



UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement

.....

Vice-Présidence Chargée du Ministère de la Solidarité,
de la Santé, de la Population, du Travail, de la Condition Féminine
et de la Reforme Administrative

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE FAMILIALE

**FEUILLE DE ROUTE DES COMORES POUR ACCELERER
L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR
LE DEVELOPPEMENT (OMD)
EN RAPPORT AVEC LA SANTE DE LA MERE
ET DU NOUVEAU-NE.**

JUILLET 2005

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES	3
1. INTRODUCTION.....	6
<i>1.1. Situation Actuelle</i>	6
<i>1.2. Défis</i>	9
2. BUTS.....	11
3. OBJECTIFS	11
<i>3.1. Objectif Général</i>	11
<i>3.2. Objectifs Spécifiques:</i>	11
4. PRINCIPES DIRECTEURS	12
5. STRATEGIES	12
7. INTERVENTIONS PRIORITAIRES	13
8. SUIVI ET EVALUATION	14
<i>Indicateurs pour mesurer le progrès de la Feuille de Route</i>	15
9. ACTIONS DE SUIVI.....	15
10. CONCLUSION	16

LISTE DES ABREVIATIONS

CCC : Communication pour le changement de Comportement
CHR : Centre Hospitalier Régional
CIPD : Conférence International sur la Population et le Développement
CMU : Centre Médico-Urbain
CRHCS : Commonwealth Regional Health Community Secretariat
CSD : Centre de Santé de District
EMSP : Ecole de Médecine et de Santé Publique
FHI : Family Health International
MICS : Enquête à Indicateurs Multiples
ODM : Objectifs de Développement du Millénaire
PF : Planification Familiale
PMI : Promotion Maternelle et Infantile
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PRSP : Poverty Reduction Strategy Papers
RHRU : Reproductive Health Research Unit
SWAP : Sector Wide Approach
SIDA : Syndrome d'Immuno - Déficience Acquis
SMI : Santé maternelle et Infantile
SMN : Santé de la mère et du Nouveau -Né
SMN : Soins maternels et Néonataux
SOU : Soins Obstétricaux d'Urgence
SR : Santé de la Reproduction
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID : United States Agency for International Development
VIH: Virus d'Immunodéficience Humaine
WAHO : World Arabian Horse Organization

RESUME

Plus de 15 ans après le lancement de l'Initiative Maternité Sans Risque, les taux de mortalité maternelle et périnatale en Afrique ont malheureusement continué d'augmenter au lieu de diminuer. Le taux moyen de la mortalité maternelle dans la Région Africaine a augmenté de 870 morts pour 100.000 naissances vivantes en 1990 pour arriver à 1.000 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001. L'Afrique a le taux de mortalité néonatale le plus élevé estimé à 45 décès par 1.000 naissances vivantes.

Profondément préoccupé par la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales qui persistent à des taux très élevés, le Sommet du Millénaire a développé en 2000 les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et s'est engagé d'accroître des efforts pour améliorer la santé maternelle et diminuer la mortalité infantile. En vue d'appuyer les pays dans la Région Africaine dans leur chemin pour atteindre les objectifs OMD, le Groupe de Travail Régional sur la Santé de la Reproduction, a demandé à tous les partenaires de développer et de mettre en œuvre une Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

La mise en œuvre des programmes de la santé maternelle et néonatale est confrontée à beaucoup de défis, tels que :1) Manque d'engagement national et d'appui financier; 2)Pauvre coordination des partenaires; 3) Mauvais fonctionnement des systèmes de santé, avec un faible système de référence, spécialement lors des urgences obstétricales et néonatales; 4) Faible développement et gestion des ressources humaines au niveau national, y compris la fuite perpétuelle des cerveaux du personnel qualifié aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Afrique, et du secteur public au secteur privé, et Politiques non claires concernant la mise en pratique des lois et règlements.

La Feuille de Route offre une nouvelle dimension revitalisée des efforts. Elle offre un cadre pour construire un partenariat stratégique afin d'augmenter l'investissement en santé maternelle et néonatale au niveau institutionnel et programmatique. Le consensus parmi les principaux intervenants au niveau régional africain pour appuyer les pays au cours des 11 prochaines années en utilisant cette Feuille de Route est une percée importante dans les efforts de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elle offre une opportunité à tous les partenaires et programmes de se concentrer sur deux niveaux de soins où le secteur santé peut faire la différence, à savoir : au niveau de la Prestation des services de santé et au niveau de la Communauté. Le fait de reconnaître que le binôme « mère-nouveau-né » est inséparable permet aux partenaires de focaliser une attention spéciale à la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'assistance aux femmes enceintes et au cours de l'accouchement par un personnel qualifié, ainsi qu'à la disponibilité d'un matériel et d'un équipement adéquat et en nombre suffisant, ce qui contribue à sauver les vies des femmes et des nouveau-nés à tous les niveaux.

