bureau régional OMS de l'Afrique, le Siège : élaboration de normes, renforcement des ressources humaines et des contractuels de l'OMS, dotation en intrants de santé, appui aux programmes ;
- Disponibilité des outils informatiques dans la région et les districts sanitaires : implémentation du DHIS2 à tous les niveaux, existence de formulaires Kobo pour la collecte des données sur les maladies évitables par la vaccination, et de la Surveillance et Recherche Active des Cas de COVID-19.

Opportunités :



- Présence des partenaires : appuis techniques et logistiques des partenaires à tous les niveaux;
- Existence de la coopération régionale (COI);
- Financement par les partenaires traditionnels, tels que GAVI, le Fonds mondial et le Fonds des urgences;
- Collaboration avec les autorités locales : accès facile aux échanges sur les problèmes de santé.



Faiblesses :



- Coordination peu optimale surtout au niveau central (*entre l'OMS et le Ministère de la santé, entre le Ministère de la santé et les autres partenaires techniques et financiers, et entre les partenaires techniques et financiers au sein des Nations Unies : non fonctionnalité du groupe H6, de la plateforme SUN ou ONU NUTRITION*) ;
- Faible appropriation de la partie nationale dans la mise en œuvre des activités ;
- Insuffisance de visibilité de l'OMS au niveau du district ;
- Nombre limité en ressources humaines ou personnel insuffisant par rapport aux besoins du pays ;
- Ressources financières limitées au regard des besoins du pays.

Menaces :



- Peu de partenaires impliqués dans la préparation et la riposte aux urgences sanitaires ;
- Forte dépendance du pays aux ressources financières externes pour les programmes ;
- Changement climatique et catastrophes naturelles responsables d'inondations et de sécheresses ainsi que de l'insécurité alimentaire.





5. DÉFINITION DES PRIORITÉS STRATÉGIQUES POUR LA PÉRIODE 2024-2028

5.1. Vision et missions

Afin d'atteindre les cibles des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, en particulier l'ODD 3 lié à la santé et au bien-être, l'OMS dans le cadre du Treizième Programme général de travail 2019-2023, prolongé jusqu'à 2025 ainsi que du Quatorzième Programme général de travail 2025-2028, a pour vision : « Un monde dans lequel tous les peuples atteignent le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible » à travers les objectifs du triple milliard qui sont :

- Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ;
- Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées contre les situations d'urgence sanitaires ;
- Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

5.2. Objectifs

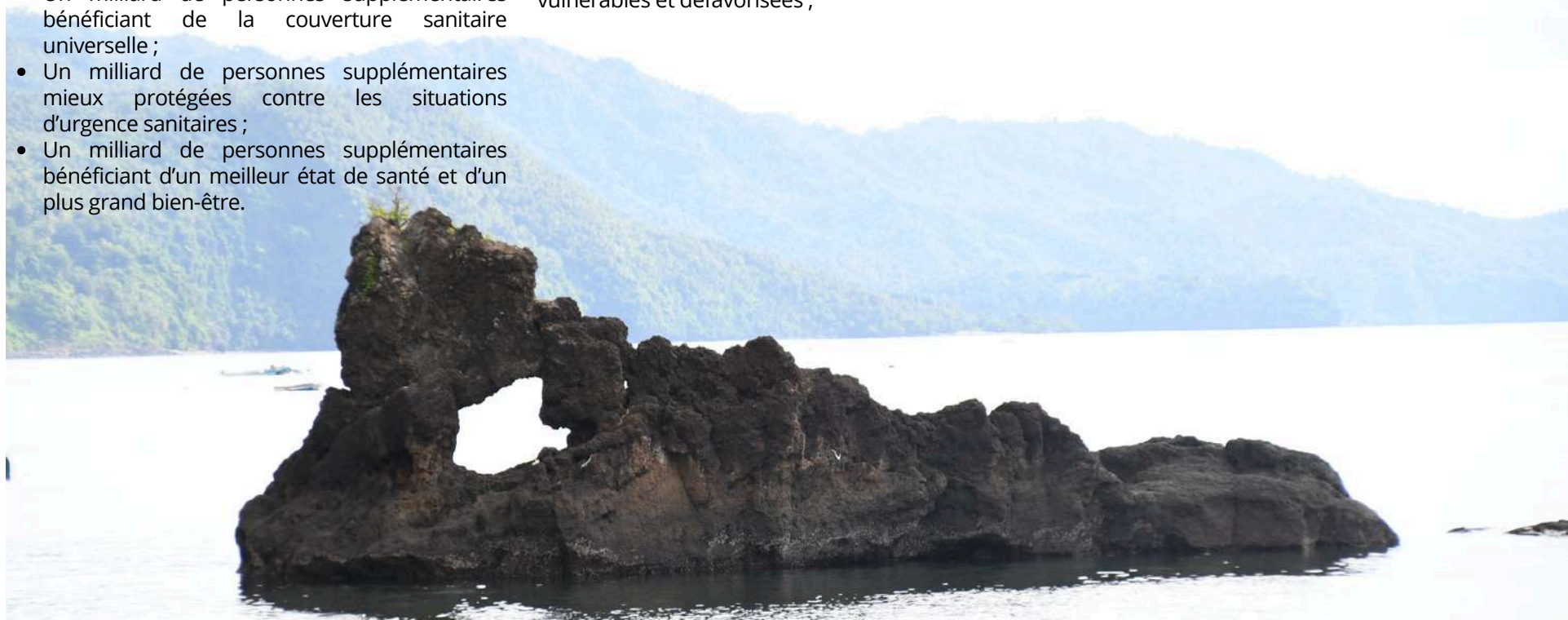
Les priorités de l'OMS, définies en collaboration avec le Ministère de la santé et les partenaires, se concentrent sur quatre axes principaux. Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre des Treizième et Quatorzième PGT, du Plan Comores émergent 2030 et du PNDS 2024-2030, il s'agit notamment de :

1. Renforcer le système de santé afin d'améliorer l'accès à des services de santé intégrés et à des soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses excessives, en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle de la population, surtout pour les populations vulnérables et défavorisées ;

2. Améliorer les réponses face aux urgences sanitaires et aux catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires ;

3. Développer la promotion de la santé en réduisant les facteurs de risque et en préservant un environnement sain pour le bien-être de la population ;

4. Renforcer la gestion, la planification, l'innovation et la connaissance pour améliorer l'efficacité du bureau de l'OMS et du système de santé.



