



UNION DES COMORES

**VICE-PRESIDENCE CHARGÉE DU MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ,
DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION, DE LA PROTECTION
SOCIALE, DE L'EMPLOI ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT**

**CADRE POLITIQUE
DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION
AUX COMORES**

Mars 2002

CONTENU DU DOCUMENT

1-	Introduction	4
2-	Analyse de la situation de la santé de la reproduction aux Comores	4
3-	Justification et bases du cadre politique de la santé de la reproduction	7
4-	Perspective à long terme (vision)	7
5-	Objectifs du cadre politique en SR	8
6-	Groupes cibles	8
7-	Axes stratégiques par groupes cibles	8
8-	Mise en application du cadre politique	14
9-	Suivi et évaluation	16
10-	Conclusion	16
11-	Annexe	18

Liste des acronymes

CA	:	Cancer
CIPD	:	Conférence Internationale pour la population et le Développement
IEC	:	Information, Education et Communication
MGF	:	Mutilations génitales féminines
MSR	:	Maternité Sans Risque
MST	:	Maladies sexuellement transmissibles
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
SIDA	:	Syndrôme de l'immuno-déficience acquise
SR	:	Santé de la reproduction
VIH	:	Virus de l'immuno-déficience humaine

CADRE POLITIQUE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION AUX COMORES

Préface

Ce Cadre Politique de la Santé de la Reproduction est une contribution au développement intégrale des comoriens. Il vise le bien être de la famille et de la population du pays.

Elaboré en 2002 par les cadres nationaux avec l'appui technique et financier de l'UNFPA et de l'OMS, ce document présente les axes stratégiques, les groupes cibles, les services et les acteurs devant permettre la mise en œuvre des interventions prioritaires.

Ce document est destiné à servir de cadre de coordination des actions entreprises par tous les intervenants impliqués dans le domaine de la Santé de la Reproduction et de référence pour les décideurs, les planificateurs pour l'élaboration des plans de travail et le plaidoyer afin de mobiliser les ressources nécessaires. A cet effet, il devra être largement diffusé auprès de tous les partenaires impliqués dans l'amélioration de la Santé de la Reproduction.

Je présente toutes mes félicitations à l'équipe qui a travaillé sur ce document avec courage et grand professionnalisme.

CAABI ELYACHROUTU MOHAMED

**Vice-Président chargé de la Solidarité, de la Santé, de la Population,
du Travail, de la Protection Sociale,
et de la Reforme de l'Etat**

1. INTRODUCTION

La République Fédérale Islamique des Comores a participé à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) organisée au Caire (Egypte) en Septembre 1994 au cours de laquelle le nouveau concept de la santé de la reproduction a été défini et adopté par les pays participants, y compris les composantes de soins de santé qui s'y rapportent (voir annexe 1).

Par ailleurs, la société comorienne se caractérise également par certaines traditions séculaires qui régissent le rôle, la place et les attributions des individus au sein de la communauté, en mettant particulièrement en exergue les différences entre les deux sexes, l'importance du mariage et tout ce qui se rapporte à la capacité de procréer. Suite à l'influence de l'Islam en tant que religion d'Etat, la sexualité et la procréation hors union sont fortement stigmatisées, surtout pour le sexe féminin.

Une analyse approfondie du nouveau concept de santé de la reproduction à la lumière de la culture comorienne, révèle plusieurs similitudes dans certains de ses principes fondamentaux et offre des ouvertures pour d'autres apparemment contradictoires. En effet, l'examen de certains rituels et cérémonies permet de supposer qu'il existe une connaissance empirique du risque inhérent à la première grossesse et à toute grossesse en général; de la vulnérabilité de la mère et du nouveau-né ; des bases pour l'espacement des naissances ; des tentatives d'approche des problèmes de santé de la reproduction selon le cycle de la vie ; de la nécessité de préparer la jeune fille à son rôle de femme et de mère ; des essais de préparation du jeune garçon à son rôle de géniteur et à des règles d'hygiène sexuelle à travers l'école coranique, pour ne citer que quelques exemples.

Les directives politiques énoncées dans le présent document optent pour l'utilisation de ces éléments culturels positifs existants -et d'autres que la recherche en ce domaine ne manquera pas de mettre en évidence- en vue de constituer des points d'ancrage pour l'adaptation du concept de la santé de la reproduction au contexte et aux réalités des Comores. Ceci permettra aussi de mettre en lumière certaines pratiques néfastes en ce domaine et d'entreprendre des actions à la base en vue de leur élimination.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION AUX COMORES

Les Iles Comores sont situées dans l'océan indien et occupent une superficie de 1862 km². Sur la base d'un accroissement naturel annuel de 2,7 % constaté lors du dernier recensement de 1991, la population comorienne a été estimée à 517.291 habitants en 1997 avec une densité moyenne de 287 par km² et de fortes variations d'une île à une autre. Les femmes en âge de procréer et les jeunes de 15-19 ans constituent 22 % et 25 % respectivement. L'indice synthétique de fécondité estimé à 5,1 enfants par femme montre une tendance progressivement décroissante depuis les deux dernières décennies. L'espérance de vie à la naissance est évaluée à 57,3 ans pour les femmes et 55,6 ans pour les hommes.