L'objectif général de la Feuille de Route est d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans la Région Africaine. Ses objectifs spécifiques sont : (1) Rendre disponible le personnel de santé qualifié pour assister les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, à tous les niveaux du système des soins de santé ; (2) Renforcer et équiper les structures sanitaires à tous les niveaux afin d'améliorer la qualité des soins (3) Renforcer les capacités des individus, des familles, de la communauté et des décideurs pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

Les interventions prioritaires proposées sont entre autres : (1) Améliorer les services de santé pour rendre accessibles et acceptables les soins de SMI de qualité ; (2) Etablir les normes et standards de soins pour les soins obstétricaux d'urgence à tous les niveaux ; (3) Evaluer et mettre à jour les curricula de formation dans les écoles pour les rendre conformes aux standards de soins pour les soins obstétricaux d'urgence; (4) Fournir et installer l'équipement approprié de communication, y compris les radios et les moyens de transport pour les urgences ;(5) Renforcer les capacités des Comités de Gestion des districts sanitaires dans l'intégration des programmes de SMN/PF dans SWAPs et PRSPs ; (6) Renforcer les systèmes d'information sanitaire ; (7) Promouvoir l'implication des hommes et la mise en place des comités de santé maternelle et néonatale au niveau communautaire.

Les étapes dans le suivi de cette Feuille de Route comprennent : (1) Organisation d'une réunion des intervenants au niveau national sous la direction du Ministère de la Santé, et développement d'une Feuille de Route spécifique pour le pays ; (2) Vendre la Feuille de Route par chaque agence dans le but d'augmenter le plaidoyer pour la SMN/PF, et de mobiliser des ressources pour sa mise en œuvre ; (3) signer la version finale de la Feuille de Route par les Responsables de toutes les Agences et Organisations impliquées, signe d'engagement pour sa mise en œuvre.

Il est proposé que la mise en œuvre au niveau pays soit considérée en 2 phases de 5 ans chacune, soit :

Phase 1: 2005 – 2009 ;

Phase 2: 2010 – 2014 ;

Année du Rapport Final: 2015.

Les indicateurs de suivi et évaluation sont proposés et seront adaptés pour leur utilisation au niveau des pays. Les rapports annuels seront partagés entre les partenaires, avec les Communautés Economiques Régionales ainsi qu'avec l'Union Africaine. Tous les partenaires vont appuyer les revues à mi-parcours ainsi que l'évaluation finale de la mise en œuvre au niveau des pays.

Le succès de la mise en œuvre de cette Feuille de Route en Union des Comores dépendra de l'engagement de l'ensemble des Gouvernements, des Ministères de la Santé et de tous les partenaires, pour investir dans la Santé Maternelle et Néonatale.

1. INTRODUCTION

la santé de la mère et du nouveau-né constitue un droit humain de base. Toutefois, 15 ans après le lancement de l'Initiative Maternité Sans Risque, les taux de mortalité maternelle et périnatale en Afrique ont malheureusement continué d'augmenter au lieu de diminuer. Profondément préoccupé par la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales qui persistent à des taux très élevés, le Sommet du Millénaire a développé en 2000 les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et s'est engagé d'accroître les efforts pour améliorer la santé maternelle et pour diminuer la mortalité infantile.

En vue d'appuyer les pays de la Région Africaine dans leur chemin pour atteindre les OMD, le Groupe de Travail Régional sur la Santé de la Reproduction, a demandé à tous les partenaires de développer et de mettre en œuvre une Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Les partenaires suivants se sont réunis du 16 au 18 Février 2004 à Harare, Zimbabwe, pour développer cette Feuille de Route : UNFPA, UNICEF, USAID , Advance Africa, Engender Health, WAHO, MNH/JHPIEGO, CRHCS, FCI, FHI, RHRU Johannesburg, Représentants de Global Partnership of Safe Motherhood and Newborn Health, Représentants du Groupe de Travail Régional sur la Santé de la Reproduction, les Officiels des Ministères de la Santé de la Tanzanie et du Zimbabwe, sans oublier les représentants de l'OMS au niveau national, régional et du Siège.