5.3 Axes stratégiques prioritaires

i. Axe prioritaire 1 : Renforcement du système de santé pour permettre un meilleur accès à des services de santé intégrés et de soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses catastrophiques, en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle de la population, en particulier pour les populations vulnérables et défavorisées

La priorité stratégique 1 vise à garantir un accès aux soins de qualité centrés sur la personne, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Elle met l'accent sur le renforcement de l'offre de soins équitables et de qualité, ainsi que sur le renforcement du système de santé.

Domaines prioritaires	Interventions clés
1. Renforcement de la gouvernance et du leadership	• Appui à la mise en place des mécanismes de redevabilité, de suivi et de contrôle pour renforcer la participation de la population et de la société civile ; • Appuyer le développement des partenariats publics-privés conformes aux priorités nationales, et pour aborder la question des déterminants sociaux de la santé ; • Appui au renforcement des capacités des médecins-chefs en gestion et en leadership du district, notamment pour la mise en place des soins de santé primaires ; • Renforcement des mécanismes de coordination ; • Appuyer l'élaboration de la stratégie des soins de santé primaires ; • Renforcer les capacités fonctionnelles et gestionnaires du système de district ; • Appuyer la planification, le suivi-évaluation et le monitoring des politiques et stratégies de santé.
2. Offre de services de qualité et intégrés, notamment le développement de la santé communautaire	• Contribuer au renforcement de la qualité des soins et des services à tous les niveaux, y compris au niveau communautaire, notamment en prenant en charge les personnes vulnérables et défavorisées, y compris les migrants.
3. Développement des ressources humaines en quantité et en qualité	• Appuyer l'élaboration des politiques, de stratégies et de plans -d'investissement de RHS (la production, la fidélisation et l'utilisation rationnelle) ; • Renforcer le système d'informations sur les RHS ; • Appuyer la mise en œuvre du projet de la faculté de médecine.

4. Financement suffisant pour la santé	• Appui à la mobilisation des ressources, notamment par un plaidoyer en faveur de l'augmentation de la part du budget de l'État ; • Appui à l'actualisation de la stratégie nationale de financement de la santé pour évoluer vers la couverture sanitaire universelle ; • Appui à l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé pour suivre les flux financiers et orienter les allocations.
5. Accès aux médicaments et produits médicaux de qualité	• Appuyer la mise en œuvre de la politique pharmaceutique ; • Mener un plaidoyer en faveur de la ratification de l'Agence africaine de médicament (AMA) et du vote sur la loi type de l'Union africaine sur les produits pharmaceutiques en Afrique ; • Appuyer la régulation du secteur pharmaceutique, y compris le renforcement de la lutte contre les médicaments falsifiés et de qualité inférieure ; • Appuyer la mise en place du système de pharmacovigilance et la recherche.
6. Renforcement des laboratoires et lutte contre la résistance aux antimicrobiens	• Appuyer la mise en œuvre de la politique nationale des laboratoires ; • Soutenir la mise en place d'un réseau de laboratoires de surveillance au niveau régional pour la détection ; • Appuyer la mise en œuvre un plan de résistance aux antimicrobiens.
7- Lutte contre les maladies transmissibles (IST/VIH sida, paludisme, tuberculose), non transmissibles (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires, maladies mentales, affections buccodentaires) et maladies tropicales négligées (filariose lymphatique, géohemintias, lèpre et maladies émergentes)	• Élaboration des plans stratégiques en matière de santé bucco-dentaire ; • Élaboration des plans stratégiques en matière de santé mentale ; • Élaboration de directives, du manuel de procédures pour le réseau de soins en oncologie pédiatrique, ainsi que des modules de prévention et de prise en charge du diabète, conformément aux protocoles de l'ensemble des interventions essentielles contre les maladies non transmissibles de l'OMS (<i>PEN/HEART</i>) ; • Renforcement des capacités des prestataires de santé pour le diagnostic précoce des cancers de l'enfant ; • Renforcement du cadre d'intervention en matière de lutte et prévention contre les maladies non transmissibles, notamment par le développement d'un plan national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles, et par le renforcement du mécanisme de coordination à travers le comité multisectoriel ; • Renforcement des partenariats multilatéraux, bilatéraux et internationaux, notamment et surtout au sein du Système des Nations Unies, pour le programme de lutte contre les maladies non transmissibles et de prévention de leurs facteurs de risque ; • Renforcement du programme de promotion et de prise en charge de la santé mentale ;

	• Renforcement du programme de prévention et de sécurité routière, en mettant en œuvre des interventions clés adaptées au pays, dans le cadre de la décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière 2021-2030 ; • Lutte et prévention contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles : tabac (<i>mise en œuvre de la CCLAT et du MPOWER notamment en ciblant les jeunes</i>) ; sédentarité (plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030) ; mauvaise alimentation (<i>stratégie de l'OMS et différentes approches et outils</i>).
8. Amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et de la population âgée	• Appuyer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie SRMNIA 2023-2027 ; • Appuyer l'élaboration de documents stratégiques, de protocoles de prise en charge (politique nationale de prise en charge des personnes âgées, plan de survie de l'enfant, stratégie de santé des adolescents, plan actualisé SRMNIA 2028-2030) ; • Renforcer la surveillance des décès maternels, périnataux et néonataux et la lutte des violences basées sur le genre.
9. Renforcement de la vaccination de routine et surveillance des maladies évitables par la vaccination	• Appuyer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la Stratégie nationale de vaccination 2023-2028 par le renforcement des capacités et la mobilisation des ressources.

ii. Axe prioritaire 2 : Amélioration des réponses face aux urgences sanitaires et aux catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires.

La priorité stratégique 2 a pour objectif d'investir et d'améliorer la préparation et la réponse aux situations d'urgence multirisques à tous les niveaux, grâce à une approche multisectorielle plus intégrée et mieux coordonnée. Elle englobe la surveillance de la santé publique, la détection et la riposte aux épidémies. Elle comprend également le renforcement de la capacité institutionnelle du pays en vue de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international.