Les données suivantes provenant de l'enquête démographique et de santé de 1996, bien que difficiles à interpréter eu égard aux observations courantes au sein des communautés, suggèrent que d'importants changements se sont opérés ces dernières années, tant en milieu urbain qu'en milieu rural:

- âge au premier rapport sexuel pour les femmes : 18,6 ans mais passe à 19,7 ans pour les générations plus récentes (25-29 ans) ;
- âge moyen à la première union pour les femmes : 18,5 ans, avec nette tendance au vieillissement jusqu'à 20,4 ans pour les générations plus récentes et surtout celles qui ont atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus (23,4 ans).
- âge moyen à la première naissance : 21 ans, indiquant qu'il existe un intervalle de 2,5 ans entre le début de l'union et ou des rapports sexuels et la venue du premier enfant.

- Contribution des adolescentes à la fécondité totale des femmes : 6 % et, dans l'ensemble, 9 % des femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde.
- intervalle inter-génésique médian : 28,9 mois, avec peu de différence selon le milieu de résidence mais plutôt une prolongation de 2,5 mois chez les femmes qui ont atteint un niveau d'instruction secondaire ou plus.
- prévalence contraceptive chez les femmes en union : 11%

Conformément à la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (1978) et au Cadre africain de Développement Sanitaire adoptée par la 35eme Session du Comité régional de l'OMS (Lusaka, septembre 1985) le système de santé comorien est constitué de trois niveaux (central, régional et périphérique). Depuis 1994, des efforts de réforme sont en cours pour instaurer une gestion décentralisée et renforcer la participation communautaire dans la gestion et le financement de la santé suivant l'initiative de Bamako (37eme session du Comité régional de l'OMS, septembre 1987).

Le système de soins quant à lui comporte deux niveaux actuellement fonctionnels, à savoir le niveau périphérique comprenant un centre de santé de district et quelques postes de santé, puis le premier niveau de référence correspondant au centre hospitalier régional. En lieu et place d'un centre de santé, quelques districts comportent plutôt un centre médico-chirurgical offrant des soins chirurgicaux de base, y compris la prise en charge des complications obstétricales et la césarienne.

Le personnel oeuvrant dans ces structures est constitué en majorité de paramédicaux, notamment d'infirmier(e)s et sage-femmes de l'assistance médicale, d'infirmiers d'Etat et de sage-femmes. La plupart de ces dernières travaillent dans les formations sanitaires urbaines. Quelques médecins généralistes récemment diplômés ont été affectés à la tête des districts avec comme rôle de veiller au bon fonctionnement des centres de santé de districts et assurer la supervision des postes de santé déjà existants ou à créer.

Un Plan national de Développement Sanitaire – Perspectives 2010 a été adopté en 1991 et révisé en 1993. Ce Plan a, entre autres, comme objectif l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant. Les indicateurs suivants sont suffisamment éloquents quant à la gravité de la situation de ce groupe :

- Taux de mortalité infantile : 116 pour mille naissances vivantes,
- Taux (rapport) de mortalité maternelle : 500 pour 100.000 naissances vivantes ;
- Taux de mortalité globale : 15 pour 1000 habitants
- Taux de consultation prénatale : 96 % chez la femme instruite contre 79 % pour celle sans instruction ;
- Taux d'accouchements dans un établissement sanitaire : 43 % contre 57% d'accouchements a domicile ; 74 % des femmes de niveau secondaire ou plus et 64 % des naissances de rang 1 ont lieu dans un établissement sanitaire. Cependant 42 % de femmes ayant effectué au moins 4 visites prénatales accouchent tout de même à domicile.
- Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié (médecin, sage-femme, infirmier, sage-femme auxiliaire) : 52 %. Accouchements assistés par des accoucheuses traditionnelles 28 % ;
- Proportion d'enfants de faible poids de naissance (estimation) : 18 %
- Allaitement maternel initié dans l'heure qui suit la naissance : 25 % ; plus de 24 heures après la naissance : 29 % (surtout en milieu rural et pour les mères sans instruction) ; Allaitement exclusif pratiquement inexistant ;
- Prévalence de l'infection a VIH :

Depuis leur participation à la Conférence du Caire et aux ateliers inter-pays organisés dans la Région africaine sur ce sujet, les Comores n'ont pas encore organisé un forum de consensus sur le choix des priorités nationales en santé de la reproduction. Cependant l'introduction des composantes de soins suivantes est en cours depuis 1998 au niveau des districts sanitaires dits de

concentration et le « paquet minimum d'activités » relatif à ces composantes a été défini suivant une méthode participative impliquant les communautés concernées et en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit de :

- la maternité sans risque, englobant la surveillance prénatale, l'accouchement et les suites des couches, ainsi que les soins du nouveau-né. La prise en charge des complications des avortements est aussi incluse dans cette composante.
- La planification familiale, visant essentiellement l'espacement des naissances
- La santé des jeunes et des adolescents
- La Prévention et prise en charge des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA.
- L'information, éducation, communication et sensibilisation pour une parenté responsable.