1.1. Situation Actuelle

Au niveau régional

Le taux moyen de la mortalité maternelle dans la Région Africaine a augmenté de 870 morts pour 100.000 naissances vivantes en 1990 pour arriver à 1.000 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001. Des 529.000 décès maternels estimés avoir lieu globalement chaque année dans le monde, 48% surviennent dans la Région Africaine, une région qui compte 12% seulement de la population mondiale et 17% de toutes les naissances dans le monde. Les femmes pauvres de la Région sont particulièrement vulnérables. Dans beaucoup de pays de la Région, 25-33% de tous les décès de femmes en âge de procréer sont dus à une complication de la grossesse ou de l'accouchement et 13% surviennent parmi les adolescentes suite aux complications des avortements pratiqués dans des mauvaises conditions. Dans les pays industrialisés le risque de mortalité maternelle est très faible, estimé à 1%. Le risque de mortalité maternelle au cours de toute une vie dans la Région Africaine est estimé à 1 :16, comparé à 1 sur 3500 en Amérique du Nord, 1 sur 2400 en Europe, 1 sur 160 en Amérique Latine et les Caraïbes, et 1 sur 100 en Asie. Pour chaque décès maternel, il y a au moins 30 femmes qui survivent en souffrant d'incapacités de court ou long terme.

La majorité des infirmités, spécialement les fistules génitales, sont aussi plus fréquentes dans le groupe d'âge des adolescentes. En moyenne en Afrique une femme à l'âge de 19 ans a déjà eu sa première grossesse. Globalement 14 millions d'adolescentes (15-19 ans) accouchent chaque année dans le monde, la majorité (12,8 millions) dans les pays en voie de développement. Malgré cela, peu d'attention est accordée aux adolescentes mariées et/ou enceintes.

Comparées aux femmes de plus de 20 ans, les adolescentes âgées de 14-20 ans et celles qui ont moins de 14 ans ont respectivement deux fois et cinq fois plus de risque de mourir pendant l'accouchement

Les nouveau-nés des femmes adolescentes ont aussi une incidence plus élevée de faible poids à la naissance et une mortalité néonatale plus grande.

L'Afrique a le taux de mortalité néonatale le plus élevé estimé à 45 décès par 1.000 naissances vivantes comparé à 34 en Asie, 17 en Amérique Latine et 5 dans les pays développés. Etant donné la faible notification des cas et une large variation entre les pays de la Région, les chiffres réels sont sans aucun doute plus élevés.

Les hémorragies, les infections, les dystocies, l'hypertension artérielle et ses complications constituent les causes directes de décès maternel.

Un nombre de plus en plus élevé de décès maternels dans la Région est dû à des causes indirectes telles que le VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme. De plus en plus de femmes enceintes en Afrique sont diagnostiquées VIH positives. Dans certaines régions de l'Afrique Australe, Orientale et Centrale, 20-30% des femmes enceintes sont infectées. Le taux de transmission de l'infection au VIH de la mère à l'enfant varie entre 25 et 40% dans certains pays. La Tuberculose tue un million de femmes âgées de 18 à 45 ans chaque année dans le monde, dont 600.000 décès pour la seule Région Africaine. Le Paludisme est la cause majeure de l'anémie maternelle, du faible poids à la naissance et de la mortalité néonatale.

Situation en Union des Comores

Situation sanitaire

Les Comores ont entrepris depuis 1994 une réforme du système de santé, en vue de promouvoir la décentralisation des soins de santé et de renforcer la participation des communautés dans la gestion et le financement de la santé, selon l'initiative de Bamako.

Les priorités du pays en matière de santé étaient définies à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), perspective an 2010, adopté en 1991 et revu en 1993. La tenue des Etats généraux de la santé en 2001, a fait le point sur la mise en oeuvre du plan national de développement sanitaire et de la réforme du système de santé. Des résolutions ont été prises en vue d'élaborer une politique nationale tenant compte de la nouvelle configuration de l'Union des Comores ainsi que des problèmes prioritaires de santé publique qui se posent au niveau du pays. Actuellement cette politique est validée sur le plan national et attend son adoption par le gouvernement et sa diffusion.