Domaines prioritaires	Interventions clés
1. Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et riposte	• Appuyer le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux ; • Renforcer la surveillance aux points d'entrée ainsi que la recherche de cas au sein de la population ; • Renforcer le fonctionnement des laboratoires pour la surveillance et la détection des maladies à potentiel épidémique ; • Appuyer le développement de la recherche dans le domaine de la surveillance.
2. Renforcement de la préparation face aux urgences sanitaires	• Appuyer la validation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans de préparation contre le Mpox et la maladie à virus Ebola, ainsi que du plan de préparation et de riposte aux urgences de santé publique ; • Renforcer les capacités de préparation aux situations d'urgence.
3. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international	• Contribuer au fonctionnement de la plateforme RSI ; • Renforcer les capacités du pays en matière de RSI ; • Soutenir le ministère dans l'élaboration du rapport annuel RSI.
4. Détection, investigation, riposte aux urgences sanitaires	• Appuyer l'élaboration et la mise à jour les plans de contingence ; • Appuyer les réponses aux épidémies, aux catastrophes et aux crises humanitaires.

iii. Axe prioritaire 3 : Développement de la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque et en préservant un environnement sain pour le bien-être de la population.

La priorité stratégique 3 couvre un large éventail de questions qui affectent la santé et le bien-être de la population. Elle se concentre sur l'organisation et la coordination en matière de promotion de la santé, la lutte contre les facteurs de risque, l'amélioration de la sécurité routière et de la sécurité alimentaire, ainsi que sur le déploiement d'actions concernant les déterminants de la santé (santé et environnement, changement climatique).

Domaines prioritaires	Interventions clés
1. Renforcement de la résilience du système de santé face aux changements climatiques	• Appuyer le renforcement de la collaboration multisectorielle et intersectorielle en vue de la mise en œuvre conjointe des interventions de lutte contre le changement climatique ; • Appuyer la gouvernance pour la mise en œuvre des actions face aux changements climatiques (suivi des engagements, traduction des engagements en politique, stratégies et plans d'action) ; • Appuyer la mobilisation des ressources pour les interventions liées aux changements climatiques ; • Renforcer les capacités techniques nationales en matière de changement climatique ; • Contribuer au renforcement de la production des données sur le changement climatique.
2. Organisation et coordination en matière de promotion de la santé	• Appuyer la mise en place des organes de coordination ; • Renforcer les capacités des acteurs en matière de promotion de la santé ; • Appuyer l'implication des leaders communautaires dans le domaine environnemental ; • Appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi et évaluation de la stratégie nationale de promotion de la santé ; • Appuyer le développement d'une stratégie de la santé environnementale et des autres déterminants de la santé, en matière de promotion de la santé.
3. Lutte contre la malnutrition et la sécurité des aliments	• Apporter un soutien pour renforcer la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë ; • Apporter un appui à la promotion de la nutrition maternelle et de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » ; • Appui au plaidoyer en faveur de la mise en place du programme de sécurité sanitaire des aliments au sein du Ministère de la santé (institutionnalisation) ; • Appui au développement d'actions de prévention en matière de sécurité sanitaire des aliments ; • Apporter un appui au fonctionnement du comité Codex/gestion des épizooties ; • Contribuer à la mise en place et au fonctionnement de la plateforme « One Health » ; • Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route nationale en alignement avec la stratégie régionale de prévention du surpoids et de l'obésité de la SADC.

4. Lutte contre les facteurs de risque, amélioration de la sécurité routière	• Appui au renforcement de la lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles ; • Appui au renforcement des actions multisectorielles orientées sur les déterminants de la santé ; • Appuyer l'élaboration d'une stratégie nationale sur la sécurité routière ; • Appui à l'harmonisation des outils de collecte des données sur les facteurs de risque.
5. Actions sur les déterminants de la santé (santé et environnement, tabac, noyade, alcool, drogues, changement climatique)	• Lutte et prévention contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles : tabac (mise en œuvre de la CCLAT et du MPOWER notamment en ciblant les jeunes) ; sédentarité (plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030) ; alcool, drogues, mauvaise alimentation (stratégie de l'OMS et les différentes approches et outils).

iv. Axe prioritaire 4 : Renforcement de la gestion, de la planification, de l'innovation et de la connaissance afin d'améliorer l'efficacité du bureau de l'OMS et du système de santé.

La priorité stratégique 4 vise à renforcer les capacités techniques et de gestion de l'OMS afin d'accélérer les progrès vers les objectifs de développement durable, en utilisant la science, l'innovation, les données, la recherche et les outils numériques. Elle inclut la gestion des données de santé, la mise en place de plateformes numériques pour un système national intégré d'information sanitaire, ainsi que le développement de la recherche opérationnelle et le renforcement des partenariats public-privé.

Domaines prioritaires	Interventions clés
1. Renforcement du système d'information : gestion et utilisation des données de qualité et disponible à temps	• Renforcer la gouvernance des structures sanitaires en SIS (la mise à disposition des textes réglementaires sur le numérique, le recrutement ou la contractualisation de responsables de base de données) ; • Appuyer l'élaboration de la stratégie du système d'enregistrement des causes de décès ; • Appuyer la mise en place d'un centre de données, un dispositif de gestion de base de données unique (aménagement des bureaux, achats des équipements et de logiciels), couplé avec le système d'information géographique ; • Appuyer le déploiement du DHIS2 à tous les niveaux ; • Renforcer les capacités des agents des structures sanitaires en gestion et en analyse des données ; • Contribuer à la mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et à l'actualisation de la stratégie nationale de santé numérique ; • Appuyer la mise en place et le fonctionnement de l'Observatoire national de la Santé.

2. Développement de la recherche opérationnelle	• Appuyer la redynamisation du comité national d'éthique pour la recherche en santé, en partenariat avec l'Université des Comores ; • Mobiliser des ressources additionnelles pour le financement de la stratégie de l'e-santé (élaborer et mise en œuvre de la stratégie nationale de la télémédecine, dossier électronique du patient) ; • Renforcer les capacités et le fonctionnement du Comité national d'éthique pour la recherche en santé ; • Appuyer le renforcement des capacités des acteurs sur la méthodologie de recherche en santé.
3. Renforcement de la présence de l'OMS et des structures de gestion du bureau	• Renforcement des capacités techniques du bureau ; • Assurer les missions d'expertise et de conseils ; • Renforcer la planification, le suivi et l'évaluation des programmes au sein du bureau ; • Renforcer la communication interne et externe, ainsi que la visibilité des donateurs.
4. Renforcement du partenariat public-privé et de la coordination multisectorielle	• Intégrer les projets des partenaires dans le système national ; • Renforcer les actions en faveur des organisations de la société civile ; • Harmoniser et coordonner les actions des partenaires œuvrant dans le domaine de la santé ; • Développer un partenariat avec l'École de médecine et de santé publique (EMSP).