La mise en œuvre de ces composantes se heurte à des difficultés structurelles et organisationnelles, notamment la vétusté des infrastructures, l'insuffisance du personnel aussi bien au plan quantitatif que qualitatif, la mauvaise qualité des services.

Les autres composantes de la SR non encore mises en œuvre concernent la prévention et le traitement de l'infécondité, le dépistage précoce et traitement du cancer du col et autres cancers génitaux, la prise en charge des troubles liés à la ménopause et andropause, la prévention et prise en charge des violences sexuelles et autres pratiques néfastes.

Parallèlement au développement de la santé de la reproduction, des efforts sont en cours pour une mise en œuvre des objectifs de la Convention des Droits de l'Enfant et de la Plate-forme de la 4eme Conférence mondiale sur la Femme (Beijing 1995). Ceci permettra de créer un créneau pour des actions concrètes en ce qui concerne le développement de l'approche genre et la reconnaissance des droits en matière de santé de la reproduction.

3. JUSTIFICATION ET BASES DU CADRE POLITIQUE DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Ce document est une reconnaissance de la santé en général, et de la santé en matière de reproduction en particulier, en tant qu'outil indispensable pour le développement intégral des citoyens comoriens et un atout majeur dans la lutte contre la pauvreté. A cet effet, il est destiné à servir de référence, d'outil de plaidoyer auprès des décideurs politiques, religieux ou communautaires, et de cadre de coordination des actions entreprises par tous les intervenants nationaux et internationaux impliqués dans le domaine de la santé de la reproduction.

Les orientations qui y sont données prennent en compte les engagements pris par les Comores lors des récentes conférences internationales, en particulier le Sommet mondial sur les Droits de l'Enfant (New York, 1990), la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Caire, 1994), le Sommet mondial sur le Développement Social (Copenhague, 1995), la Quatrième Conférence mondiale sur la Femme (Beijing, 1995), la Résolution de 47eme Session du Comité Régional de l'OMS sur la Stratégie Africaine en santé de la reproduction 1998-2007, et la Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la revue quinquennale de la mise en œuvre du Plan d'Action de la CIPD (CIPD+5, New York, 1999).

Ces orientations sont aussi fondées sur les droits fondamentaux définis par la Constitution pour les citoyens et les familles comoriennes, sur les objectifs que le Plan national de développement sanitaire s'est assigné en faveur de la santé de la mère et de l'enfant et sur le Code de Santé Publique en matière d'élaboration de politiques nationales en ce domaine.

Tout en reconnaissant ses limites, ce document se veut enfin une contribution aux outils de plus grande portée en cours de préparation ou envisagés pour un avenir très proche, tels que la Politique Nationale de Population, la Politique nationale de Développement Economique et

Sociale, l'élaboration de la Politique et la révision du Plan national de Développement Sanitaire, et les Etats Généraux qui seront organisés en ces domaines.

4. PERSPECTIVE A LONG TERME (VISION)

Les Comores disposent de toutes les potentialités nécessaires pour réaliser au cours des 15 à 20 prochaines années une diminution significative de la charge importante de maladies, souffrances, infirmités et décès résultant des conditions précaires en matière de santé de la reproduction, notamment chez les groupes hautement à risque ou vulnérables.

Pour ce faire, une ferme volonté politique est nécessaire ainsi qu'une application fidèle des principes directeurs endossés lors de l'adoption de la stratégie régionale de santé de la reproduction, à savoir : (1) sensibilité culturelle ; (2) large participation des acteurs, en particulier les communautés ; (3) considérations sexo-spécifiques ; (4) appropriation du processus par les nationaux eux-mêmes ; (5) partenariats solides ; (6) paix et bonne gouvernance.

5. OBJECTIFS DU CADRE POLITIQUE EN SANTE DE LA REPRODUCTION.

5.1 OBJECTIF GENERAL :

Contribuer à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des familles et de la population comorienne.

5.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Favoriser l'adoption du concept de santé de la reproduction et son adaptation par les institutions et structures concernées en fonction des spécificités socioculturelles des Comores ;
- Renforcer les capacités des femmes et des hommes comoriens à prendre ensemble des décisions opportunes et favorables à elles ou eux-mêmes et à leur progéniture en matière de santé de la reproduction ;
- Développer des services préventifs, curatifs et promotionnels en santé de la reproduction aux différents niveaux des structures et des secteurs de la santé (public, privé, ONGs) en mettant l'accent sur leur accessibilité et leur qualité ;

6. GROUPES CIBLES

En prenant en compte le caractère dynamique de la santé de la reproduction fondé essentiellement sur l'approche selon le cycle de la vie, et en mettant en exergue les étapes critiques que sont la période périnatale, la période de la jeunesse incluant l'adolescence, l'âge adulte, puis la vieillesse, le cadre politique dégage les réponses aux besoins spécifiques et différentiels selon le sexe des individus qui composent les groupes-cibles suivants :

- Groupe cible des enfants, notamment le nouveau-né et les enfants à l'âge préscolaire et scolaire
- Groupe cible des jeunes, en particulier les adolescents,
- Groupe cible des femmes et ou mères, y compris celles du 3eme âge,
- Groupe cible des hommes dans leurs rôles de géniteurs, de maris et de parents, y compris aussi ceux du 3eme âge.