Le système de santé est organisé en trois niveaux. Le niveau central constitué par le cabinet du Ministre, du Secrétaire général, de la Direction nationale de la santé et des Directions et Services chargés de la coordination. Le niveau intermédiaire ou îles est composé de l'administration sanitaire de l'île (Ministre de la santé assisté de son Directeur général de la santé et des responsables de services de santé). Le niveau périphérique compte 17 districts sanitaires dont 7 à Anjouan, 7 à la Grande Comore et 3 à Mohéli. Ces districts sont couverts par les 3 centres hospitaliers régionaux des îles et 2 centres médico-chirurgicaux qui ont un plateau technique capable de prendre en charge les soins obstétricaux complets, les 12 CSD capables de prendre en charge les soins obstétricaux de base, les trois CMU/PMI et les 49 Postes de santé qui dispensent des soins obstétricaux essentiels.

Accès géographiques aux services de soins et système de référence

L'accessibilité géographique à un centre de santé dans un rayon de 5 Km est estimée à 45% à la Grande-Comore, 74% à Anjouan et 69% à Mohéli soit une moyenne de 63% pour l'ensemble du pays. En intégrant les postes de santé, cette couverture atteint 90% dans l'ensemble des trois îles, cependant peu de postes de santé fonctionnent de façon efficiente par insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières.

Le système de référence est dans l'ensemble peu satisfaisant en raison du déficit des communications radio et du nombre réduit des ambulances. Certains centres régionaux pourtant plus ou moins équipés ne disposent pas de personnels capables de répondre aux urgences obstétricales. Très souvent, le transfert d'une structure à une autre est assuré par les familles du malade, à leurs frais.

Ressources humaines :

Le nombre de médecins est passé de 5 en 1975 à 91 en 2001, soit un ratio de 1 médecin pour 6485 habitants. Le ratio en personnel paramédical (infirmiers) est de 1 pour 2305 d'habitants, celui des sages-femmes est de 1 pour 7 664. Le personnel qualifié (médecin, sage-femme et infirmier diplômé d'état) ne représente cependant que 44,81% de l'effectif total, le personnel peu ou pas qualifié constituant à 55% la majorité, illustrant ainsi le fait que le système est majoritairement piloté par cette catégorie d'agents peu ou pas qualifiés. Ce personnel est inégalement reparti entre les îles et plus de la moitié va à la retraite d'ici 2010.

Un centre de formation des paramédicaux existe dans le pays, ce centre a plus ou moins fonctionné depuis son ouverture jusqu'à 1994, année où il a été fermé. Depuis 2001 il réouvre ses portes et est érigé en 2003 en Ecole de Médecine et de santé Publique au sein de l'Université des Comores.

Un des problèmes qui se pose dans ce domaine est la mobilité, la mauvaise répartition, la fuite des cerveaux du personnel qualifié vers l'extérieur.

Le secteur privé est en plein développement aux Comores. Toutefois, il n'est pas encore bien organisé et structuré : tarification anarchique, non respect de la réglementation par les prestataires, en particulier pratiqués souvent par certains agents de l'état avec parfois détournement des malades en faveur du secteur privé.

Système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire a longtemps été peu performant. L'inexistence de base de données entraîne des difficultés énormes dans la planification, le suivi et l'évaluation des programmes. Un schéma directeur du Système d'information sanitaire vient d'être élaboré et sa mise en œuvre permettra d'améliorer la qualité des données.

Santé maternelle et infantile

Dès les années 1980, les Comores ont mis en place des programmes visant à améliorer la santé maternelle et infantile. Cette initiative a permis la définition et l'introduction dans les districts sanitaires du paquet minimum d'activités en santé de la reproduction.

Dans le cadre du renforcement des politiques, normes et standards, au cours des quatre dernières années, le pays a élaboré le Cadre politique de la Santé de la Reproduction des Comores en 2002, le Programme National de la Santé de la Reproduction en 2003, la Stratégie de Sécurisation des produits contraceptifs y compris les préservatifs et les Normes et standards en Santé Familiale et le plan stratégique de lutte contre le VIH SIDA et la prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH en 2005.

Le ratio de la mortalité maternelle est passé de 517 femmes pour cent mille naissances vivantes (MICS 2000) à 381 pour cent mille naissances vivantes (RGPH 2003). Ce taux élevé pourrait s'expliquer par un régime de haute fécondité (indice synthétique de fécondité estimé à 5,1 enfants par femme en 1996) qui prévaut dans le pays, lié aux maternités précoces, nombreuses et rapprochées. Bien qu'on note une augmentation de la prévalence contraceptive qui est passée de 4% en 1994 à 19,4% en 2000, certains problèmes persistent encore notamment le taux d'abandon et les besoins non satisfaits (61%) qui restent élevés.