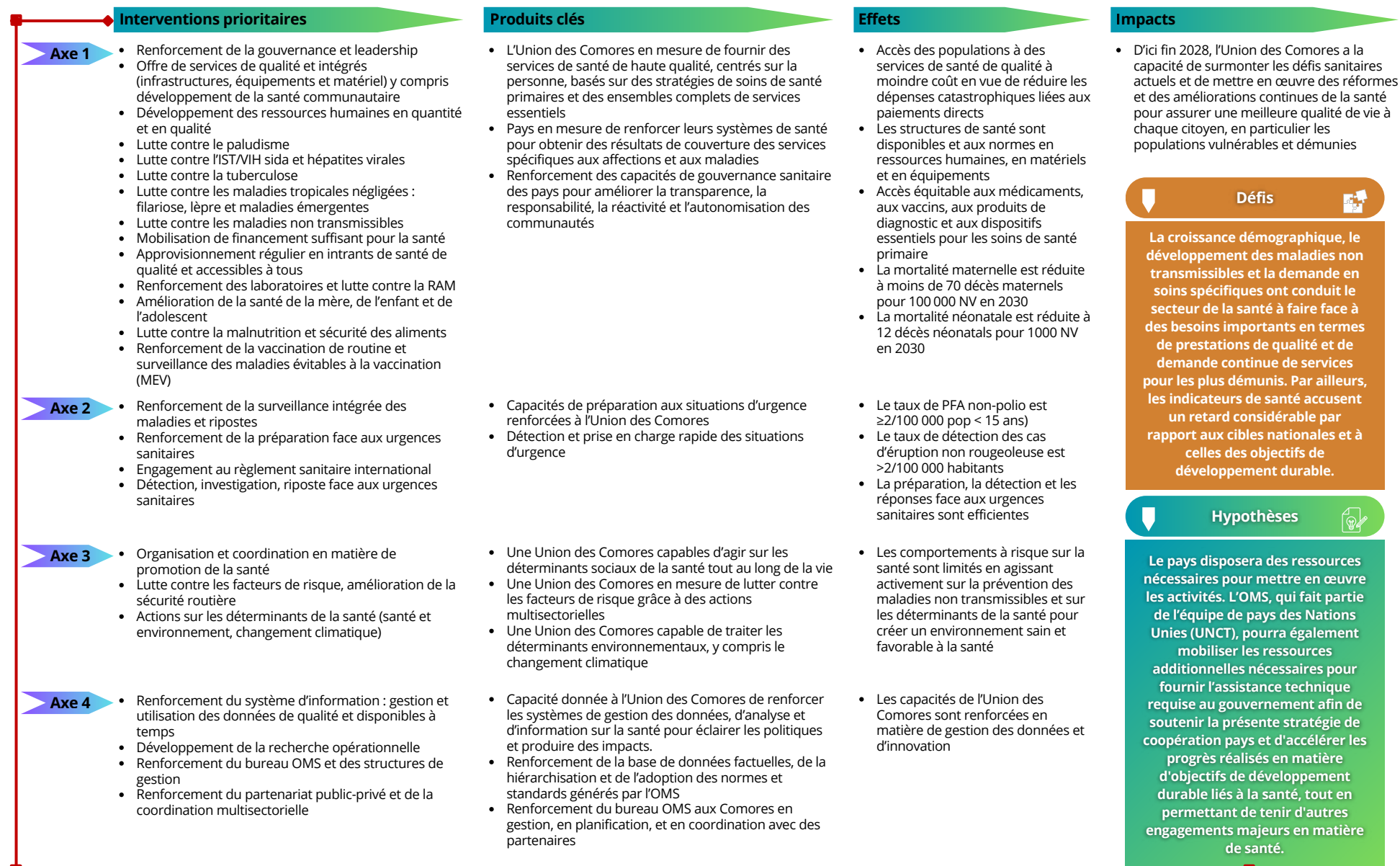
5.4 Principales correspondances des priorités stratégiques aux documents cadres

	PILIER 1 : Couverture sanitaire universelle	PILIER 2 : Urgences sanitaires	PILIER 3 : Promotion de la santé	PILIER 4 : OMS efficace et efficiente
Stratégie de coopération pays 2022-2026	Renforcement du système de santé pour permettre un meilleur accès à des services de santé intégrés et de soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses catastrophiques, en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle de la population, en particulier pour les populations vulnérables et défavorisées	Amélioration des réponses face aux urgences sanitaires et aux catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires	Développement de la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque et en préservant un environnement sain pour le bien-être de la population	Renforcement de la gestion, de la planification, de l'innovation et de la connaissance afin d'améliorer l'efficacité du bureau de l'OMS et du système de santé
Treizième PGT 2019-2023	PILIER 1 : La population bénéficiant de la couverture sanitaire universelle	PILIER 2 : La population sera mieux protégée face aux situations d'urgence sanitaire	PILIER 3 : La population bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être	PILIER 4 : Une OMS plus efficace et efficiente apportant un meilleur soutien aux pays
Plan national de développement de la santé 2024-2028	Objectif stratégique 1 : Assurer un accès universel à des services de santé et soins complets, promotionnels, préventifs et curatifs	Objectif stratégique 1.2 : Intensification de la prise en charge, de la prévention et de la promotion de la santé		Objectif stratégique 2 : Améliorer la gouvernance, le leadership et le partenariat Objectif stratégique 3.4 : développement du système d'information Objectif stratégique 3.5 : Promotion de la recherche en santé et de la gestion des connaissances

Tableau 4. Correspondance de la Stratégie de Coopération avec le Pays et les Documents Cadres