7. AXES STRATEGIQUES PAR GROUPES-CIBLES

Les orientations définies dans ce cadre politique tiennent compte des spécificités socioculturelles des Comores et ont pour souci de promouvoir une approche systémique et multi-sectorielle en rapport avec chacun des objectifs sus-mentionnés.

7.1 GROUPE- CIBLE DES ENFANTS

7.1.1 LE NOUVEAU-NE

Tout en réaffirmant que chaque naissance est et demeure un précieux cadeau du Créateur (Allah) à la nation et confié pour un temps à la responsabilité du couple, le cadre politique de santé de la reproduction veillera à ce que, à l'avenir, chaque naissance devienne également le fruit d'une décision responsable et bien mûrie de la part des géniteurs. Il en découle pour ces derniers un besoin légitime de disposer des moyens nécessaires pour prendre leurs décisions librement et de façon responsable.

En reconnaissant également que pour de nombreuses années encore beaucoup de naissances auront lieu à domicile, souvent sans l'assistance d'une personne qualifiée, ce cadre veillera à

ce que, en tant que nouveau citoyen comorien, chaque nouveau-né bénéficie de toute la protection et des soins que peut nécessiter son état au cours de cette phase critique de la vie.

Axes Stratégiques :

- Sensibilisation de tout futur parent et géniteur à la parenté responsable à travers des activités renforcées d' IEC et de plaidoyer .
- Amélioration de la qualité et de l' accessibilité des soins préventifs et curatifs du nouveau-né, y compris les pratiques au niveau des familles et des communautés (formation du personnel et des matrones à la prise en charge du nouveau-né, recherche-action sur les pratiques traditionnelles entourant la période périnatale).

Services à promouvoir :

- Prévention des carences nutritionnelles et de l'anémie chez la mère
- Accouchement dans des conditions hygiéniques et sûres
- Soins de base pour le nouveau-né
- Prise en charge adéquate du nouveau-né malade, surtout en cas d'asphyxie néonatale,chez le prématuré, l' enfant de faible poids de naissance et l' hypothermie néonatale .
- Promotion de l'allaitement maternel exclusif
- Vaccination
- Sensibilisation en matière d' hygiène et d' assainissement
- Promotion de la recherche opérationnelle

Acteurs concernés:

- Leaders religieux et politiques
- Parents et futurs parents
- Accoucheuses traditionnelles (matrones)
- Agents de santé impliqués dans les soins du couple mère-enfant (public et privé)
- Les associations communautaires et ONGs
- La direction des affaires sociales
- Les médias publics et privés

7.1.2 LE NOURRISSON, L'ENFANT D'AGE PRESCOLAIRE ET SCOLAIRE

Ayant adopté et ratifié la Convention internationale sur les Droits de l'Enfant, les Comores se sont engagées à assurer à chaque enfant comorien un développement physique et psychosocial harmonieux dès la petite enfance, en accordant une attention particulière aux besoins spécifiques de la petite fille, et à protéger chaque enfant des maladies et autres facteurs pouvant constituer un obstacle au maintien de sa santé.

Axes stratégiques :

- Adaptation des textes en vigueur au contexte comorien et leur vulgarisation à tous les niveaux
- Renforcement des services axés sur la prévention et la prise en charge des maladies de l'enfant, en particulier celles à forte mortalité (PCIME)

Services à promouvoir

- Prévention des maladies courantes, notamment par la vaccination
- Prise en charge du développement psychomoteur de l'enfant (jeux éducatifs et autre loisirs)
- Dépistage et prise en charge précoces des handicaps moteurs ou sensoriels
- Développement des soins curatifs intégrés (PCIME)
- Développement de la médecine scolaire
- Circoncision dans les meilleures conditions d'hygiène
- Promotion de l' allaitement maternelle .

Acteurs concernés

- Parents et éducateurs
- Groupements associatifs à base communautaire
- Organisations non-gouvernementales,
- Ministère de la Santé Publique et Affaires Sociales,
- Ministère de l'Education,
- Ministère de la Jeunesse
- Ministère de la Justice
- Ministères de l'information, du Tourisme et Loisirs
- Praticiens divers (perceuses, circonciseurs...)