La qualité de suivi des grossesses est un élément déterminant dans le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et ses suites. Celle ci est compromise aux Comores en raison de la défaillance du système de santé, caractérisé par l'insuffisance de personnel qualifié, l'absence de certains équipements et matériels de base appropriés dans les formations sanitaires et le coût relativement élevé de certains médicaments et prestations. A cela s'ajoute un faible système de référence, spécialement en cas d'urgences obstétricales et néonatales.

La paupérisation de la population, spécialement chez les femmes, constitue aussi un grand obstacle limitant l'accès des femmes aux services de santé. 84 % des femmes enceintes viennent au moins une fois en consultation pré-natale et seuls 43% des accouchements se font en milieu hospitalier contre 57% à domicile. La population accorde encore une grande importance aux accoucheuses traditionnelles, 28 % des accouchements sont effectués par ces dernières selon l'enquête MICS 2000.

Santé de l'enfant comorien

L'enfant comorien reste encore soumis à des risques de mortalité élevés. Sur 1000 enfants nés au cours de l'année 2000, 59 sont décédés avant leur premier anniversaire. Ce risque était encore plus élevé antérieurement puisqu'il était estimé à 77 pour mille en 1996 et à 86 pour mille au recensement de 1991. Les infections néonatales constituent une des causes de la mortalité du nouveau-né. Même si les données disponibles ne permettent pas d'établir un lien formel entre la mortalité néonatale et ces infections, le nombre important d'accouchements enregistrés en dehors d'un établissement sanitaire suggère un rôle prépondérant des infections néonatales.

1.2. Défis

Les efforts déployés depuis le lancement de l'Initiative Maternité Sans Risque semblent ne pas avoir donné les résultats escomptés à cause de nombreux défis auxquels sont confrontés les programmes de Santé de la Mère et du Nouveau-Né (SMN) par la Région Africaine. Beaucoup de pays de la Région sont pauvres et hautement endettés. Ceci limite l'allocation des ressources à la santé et en particulier aux programmes de SMI. La pauvreté grandissante, spécialement chez les femmes, est un obstacle limitant l'accès des femmes aux services de santé dont elles ont grandement besoin. La situation est aussi aggravée par la diminution drastique des ressources par les bailleurs de fonds. Une autre catégorie de sérieux obstacles est constituée par

les problèmes institutionnels qui n'ont pas permis d'accorder aux problèmes de santé la place de premier plan.

Ainsi, le principal défi auquel fait face le secteur de la santé aux Comores demeure la réalisation de l'objectif de la santé pour tous dans un contexte d'instabilité lié à une crise socio-politique persistante, même si des progrès notables ont été enregistrés récemment.

Plus spécifiquement, certaines causes d'échec pour réduire significativement la mortalité maternelle et néonatale en Union des Comores peuvent être identifiées :

- Manque d'engagement national et d'appui financier;
- Implication inadéquate de l'homme associée au statut de la femme avec faible pouvoir de décision;
- Pauvreté grandissante particulièrement chez les femmes;
- Manque d'accessibilité, de disponibilité et d'utilisation des soins de qualité pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat;
- Mauvais fonctionnement des systèmes de santé, avec un faible système de référence, spécialement lors des urgences obstétricales et néonatales;
- Faible développement des ressources humaines au niveau national,
- Logistique inadéquate pour la gestion des médicaments, le matériel et l'équipement de planning familial;
- Politiques non claires concernant la mise en pratique des lois et règlements

Si rien n'est fait contre les défis ci-dessus, on ne peut espérer une amélioration des indicateurs de la santé maternelle et infantile au cours des dix prochaines années.