	PILIER 1 : Couverture sanitaire universelle	PILIER 2 : Urgences sanitaires	PILIER 3 : Promotion de la santé	PILIER 4 : OMS efficace et efficiente
Plan Cadre de Coopération (UNSDCF) 2022-2026	Effet 3 : D'ici 2026, la population Comorienne particulièrement les plus vulnérables tire profit du dividende démographique et utilise davantage de services adéquats, inclusifs, équitables, sensibles au genre, pérennes et de qualité de santé, de nutrition, d'éducation, de protection sociale, de prise en charge des victimes de violences	Effet 1 : D'ici 2026, les acteurs étatiques et non étatiques, la population comorienne, notamment les groupes les plus vulnérables, renforcent leur résilience face au changement climatique, aux catastrophes naturelles et aux crises et assurent une gestion durable et intégrée des écosystèmes terrestres et marins ainsi que des biens et services écosystémiques associés dans un contexte de promotion d'un habitat durable à faible empreinte environnementale		

5.5 La théorie du changement





6. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE COOPÉRATION

6.1. Principes de coopération

La Stratégie de coopération de l'OMS avec les Comores pour la période 2024-2028 vise à renforcer la collaboration entre l'OMS et le Ministère de la santé, et décrit les accords de principe conclus entre les deux parties et avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les acteurs non étatiques et la société civile. À travers un plan d'action biennal, les deux parties identifieront ensemble les priorités stratégiques à mettre en œuvre dans chaque période de deux ans, en se basant sur les avantages comparatifs de l'OMS, puis assureront le suivi de la mobilisation des ressources y afférentes.

- **Dialogue politique et stratégique**

Dans son rôle de chef de file pour la mise en œuvre de la Stratégie de coopération de l'OMS avec les Comores, le Bureau OMS pays va promouvoir et renforcer le dialogue politique et stratégique avec les autorités nationales sur les principaux défis sanitaires à relever et les domaines stratégiques prioritaires à mettre en œuvre. Les responsables du Ministère de la santé et le personnel technique de l'OMS s'engagent à élaborer une note d'orientation et un document de planification (plan d'action) pour chaque intervention prioritaire, puis à discuter de la stratégie de mise en œuvre.

- **Appui stratégique**

L'OMS fournira des conseils techniques intégrés et concertés, ainsi qu'une coordination et un soutien stratégiques, afin de faire le lien avec les politiques et actions mondiales convenues lors de l'Assemblée mondiale de la Santé. En collaboration avec le Ministère de la santé et d'autres ministères, le Système des Nations Unies, les partenaires au

développement et diverses parties prenantes, le Bureau OMS pays soutiendra l'élaboration des politiques et stratégies des différents programmes, en matière d'urgences sanitaires. Il assurera la coordination du partenariat et renforcera ses capacités en matière de mobilisation de ressources, avec l'appui du bureau régional, tout en mettant l'accent sur la complémentarité avec d'autres partenaires financiers.

- **Assistance technique**

Une assistance technique de qualité sera apportée au Gouvernement, notamment pour la préparation de lois types relatives à la santé et leur adaptation aux contextes locaux, la contextualisation des normes et des lignes directrices, le renforcement des capacités institutionnelles et programmatiques, la coordination et l'adaptation des initiatives de recherche au contexte national, ainsi que la production d'outils de communication.

- **Prestation des services**

Dans la mise en œuvre de la présente Stratégie de coopération avec les pays, le bureau de pays s'organisera pour renforcer les programmes de santé en ressources humaines (contractualisation), en équipements, en matériel, et en intrants de santé, en fonction des besoins exprimés et des ressources disponibles.

En cas d'urgence sanitaire, l'OMS soutiendra le pays dans la préparation, la prévention et la riposte rapide, ainsi que dans la mobilisation des ressources pour gérer les risques sanitaires dans les meilleurs délais.



6.2. Modalités de mise en œuvre des priorités stratégiques

Le Bureau de l'OMS aux Comores constituera un groupe de travail composé de membres du personnel du Bureau OMS pays, et du Ministère de la santé, avec le soutien et appui du bureau régional et du siège. Ce groupe de travail, chargé de la coordination de base de la stratégie de coopération avec les pays, examinera la mise en œuvre du programme stratégique sur une base annuelle à travers les plans d'action, et s'appuiera sur les tableaux 3, 4 et 5 pour évaluer les progrès réalisés et l'impact.

- Appui de l'OMS à la mise en œuvre de la Stratégie de coopération

Principales contributions de l'OMS		
Bureau de pays	Bureau régional	Siège
• Contribuer au renforcement du système de santé orienté radicalement vers les soins de santé primaires pour prendre en charge les maladies et les facteurs de risque en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle et de réduire les écarts entre les sexes, ainsi que les inégalités en matière de santé ; • Renforcer la capacité du pays à mieux gérer et maîtriser les épidémies et les urgences sanitaires ; • Soutenir les réformes du financement de la santé qui prônent l'adoption d'un modèle de protection sociale en santé ; • Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie de coopération avec les pays avec les autorités nationales.	• Orienter le bureau de pays vers les nouvelles politiques, stratégies et directives au niveau mondial ; • Apporter des appuis programmatiques stratégiques et techniques, et en ressources ; • Renforcer la capacité du bureau de pays dans la mise en œuvre des programmes de santé et instaurer un mécanisme de suivi et d'évaluation des impacts programmatiques ; • Adapter les outils mondiaux, notamment les cadres institutionnels, juridiques et réglementaires au contexte régional, afin d'améliorer la gouvernance des systèmes de santé.	• Formuler des orientations aux États Membres désireux d'entamer un dialogue de politique multisectoriel ; • Renforcer les capacités en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre efficaces d'actions intersectorielles et de l'approche « la santé dans toutes les politiques » ; • Fournir un appui pour améliorer l'accès équitable aux technologies de base et aux médicaments essentiels, y compris les produits génériques destinés à la lutte contre les maladies non transmissibles ; • Mettre au point des pratiques optimales internationales.

Tableau 5. Appui des trois niveaux de l'OMS à la mise en œuvre de la Stratégie de coopération avec les pays

- **Contribution des parties prenantes**

Avec l'appui de l'OMS, le Ministère comorien de la santé a mis en place depuis les années 2000 des mécanismes nationaux de coordination entre les partenaires techniques et financiers. Il a également adhéré au niveau régional et international aux initiatives et mécanismes visant à harmoniser et à aligner les partenaires de développement de la santé, comme la Déclaration de Paris, le Mécanisme d'harmonisation pour la santé en Afrique (HHA), le Partenariat international pour la santé (UHC 2030), etc.