7.2 GROUPE-CIBLE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

En attendant que le concept de l'adolescent et du jeune soit défini pour le contexte comorien, le présent cadre politique adopte les définitions internationales basées sur l'âge respectivement de 10-19 ans pour les adolescents et de 15-24 ans pour les jeunes. Selon le recensement général de la Population de 1991, ce groupe constituait plus de 50% de la population totale. Cette proportion croîtra considérablement au cours des décennies à venir et il constitue un important potentiel humain qui exige un encadrement correct.

Les états généraux de la jeunesse tenue en mai 2001 ont laissé entrevoir que ce groupe est le plus durement affecté par la crise économique, notamment dans le domaine de l'emploi, de l'éducation et de la santé. De plus, des situations nouvelles dans le domaine culturel et ou religieux entraînent nombreux membres de ce groupe à adopter des comportements à risque, y compris certaines déviations sexuelles dont l'ampleur serait en hausse.

Ce cadre politique confirme l'engagement des Comores à entreprendre des actions urgentes en vue de : (1) garantir à chaque jeune, sans distinction de sexe ou de conditions sociales, une préparation adéquate à ses responsabilités de futur parent, y compris à son rôle de futur géniteur ;

(2) lever les obstacles structurels, socioculturels ou juridiques entravant la mise en place d'une gamme complète des services correspondant aux besoins légitimes de ce groupe.

Axes Stratégiques

- Organisation de l'enseignement de l'éducation à la vie familiale (EVF) en faveur de la jeunesse scolarisée et non-scolarisée, en se basant en l'occurrence sur les canaux et les pratiques socioculturelles déjà existantes ;
- Fourniture de services de santé de la reproduction confidentiel, conviviaux et accessibles (financièrement et géographiquement) en faveur des jeunes et des adolescents qui en expriment la demande.
- La création et le renforcement des structures d'encadrement socio- professionnel des jeunes.

Services à promouvoir

- Education à la vie familiale et counseling
- Conseils et services en matière de contraception
- Conseils et services de lutte contre l'alcoolisme et les stupéfiants
- Prévention et traitement des maladies sexuellement transmissibles
- Prise en charge des complications d'avortement et services de conseil sur le comportement sexuel à moindre risque et prévention des grossesses précoces et non désirées .
- Médecine scolaire,
- Alphabétisation, facilitation de l'accès aux activités génératrices de revenus
- Conseils pré-nuptiaux et généralisation des certificats pré-nuptiaux .
- Prévention contre les violences et déviations sexuelles

- Formation des éducateurs sociaux et agents de santé

Acteurs concernés

- Parents et éducateurs (rites d'initiation)
- Groupements associatifs à base communautaire
- Groupements professionnels, y compris le patronat (secteur privé)
- Leaders politiques et religieux
- Organisations non-gouvernementales sans buts lucratifs
- Ministère de la Santé Publique et Affaires Sociales,
- Ministère de l'Education,
- Ministère de la Jeunesse
- Ministère de la Justice
- Ministère de la Défense
- Ministère de l'intérieur
- Ministère des finances
- Ministères de l'information, du Tourisme et Loisirs
- Praticiens divers (perceuses, circonciseurs...)

7.3 GROUPE -CIBLE DES FEMMES ET DES MERES

7.3.1 LES FEMMES

La société comorienne est « matrilocale » et en même temps patrilinéaire¹. Ceci comporte probablement des avantages pour le statut social de la femme, non seulement en tant que mère mais aussi en tant qu'épouse. Grâce au présent cadre politique, la femme devrait tirer profit de cette dualité pour promouvoir sa santé et son épanouissement au bénéfice de toute sa famille.

Ce cadre politique en santé de la reproduction repose aussi sur les nouvelles tendances amorcées pour et par la femme en matière d'accès à un plus haut niveau d'instruction. En effet, la femme instruite est plus souvent consultée au foyer ou dans la communauté lors de la prise de grandes décisions, bien que la femme célibataire instruite ne bénéficie pas encore de cette considération autant que la femme mariée. Ainsi, la pression que la femme subissait jusque là en matière de procréation tend à s'alléger et les résultats déjà enregistrés à travers l'augmentation de l'âge à la première union, l'âge à la première naissance et l'intervalle inter-générisique moyen pointent dans cette direction.

Axes Stratégiques

- Renforcement de l'accès à l'information correcte et complète en santé de la reproduction, notamment par l'amélioration de la communication inter-personnelle ;
- Appui technique aux efforts en cours pour l'amélioration des droits de la femme et la promotion de l'égalité des genres dans le processus de prise de décisions en santé de la reproduction ;

Services à promouvoir

- Prévention et prise en charge psychosociale en matière de grossesses non désirées ;
- Prévention et prise en charge des complications d'avortements
- Prévention et prise en charge des couples infertiles
- Prévention et prise en charge des infections génitales, y compris les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA
- Dépistage précoce et prise en charge des cancers génitaux et du cancer du sein
- Prévention des violences sexuelles et domestiques y compris les divorces
- Surveillances des grossesses et information des méfaits du tabac et de l'alcool

¹ Le foyer est fondé autour de la femme, notamment à travers le « grand mariage », mais la lignée identifiée par le nom est essentiellement déterminée par l'homme.