1.3. Qu'est-ce qui est nouveau dans cette Feuille de Route ?

Le besoin pour mieux planifier, organiser, gérer, suivre et augmenter les investissements dans les programmes de santé maternelle et néonatale, demande une approche de grande concertation de la part des gouvernements et des partenaires. La Feuille de Route offre une nouvelle dimension revitalisée des efforts. Le consensus parmi les principaux intervenants au niveau régional africain pour appuyer les pays au cours des 11 prochaines années en utilisant cette Feuille de Route est une percée importante dans les efforts de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Elle offre une opportunité à tous les partenaires et programmes de se concentrer sur deux niveaux de soins :

- Prestation des services de santé : le fait de reconnaître que le binôme « mère-nouveau-né » est inséparable permet aux partenaires de focaliser une attention spéciale à la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'assistance aux femmes enceintes et au cours de l'accouchement par un personnel qualifié, ainsi qu'à la disponibilité d'un matériel et d'un équipement adéquat et en nombre suffisant, ce qui contribue à sauver les vies des femmes et des nouveau-nés à tous les niveaux.

- Niveau communautaire : en travaillant avec les autres secteurs en vue d'améliorer l'éducation de la fille, l'autonomisation des femmes, la qualité des infrastructures et des communications, la réduction de la pauvreté qui va permettre une amélioration de l'état nutritionnel et l'accès à l'eau potable.

La Feuille de Route est orientée vers un but spécifique et elle est basée sur des résultats avec des stratégies claires, des cibles, des repères et calendrier. Les stratégies sont focalisées sur des

interventions-clés à base factuelle, connues pour être rentables et réalisables dans des situations où l'on ne dispose pas de beaucoup de ressources. Il ne s'agit pas de réinventer la roue, seules des interventions approuvées sont identifiées pour une action concertée incluant une planification conjointe et un partage des coûts pour une amélioration rapide.

2. BUTS

Le but, en suivant la Feuille de Route, est l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en rapport avec la santé de la mère et du nouveau-né.

La Feuille de Route trouve son fondement dans le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), le Caire+5 et les Accords du Sommet du Millénaire des Nations Unies. Les buts acceptés internationalement et les cibles à atteindre sont :

Objectifs de Développement du Millénaire

But 5: Améliorer la Santé Maternelle

- Cible 6: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le Taux de mortalité maternelle c'est à dire passer de 517 décès pour 100.000 naissances vivantes (enquête MICS 2000) à 130 pour 100 000 naissances vivantes en 2015
- Indicateur 17: 75 pour cent de tous les accouchements sont effectués dans un milieu hospitalier en 2009 et en 2015, 90 pour cent

But 4: Réduire la mortalité infantile

- Cible 5: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- Indicateur 14: la mortalité infantile passe de 74 pour 1000 naissances vivantes (MICS 2000) à 40 pour 1000 naissances vivantes en 2009 et à 25 pour 1000 naissances vivantes en 2015

3. OBJECTIFS

3.1. Objectif Général

Accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en Union des Comores

3.2. Objectifs Spécifiques:

- Rendre disponible le personnel de santé qualifié pour assister les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, à tous les niveaux du système des soins de santé.
- Renforcer et équiper les structures sanitaires à tous les niveaux afin d'améliorer la qualité des soins
- Renforcer les capacités des individus, des familles, de la communauté et des décideurs pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

4. PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes suivants vont guider la planification et la mise en œuvre de la Feuille de Route pour assurer l'efficacité et la pérennité des interventions :

- Base factuelle: S'assurer que les interventions sont basées sur une évidence prouvée et qu'elles sont rentables (rapport coût-efficacité)
- Approche des Systèmes de Santé: Focaliser sur la délivrance des soins de santé maternelle et infantile à tous les niveaux, en utilisant les soins de santé primaires comme point d'entrée pour engager les ressources de la communauté et en renforçant le système des référence et contre référence.
- Complémentarité: Partir des programmes existants et tenir compte des avantages comparatifs des différents partenaires dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé maternelle et infantile.
- Partenariat: Promotion du partenariat, coordination et programmation conjointe parmi les parties prenantes y compris le secteur privé, les associations professionnelles et conseils à tous les niveaux dans le but de renforcer la collaboration, de maximiser les ressources, et d'éviter la duplication.
- Définition claire des rôles et des responsabilités: Définir les rôles et les responsabilités de tous les intervenants dans la mise en oeuvre, le suivi et évaluation des activités identifiées pour augmenter la synergie.
- Justesse et Pertinence: Avoir une compréhension claire de la situation de la santé maternelle et infantile en Union des Comores, sans oublier la perception locale en rapport avec la santé maternelle et infantile.
- Transparence et responsabilité: Promouvoir le sens de bon gestionnaire, de responsabilité et de transparence de la part aussi bien des gouvernements que des autres parties prenantes pour mieux renforcer la pérennité.
- Équité et accessibilité: Appuyer l'amplification des interventions rentables permettant la promotion de l'accès équitable aux services de santé de qualité avec une attention particulière pour les pauvres et les groupes vulnérables, spécialement dans les zones insuffisamment servies.
- Planification progressive et mise en œuvre au niveau national: Promouvoir la mise en œuvre en phases progressives claires avec calendrier et repères pouvant faciliter la reprogrammation pour de meilleurs résultats.