L'OMS s'est engagée dans des efforts de coordination entre les partenaires et les organisations de la société civile, ainsi que dans le plaidoyer pour que le Ministère de la santé renforce son leadership politique dans la coordination des PTF œuvrant dans le domaine de la santé.

- **Identification des risques et mesures d'atténuation**

Domaine	Risques identifiés	Mesures de mitigation	Responsable de la mise en œuvre
Politique et gouvernance	Conflits armés, élection * Changement récurrent institutionnel * Politisation de la coordination des interventions de la santé handicape l'appropriation des priorités sanitaires nationales	Mettre le personnel en télétravail * Organiser des réunions périodiques de l'équipe de direction du Ministère de la santé Respecter les engagements mutuels entre les bureaux de pays et les États membres	Représentante de l'OMS
Ressources	Insuffisance de financement et de ressources humaines limitant la capacité d'appui à la mise en œuvre et des ripostes, surtout en cas d'épidémies et d'urgences sanitaires	Développer et mettre en œuvre un Plan de mobilisation de ressources *Mettre en place un mécanisme de fidélisation et de maintien en poste du personnel	Représentante de l'OMS et Chargé des opérations
Mise en œuvre des programmes (planification et gestion)	Faiblesse du SIS affectant la prise de décision, non-respect des interventions planifiées et des procédures de gestion des fonds augmentant le risque de perte financière	*Renforcer la gestion des données de qualité *S'aligner sur les interventions planifiées Mettre en œuvre les différents plans *Respecter les procédures de déblocage de fonds	Tous les chefs des programmes

Domaine	Risques identifiés	Mesures de mitigation	Responsable de la mise en œuvre
Urgences sanitaires et catastrophes naturelles	Survenue fréquente des intempéries et des épisodes d'épidémies ou d'autres urgences sanitaires perturbant la mise en œuvre des programmes de santé	Mettre en place un plan de résilience pour chaque évènement récurrent	Responsable des urgences sanitaires
Informatisation	Cyberattaques, mauvaise qualité de l'internet entraînant des pertes de données et la réduction de la performance du bureau	Renforcer la sécurité informatique	Responsable des technologies de l'information

- **Financement de la Stratégie de coopération**

Le budget nécessaire à la mise en œuvre de la présente stratégie de coopération avec les pays est estimé dans le tableau ci-dessous, selon chaque axe.

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	ESTIMATION DU BUDGET NÉCESSAIRE (A)	BUDGET PRÉVISIONNEL (B)	DÉFICIT DE FINANCEMENT
Axe prioritaire 1 : Renforcement du système de santé pour permettre un meilleur accès à des services de santé intégrés et de soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses catastrophiques, en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle de la population, en particulier pour les populations vulnérables et défavorisées	4 838 487	3 149 823	1 688 664
Axe prioritaire 2 : Amélioration des réponses face aux urgences sanitaires et aux catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires	2 737 383	1 771 171	966 213
Axe prioritaire 3 : Développement de la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque et en préservant un environnement sain pour le bien-être de la population	393 270	146 042	247 228
Axe prioritaire 4 : Renforcement de la gestion, de la planification, de l'innovation et de la connaissance afin d'améliorer l'efficacité du bureau OMS et du système de santé	3 995 048	1 239 348	2 755 700
Total	11 964 187	6 306 383	5 657 805

Tableau 6. Estimation Budgétaire en dollars É.-U. de la Stratégie de coopération avec les pays de 2024-2028

7. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi de cette stratégie de coopération sera effectué en collaboration avec les parties prenantes concernées, notamment le Ministère de la santé et le Système des Nations Unies. Il sera aligné sur la mise en œuvre des plans biennaux couvrant la période de cette stratégie (SAM 1 et 2).

Des rapports seront élaborés pour évaluer les progrès réalisés, identifier les avancées et formuler des recommandations aux parties prenantes afin d'ajuster les aspects qui nécessitent des améliorations.

En raison du contexte politique et des urgences sanitaires entre 2022 et 2023, la révision de la stratégie de coopération pour la période 2017-2021 a été retardée. Une fois entamée, le pays a lancé la révision de ses documents stratégiques dans le cadre du Plan Comores émergent, tout en demandant aux partenaires de s'aligner sur ce nouveau plan.

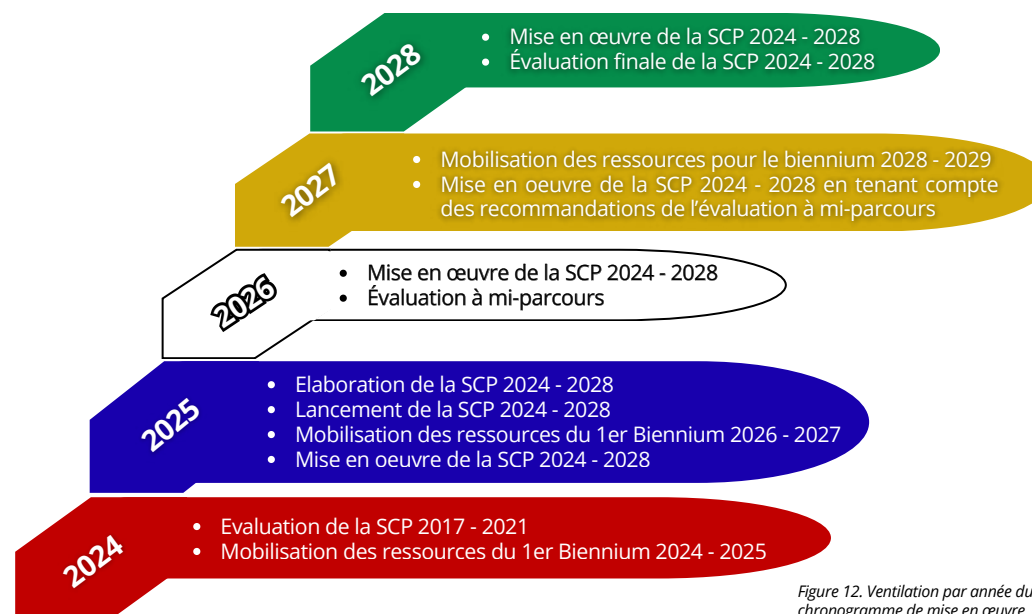
Durant cette période, le bureau a poursuivi son travail en s'appuyant sur les priorités du Treizième PGT, conformément au Plan-cadre des Nations Unies pour la période 2022-2026 avant le processus d'évaluation de l'ancienne stratégie.