- Promotion pour l'accessibilité aux médicaments de base

Acteurs concernés

- Groupements associatifs à base communautaire
- Leaders politiques et religieux
- Ministère de la Santé Publique, Affaires Sociales et Condition Féminine
- Ministères de l'éducation, des Affaires Islamiques, de l'information, de la Justice,
- Organisations non-gouvernementales sans buts lucratifs et secteur privé

7.3.2 GROUPE CIBLE DES MERES

De manière générale, et conformément aux enseignements de l'Islam, le bien-être de la mère constitue une préoccupation dans la tradition comorienne. D'où l'existence de nombreuses pratiques et des mécanismes visant à procurer à la future mère un soutien psychologique et social tout au long de la grossesse jusqu'au quarantième jour après l'accouchement. Les familles et les communautés aident ainsi les mères à mieux assumer leur fonction procréatrice afin de donner à la nation des nouvelles générations plus saines.

Les orientations de ce cadre politique visent à promouvoir les aspects positifs de ces traditions et à aider les familles et les communautés à abandonner progressivement celles qui, malgré leurs bonnes intentions, peuvent avoir des conséquences sur la santé de la mère et ou celle du nouveau-né. Elles reconnaissent, de ce fait, l'importance des personnes relais pouvant faciliter l'introduction de pratiques promotrices de la santé de la mère avant la grossesse, pendant la grossesse et l'accouchement, et dans les suites des couches.

Axes stratégiques

- Renforcer les connaissances des signes d'alerte et de danger pendant la grossesse et l'accouchement par les mères, les familles, les communautés comoriennes, y compris les hommes (maris, frères, fils, oncles).
- Assurer à chaque mère une assistance qualifiée et culturellement acceptable pour fournir les soins de base nécessaires à toutes les étapes de la grossesse, y compris la prévention des grossesses inopportunes ou non désirées.
- Faciliter à chaque mère un prompt accès aux soins plus compétents dès que c'est nécessaire, notamment aux soins qui sauvent la vie en cas de grossesse ou d'accouchement compliqués.

Services à promouvoir

- Informations et conseils en contraception,
- prise en charge des carences nutritionnelles et de l'anémie chez la femme enceinte ou celle qui allaite ;
- vaccination et prise en charge de maladies intercurrentes (surtout le paludisme)
- Surveillance de la grossesse ; dépistage des MST et de l'infection au VIH ;
- Soins obstétricaux de base pour l'accouchement normal, y compris les soins au nouveau-né ;
- Organisation de prompts recours aux niveaux plus équipés, avec le concours des communautés ;
- Prise en charge des complications graves de la grossesse, de l'accouchement et des suites des couches (soins obstétricaux d'urgence) ;
- Soutien psychologique, surtout pour les grossesses non désirées ou hors mariage
- Prévention et prise en charge des violences sexuelles ou domestiques
- Prise en charge des dysfonctionnement sexuels.

Acteurs concernés

- Groupements associatifs féminins a base communautaire
- Leaders politiques ou religieux et personnes influentes dans les familles et communautés
- Système de santé (public et privé) en particulier les niveaux périphériques et intermédiaires ;
- Praticiens traditionnels (matrones, phyto-thérapeutes)

- Transporteurs locaux
- Ministères des transports et communication, des travaux publics
- Ministère de la Justice
- Organisations non-gouvernementales, y compris les organismes de défense des droits humains (assurer une maternité sans risque en tant que justice sociale)

7.4 GROUPE CIBLE DES HOMMES

La nécessité d'impliquer les hommes dans les questions de santé de la reproduction est l'une des recommandations innovatrices de la Conférence du Caire. Dans la société comorienne, comme partout ailleurs, c'est lui qui décide de tout en dernier ressort, y compris de l'affectation des ressources en ce domaine.

Pourtant, suite à sa marginalisation par les services de santé et les pratiques traditionnelles entourant la procréation, il a généralement moins de connaissances que la femme, notamment en matière de méthodes de contraception, de signes d'alerte et de danger en cas de complications de la grossesse, de signes de gravité des maladies de l'enfant, des symptômes des maladies sexuellement transmissibles, et bien d'autres choses encore. Souvent, cette ignorance se traduit alors par une résistance aux idées nouvelles qui entrave la prise des décisions adéquates.

Ce cadre politique prend aussi en compte la tendance à la baisse de l'âge au premier rapport sexuel chez les hommes couplée au célibat prolongé suite au mariage tardif, la baisse progressif de la polygynie couplée également à la hausse du taux de divorces et des ménages chapeautés par des femmes. Tous ces facteurs affectent le comportement sexuel des hommes en multipliant le risque de fréquentation de partenaires occasionnels et la bi-sexualité.