5. STRATEGIES

- Augmenter l'approvisionnement et l'accessibilité aux services de santé maternelle et infantile de qualité y compris la PF.

Ceci comprend l'augmentation de la disponibilité, l'accessibilité, et l'acceptabilité des soins de qualité pour les services de santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale, particulièrement pour les groupes de populations vulnérables. Il est crucial qu'un personnel de santé qualifié soit disponible pour fournir les services essentiels et que ce personnel soit appuyé par un environnement favorable à différents niveaux du système de santé.

- Renforcement du Système de Référence.

Un effort sera fait pour avoir un système de référence efficace et efficient liant les divers prestataires et les niveaux de soins dans le but d'assurer une gestion appropriée des

complications maternelles et néonatales. Ce système de référence doit contenir une rétro-information destinée à la structure sanitaire ou au personnel de santé qui a effectué le transfert, dans le but de favoriser la culture d'échange d'informations dans les deux sens et pour renforcer la continuité et la qualité des soins.

- Renforcement, au niveau du district sanitaire, de la planification et de la prise en charge de la santé maternelle et infantile, y compris les services de PF.

Renforcement des capacités des systèmes de santé du district pour planifier, exécuter, suivre et évaluer les Services de SMI/PF au niveau du district et de la communauté, dans le but de maximiser les ressources disponibles et d'améliorer la prestation des services.

- Plaidoyer pour une augmentation de l'engagement et des ressources pour la santé maternelle et infantile et du PF.

Il vise à porter à l'attention des décideurs, de la communauté et des partenaires, le fardeau que représentent la mortalité et la morbidité maternelle et infantile, afin d'augmenter l'engagement et l'allocation des ressources nécessaires pour prodiguer des soins assistés par un personnel de santé qualifié.

- Renforcer le partenariat.

Le but visé est l'amélioration de la coordination et de la collaboration entre les partenaires et les programmes, pour galvaniser la mobilisation des ressources et assurer la pérennisation des actions à long terme pour la santé maternelle et infantile.

- Promouvoir la continuité des soins à domicile.

Renforcement des capacités des femmes, de leurs partenaires et de leurs familles afin d'assurer les soins à domicile de la mère et de son enfant pendant la grossesse et après l'accouchement et de pouvoir recourir aux structures de santé à temps pour une meilleure prise en charge.

- Donner le pouvoir à la communauté.

En utilisant des approches et des mécanismes, tels que Communication pour Changement de Comportement (CCC), les communautés doivent être appuyées pour définir, demander et avoir accès aux soins de qualité à travers une mobilisation des ressources de la communauté. Une participation active de la communauté lui procure l'indépendance, l'appropriation et la pérennisation des actions-clés.

7. INTERVENTIONS PRIORITAIRES

A court terme

1. Adaptation et Adoption de la feuille de route par les autorités nationales et les partenaires
2. Révision des politiques nationales, normes et protocoles en utilisant les standards internationaux en matière de SMI/PF
3. Introduction et application des approches de renforcement de la performance et de la qualité pour améliorer la prestation des services au niveau des structures de santé, y compris la participation communautaire et la supervision formative
4. Evaluation des besoins de formation, former et recycler les prestataires de services à tous les niveaux
5. Fourniture des moyens de transport pour les urgences
6. Définition d'un paquet minimum de services de Santé maternelle et infantile, y compris les services de planification familiale à chaque niveau du système de santé,

y compris les ressources humaines, le matériel, l'équipement, l'infrastructure et les ressources financières

7. Développement et mise en œuvre des plans de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, le changement de politiques, et l'utilisation des fora existants pour le plaidoyer
8. Amélioration des capacités des enseignants et des étudiants de l'École de Médecine et de Santé Publique (EMSP) en SR
9. Elargissement du Comité de sécurisation des produits SR/PF pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la Feuille de Route
10. Allocation de 15 % du budget à la Santé, conformément à la résolution des Chefs d'Etat d'Abuja