L'évaluation de la présente stratégie se fera en deux étapes :

7.1. Revue à mi-parcours

La revue à mi-parcours de la Stratégie, qui permettra de mesurer les progrès accomplis, de mettre en évidence les difficultés rencontrées et de réajuster les approches stratégiques en fonction de l'évolution du contexte national et des défis liés à l'atteinte des objectifs de développement durable, sera effectuée au cours de l'année 2026. Elle permettra d'observer et d'analyser les changements survenus pendant la mise en œuvre et d'évaluer d'observer et analyser les changements observés pendant la mise en œuvre, et d'apprécier la contribution de la Stratégie de coopération avec les pays aux effets escomptés.

La collecte et l'analyse des données se baseront sur les indicateurs de résultats. Cette revue permettra d'analyser les nouveaux défis, les menaces, les opportunités et les questions émergentes. Ce suivi devra être réalisé chaque année.



7.2. Evaluation finale

Elle obéira aux normes et aux standards du Groupe d'évaluation des Nations Unies (UNEG). Elle permettra d'évaluer la cohérence de la logique d'intervention de la stratégie de coopération, ainsi que la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence, l'équité et la durabilité de sa mise en œuvre. Elle évaluera notamment la contribution de la stratégie à la réalisation des objectifs de développement durable à travers l'UNSDCF 2022-2026, ainsi que sa réponse aux priorités nationales inscrites dans le Plan Comores émergent – horizon 2030, et déclinées dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2024-2030. Elle sera organisée en 2028.

Dans la mesure du possible, cette évaluation finale pourra également être articulée avec des évaluations pertinentes du système de santé entreprises au niveau national.

Le Bureau de l'OMS travaillera en partenariat avec le Ministère de la santé, en collaboration les autres partenaires de développement, y compris des agences du Système des Nations Unies pour préparer et organiser le processus de cette évaluation finale, qui éclairera le prochain cycle de coopération.



8. ANNEXES

Annexe 1

Tableau 7. Cadre des résultats de la stratégie de coopération

Axe stratégique	Domaines prioritaires	Indicateurs proposés conformément au Quatorzième PGT	Valeur de base en 2024	Source et année	2025	2026	2027	Cible en 2028
1. Renforcement du système de santé pour permettre un meilleur accès à des services de santé intégrés et de soins de qualité centrés sur la personne, sans engendrer de dépenses catastrophiques, en vue d'assurer une couverture sanitaire universelle de la population, en particulier pour les populations vulnérables et défavorisées	Couverture sanitaire universelle	Indicateur 3.8.1 des ODD. Couverture des services de santé essentiels	56 %	HHFA-SDI 2020	60 %	64 %	68 %	70 %
		Résolution WHA72.2. Densité et répartition des établissements de santé (selon le type et le niveau de soins) (Nouveau)	83,3	HHFA-SDI 2020	86 %	89 %	92 %	95 %
	Accès à des produits de santé de qualité garantie	Indicateur 3.c.1 des ODD. Densité et répartition du personnel de santé (par profession, niveau infranational, type de propriété de l'établissement, type d'établissement, tranche d'âge, sexe) (Treizième PGT)	19,9 pour 10 000 hab.	HHFA-SDI 2020	26 pour 10 000 hab.	32 pour 10 000 hab.	38 pour 10 000 hab.	45 pour 10 000 hab.
	Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles et tropicales négligées	Indicateur 3.3.2 des ODD. Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants (Treizième PGT)	35	Rapport annuel OMS 2024	<29	<23	<17	<10
		Indicateur 3.3.3 des ODD. Incidence du paludisme pour 1000 habitants (Treizième PGT)	24,71 %	Rapport national annuel du PNLP 2023	18	12	6	0

Suite de l'annexe : Tableau 7. Cadre des résultats de la stratégie de coopération

		Indicateur national : Pourcentage de PVVIH sous TAR ont leur charge virale indétectable	84 %	Rapport annuel DLS 2023	87 %	90 %	93 %	95 %
		Indicateur national : Prévalence de la lèpre pour 10 000 habitants	2,03 cas pour 10 000 hab.	Rapport annuel lèpre 2023	2	2	2	< 1 cas pour 10 000 hab.
	Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées	Indicateur 3.1.1 des ODD. Taux de mortalité maternelle (Treizième PGT)	53 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	MICS 2022	<53	<52	<51	< 50
		Indicateur 3.1.2 des ODD. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (Treizième PGT)	84 %	MICS 2022	88 %	92 %	96 %	100 %
		Indicateur 3.2.2 des ODD. Taux de mortalité néonatale (Treizième PGT)	19 décès (Pour 1 000 naissances vivantes)	MICS 2022	15	10	5	0
		Indicateur 3.b.1 des ODD. Proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national (Treizième PGT)	56 %	MICS 2022	66%	76%	86%	95%

Suite de l'annexe : Tableau 7. Cadre des résultats de la stratégie de coopération

	La protection financière	Résolution WHA64.9. Part des paiements directs dans les dépenses de santé courantes (Nouveau)	49 %	Rapport sur le diagnostic du système de financement de la santé aux Comores, 2018	<50 %	<50 %	<50 %	<50 %
2. Amélioration des réponses face aux urgences sanitaires et catastrophes en renforçant la surveillance des maladies et en réduisant les risques sanitaires	Les risques d'urgences sanitaires	Couverture vaccinale des groupes à risque contre le choléra, (Nouveau)	64,1 %	Rapport de rattrapage vaccinal contre le choléra 2024	68 %	72 %	76 %	80 %
	La préparation, la capacité d'intervention et la résilience en cas d'urgence sanitaire	Préparation aux urgences sanitaires au niveau national (Nouveau)	15	Rapport annuel SPAR	18	20	22	25
		Indicateur 3.d.1 des ODD. Application du Règlement sanitaire international (2005) et degré de préparation aux urgences sanitaires (Treizième PGT)	Oui	Rapport RSI	Oui	Oui	Oui	Oui
	La détection des menaces graves pour la santé publique	Rapidité de détection, de notification et de riposte face aux événements à déclaration obligatoire du Règlement sanitaire international (2005) (nouvelle cible 7-1-7 dans le projet de Quatorzième PGT) (Treizième PGT)	100 %	Déclaration d'urgence sanitaire liée à l'épidémie du choléra	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %

Suite de l'annexe : Tableau 7. Cadre des résultats de la stratégie de coopération

3. Développement de la promotion de la santé, en réduisant les facteurs de risque et en préservant un environnement sain pour le bien-être de la population	La résilience du système de santé face aux changements climatiques	Indice des capacités nationales en matière de changements climatiques et de santé (Nouveau)	n.d.					
	Les déterminants de santé	Indicateur 1.3.1 des ODD. Proportion de la population bénéficiant d'au moins une prestation sociale (%)	n.d.					
	Les facteurs de risque prioritaires	Indicateur 2.2.1 des ODD. Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts-types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de cinq ans (Treizième PGT)	18,2 %	MICS 2022	<18 %	<17 %	<16 %	<15 %
		Indicateur 2.2.2 des ODD. Prévalence de l'émaciation (indice poids/taille inférieur à -2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de cinq ans. (Treizième PGT)	5,1 %	MICS 2022	<5 %	<5 %	<5 %	<5 %
		Résolution WHA69.9. Allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois (nouveau)	22,6 %	MICS 2022	28 %	35 %	42 %	>50 %

Suite et fin de l'annexe : Tableau 7. Cadre des résultats de la stratégie de coopération

4. Renforcement de la gestion, de la planification, des innovations et de la connaissance afin d'améliorer l'efficacité du bureau OMS et du système de santé	Les systèmes d'information sanitaire et la transformation numérique	Existence d'une stratégie nationale de santé numérique, d'un plan de mise en œuvre chiffré et de cadres juridiques pour appuyer une utilisation sûre, sécurisée et responsable des technologies numériques pour la santé	Oui	Rapport de la stratégie de santé numérique	Oui	Oui	Oui	Oui
		Indice SCORE	n.d.					





NOTES

[illegible]

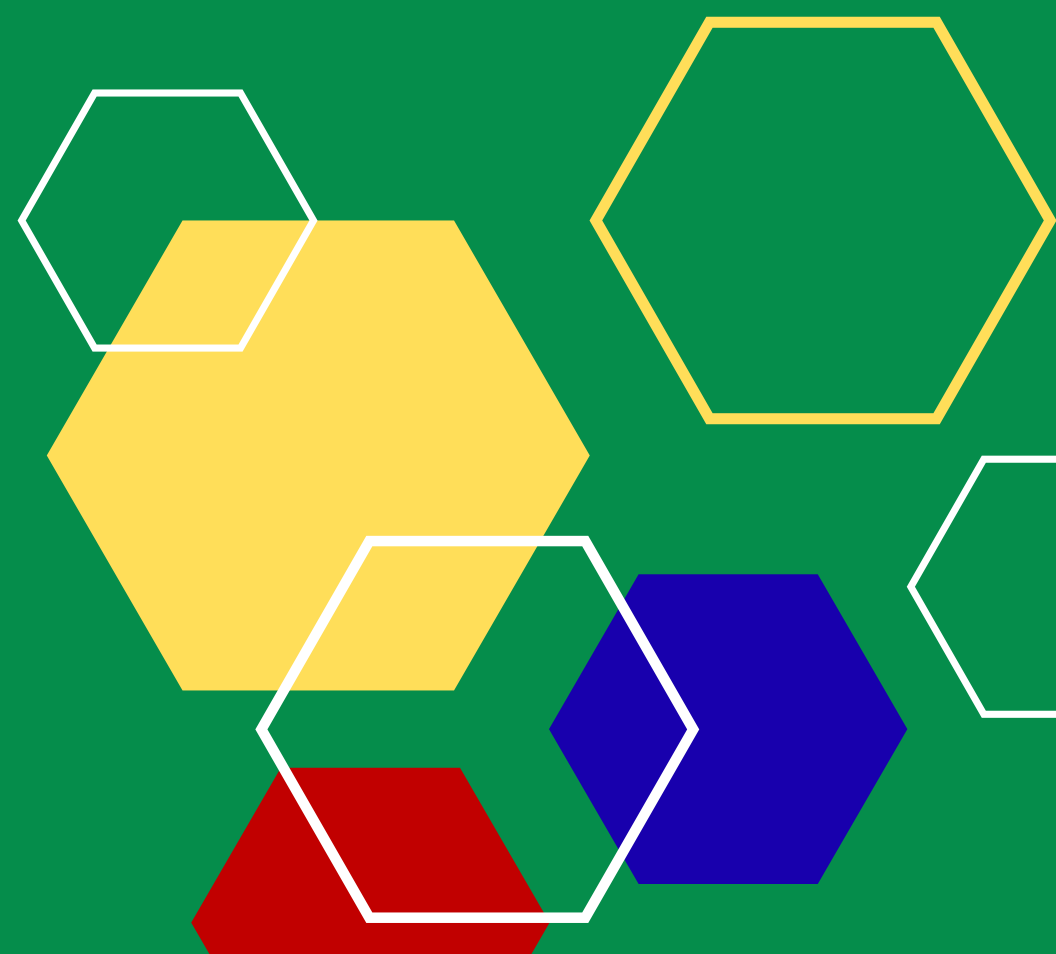
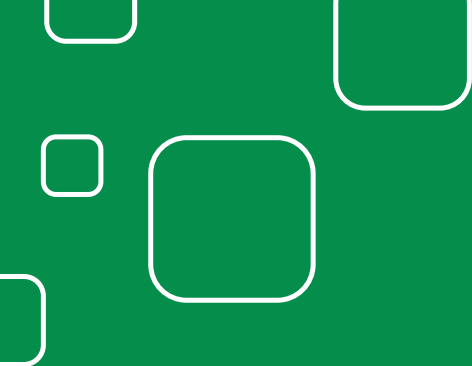
NOTES

[illegible]



Organisation
mondiale de la Santé





Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Bureau de pays pour l'Union des Comores
Maison des Nations Unies,
P.O. Box 435 Moroni
Email du bureau : afwcokmofficial@who.int
Web: <https://afro.who.int/fr/countries/comoros>
Twitter: @OMSComores
Facebook: OMS Comores
Crédits : @OMSComores / Ben Charafaine Abdillahi

© 2025 Organisation mondiale de la Santé (Comores)