Axes stratégiques

- Accorder priorité aux besoins des hommes en informations correctes et factuelles en ce qui concerne leur propre santé et celle de tous les membres de leur famille en montrant le pouvoir dont ils disposent pour opérer des changements en matière de sexualité et de reproduction.
- Rendre les structures de santé plus conviviaux et augmenter leur capacité à promouvoir les services correspondant aux besoins spécifiques des hommes.

Services à promouvoir

- Counseling sur la parenté responsable
- Contraception et espacement des naissances
- Prévention et traitement des MST/SIDA
- Prévention et traitement de l'infertilité
- Prise en charge des dysfonctionnements sexuels
- Prévention de la pédophilie et autres déviations sexuelles

7.5 GROUPE CIBLE DES PERSONNES AGEES

Grâce à la forte hiérarchisation de la structure sociale comorienne, les personnes âgées des deux sexes conservent souvent leur influence sur les jeunes générations et leur rôle en matière de décision au sein de la famille et de communauté. La mère ou la belle-mère joue un rôle prépondérant dans l'équilibre des ménages, l'espacement des naissances, l'alimentation pendant la grossesse, le choix du lieu de l'accouchement, le recours aux structures médicales plus équipées en cas de complications. Cette influence ne doit donc pas être ignorée.

Cependant, leur propre état de santé est en général dégradée et mis sur le compte de la vieillesse. Les éventuels problèmes en matière de fonctionnement de l'appareil génital ne sont

souvent mentionnés que très tardivement. Ceci entraîne divers troubles physiques et psychoaffectifs qui se répercutent négativement sur leur qualité de vie.

Axe stratégique

Ce cadre politique de SR veillera à favoriser le maintien de l'activité des personnes dans leur milieu social et à répondre aux besoins spécifiques, liés à leur âge, en matière de santé de reproduction.

Types de services

- Augmentation de l'accès au soins curatifs et de réhabilitation pour les maladies dégénératives (diabète, hypertension, arthrites)
- Prise en charge de la ménopause et de l'andropause
- Dépistage précoce et traitement du cancer du col et de l'adénome de la prostate

Acteurs

- Système de santé à travers les structures les plus proches de la communauté
- Service d'assistance sociale et mutuelles villageoises
- Les membres de famille pour les soins à domicile

8. MISE EN APPLICATION DU CADRE POLITIQUE

La mise en œuvre du cadre politique de santé de la reproduction reposera principalement sur le Ministère de la Santé Publique, des Affaires Sociales et de la Condition Féminine à travers ses différentes structures de gestion et de soins. Les activités à entreprendre seront essentiellement axées sur : (1) IEC/CCC et Plaidoyer ; (2) accès équitable de tous les groupes cibles aux services de santé de qualité ; (3) renforcement des capacités techniques et des ressources humaines ; (4) promotion de la recherche-action. Le rôle dévolu à chaque niveau du système de santé est exposé ci-dessous de même que les différents domaines pour lesquels un partenariat solide avec les autres intervenants devra être établi.

8.1 ROLES SELON LES NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE

Niveau central

- Orientations / Directives politique et stratégiques
- Appui aux processus d'adoption du cadre politique au niveau des régions (gestion décentralisée)
- Mobilisation et affectation des ressources aux niveaux des régions (déploiement du personnel, subvention, salaires, plan de carrière)
- Coordination intra et intersectorielle
- Collecte des données de surveillance et d'évaluation
- Plaidoyer auprès des décideurs
- Partenariat national et international (UNDAF/CCA, Coopération bilatérale)

Niveau régional

- Implication de l'autorité de l'Ile
- Intégration des programmes et contrôle de la qualité des services
- Adaptation de la politique au contexte spécifique de la région
- Cadre stratégique de la planification des activités (plaidoyer, mobilisation sociale, recherche opérationnelle)
- Formation du personnel et supervision formative

- Affectation des ressources matérielles et humaines (équipements, logistiques)
- Appui à la participation communautaire ; Collecte des données de suivi et évaluation.
- Développement du partenariat avec le secteur privé et organisations non-gouvernementales.

Niveau périphérique

- Implication de l' autorité communale (les mairies)
- Processus de consultation avec les notables, religieux, personnes influentes (plaidoyer)
- Prestation de services définis dans le paquet minimum d'activités de SR
- Collecte des données, y compris les audits et enquêtes communautaires
- Animation communautaire et relation avec les autres agents de développement communautaire, les groupement associatifs.

8.2 COLLABORATION INTERSECTORIELLE ET PARTENARIAT

8.2.1 PARTENAIRES PRINCIPAUX

- Ministère de l'Education :Education à la vie familiale, Santé scolaire ;
- Ministère de la jeunesse et du sport :
- Ministère des Affaires Islamiques :Plaidoyer et appui politique, Education à la vie familiale ;
IEC- sensibilisation
- Ministère des Affaires sociales (Condition féminine) :Droits de la femme et protection de la famille
- Ministère de l'information : :Accès aux médias publics et privés
- ONG :Education à la vie familiale
IEC- sensibilisation, Plaidoyer
Prestation de service de SR

8.2.2 AUTRES PARTENAIRES

- Ministère de la Justice (Parquet) :
Adoption du code de la famille ; appui dans la modification des lois et réglementations affectant la SR, appui aux victimes des violences sexuelles
- Ministère du tourisme :
Appui dans la lutte contre les MST/SIDA et l'expansion des déviations sexuelles (homosexualité, pédophilie)
- Ministère des finances : Mobilisation et répartition des ressources.

9. SUIVI ET EVALUATION

Les mécanismes seront mis en place à tous les niveaux du système de santé et un appui sera fourni à tous les partenaires en vue d'améliorer le suivi des activités relatives aux axes stratégiques proposés dans ce document et mesurer leur effet sur la qualité de vie de la population comorienne. Quelques uns des indicateurs qui pourront être utilisés à cet effet sont repris ci-dessous :

9.1 INDICATEURS DE SUIVI

- Augmentation des structures sanitaires ayant intégrés les services de consultations du couple mère nourrisson
- Augmentation des structures sanitaires offrant des services de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
- Augmentation des structures sanitaires publiques et privées offrant des services de SR pour les jeunes et les adolescents.
- Augmentation du nombre d'associations et d'institutions qui militent pour la promotion des droits de l'enfant et de la femme.
- Augmentation du nombre de consultations des jeunes dans les services de SR
- Augmentation du nombre de consultation des hommes et des femmes dans les services de SR

9.2 INDICATEURS D'EVALUATION

- Pourcentage des agences et ministères collaborateurs ayant défini et intégré un programme en faveur de la SR dans leur activités (en tenant compte des réalités sociales et culturelles des Comores
- Pourcentage des structures sanitaires qui prennent en charge les avortement compliqués
- Pourcentage de structures sanitaires offrant des services intégrés de SR correspondant à leur niveau respectifs.
- Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié (selon définition OMS)
- Pourcentage de la population ayant accès aux services de SR
- Nouvelles lois et textes adoptés en faveur de la SR (ex. hausse de l'âge minimum de mariage)

10 CONCLUSION

Le présent cadre politique de la santé de la reproduction constitue l'outil essentiel pour le plaidoyer et pour la coordination de toutes les interventions en matière de la SR. Ce cadre politique de SR est également un outil de référence pour tous les intervenants dans le domaine de la santé de la reproduction (multi et bilatéraux, ONG, publics, privés) en ce sens qu'il donne des orientations claires et engagées en tout ce qui concerne les besoins à satisfaire en SR, les objectifs et stratégies à suivre, ainsi que les actions prioritaires à entreprendre.

La mise en œuvre de ce cadre politique de SR, passera par plusieurs étapes essentielles (consultations, adoption, adaptation) dont la réussite sera tributaire des efforts de tous, à commencer par les acteurs les plus concernés, à savoir, le Ministre de la santé publique, les responsables régionaux des programmes de santé, les leaders d'opinion, les prestataires de services de et la communauté.

Après l'adoption de ce cadre politique son adaptation au niveau du terrain sera appuyé et complétée pour être plus efficace et plus opérationnelle, par l'élaboration d'un plan d'action de Santé de la Reproduction spécifique pour chaque Ile et par la définition de normes et standards en matière des Santé de la Reproduction.

ANNEXE 1 : DEFINITION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

« Par santé reproductive, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'homme et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leurs choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé reproductive l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation, en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles ».

COMPOSANTES DES SOINS DE SANTE DE LA REPRODUCTION

- C1- Maternité sans risque (MSR)**
 - Surveillance pré-natale et post-natale
 - Surveillance du travail, de l'accouchement et prise en charge des complications obstétricales
 - Prévention et prise en charge des complications de l'avortement
- C2- Planification familiale + conseils**
- C3- Prévention et prise en charge des infections du tractus génital et des MST/SIDA**
- C4- Prise en charge de la santé de la reproduction des adolescents**
- C5- Soins du nouveau-né et de l'enfant**
- C6- Prise en charge appropriée de l'infécondité y compris la prévention**
- C7- Lutte contre les violences sexuelles**
- C8- prévention et traitement du CA du sein et du Col**
- C9- Education, Information et conseil sur la SR et sur la parenté responsable.**
- C10- Prise en charge de la ménopause et de l'andropause.**

ANNEXE 2 :
PLAN DE SUIVI DE LA FINALISATION ET DE
L'ADOPTION DU CADRE POLITIQUE

Le calendrier de suivi comprend quatre étapes

- Finalisation de la première version du cadre politique et envoi aux régions (mi-janvier 2001)
- Consultations aux niveau des régions pour avoir l'opinions des groupes influents sur le document (janvier- mi avril 2001)
- Incorporation des commentaires recueillis, finalisation et soumission du cadre politique au Ministère de la santé publique (fin juin 2001)
- Adoption du cadre politique et promulgation par un décret (septembre 2001)