A moyen et long terme

1. Amélioration des structures de santé en charge de la santé de la mère et de l'enfant
2. Identification des besoins de communication et d'équipement pour le système des références et contre-références au niveau de la communauté et du district
3. Fourniture et installation de l'équipement approprié de communication, y compris les radios et les moyens de transport pour les urgences
4. Renforcement des capacités de gestion des structures de santé afin d'améliorer l'accessibilité financière des femmes enceintes à ces structures.
5. Amélioration des capacités de gestion et de suivi du programme
6. Renforcement de la participation de la communauté pour mieux gérer les problèmes de la santé de la Reproduction
7. Plaidoyer pour l'augmentation des ressources au niveau de la communauté et de l'investissement en SMI/PF
8. Implication des hommes dans le partage des responsabilités et l'action collective pour améliorer le comportement favorable à la santé au niveau de la famille
9. Création de trois CMC au niveau des trois îles à raison de un par île

8. SUIVI ET EVALUATION

Indicateurs.

Les données utilisées pour l'évaluation de la feuille de route seront une combinaison d'enquêtes au niveau des districts sanitaires et des communautés, des rapports financiers et des activités au niveau des structures sanitaires. Il est recommandé que les données collectées soient groupées selon le genre, les groupes d'âge, niveau de revenu, répartition géographique (rural ou urbain).

Indicateurs communautaires:

- Nombre de communautés ayant mis en place des comités fonctionnels de préparation aux urgences.
- Nombre de femmes enceintes ayant des plans pour la préparation de leur accouchement.
- Couverture des références vers les services qui reçoivent les urgences.
- Connaissance des signes de danger des complications obstétricales et néonatales.
- Nombre de Groupes de Travail pour la gestion du District et des comités ayant des représentants de la communauté

Indicateurs Néonataux

- Taux de mortalité néonatale.
- Nombre de districts sanitaires ayant une place pour la réanimation du nouveau-né dans la salle d'accouchement.
- Nombre de morts dans la période néonatale précoce (morts dans les premières 7 heures de la vie,)
- Taux de consultation post-natale, 8 jours après l'accouchement

Indicateurs de Planification Familiale

- Taux de prévalence contraceptive par méthode, par groupe d'âge, par niveau socio-économique.
- Besoins satisfaits pour PF par groupe d'âge.

Indicateurs de Santé Maternelle:

- Taux de mortalité maternelle.
- Proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié.
- Nombre de structures sanitaires pouvant offrir des services des urgences obstétricales de base
- Nombre de structures sanitaires pouvant offrir des services complets pour urgences obstétricales.
- Proportion des accouchements ayant lieu dans les structures sanitaires.
- Couverture en besoins satisfaits pour les complications obstétricales (couverture de femmes avec complications obstétricales ayant reçu des soins obstétricaux d'urgence par rapport à toutes les femmes qui ont des complications obstétricales.
- Proportion d'opérations par césarienne
- Taux de mortalité pour cause obstétricale.
- Proportion de structures sanitaires de premier niveau ayant 2 ou plus d'agents de santé qualifiés.

Indicateurs d'engagement et de volonté politique.

- Proportion de fonds alloués à la SMN/PF.
- Augmentation de fonds alloués à la SMN/PF.

Indicateurs pour mesurer le progrès de la Feuille de Route

- Nombre de partenaires ayant signé la Feuille de Route.
- Existence d'une task force chargée de la mise en œuvre de la feuille de route
- Ressources totales mobilisées pour la Feuille de Route.

9. ACTIONS DE SUIVI

Plusieurs étapes de suivi sont importantes pour la mise en œuvre de la Feuille de Route au niveau national. Elles comprennent :

- Réunion des intervenants au niveau national:
 Sous la direction de la Vice-présidence en charge de la santé, une réunion des intervenants au niveau national, sera organisée. Tous les partenaires concernés, y compris les associations professionnelles vont participer à cette réunion et seront impliqués dans la mise en œuvre.

Il est proposée que la mise en œuvre soit considérée en 2 phases:

Phase 1: 2005 – 2009

Phase 2: 2010 – 2014
Année de Rapport Final: 2015

Les revues à mi-parcours seront planifiées et appuyées par tous les partenaires.
Le résultat de la réunion des intervenants au niveau national sera un plan d'action conjoint pour tout le pays avec une prévision budgétaire et une assistance technique par tous les partenaires.

- Vendre la Feuille de Route: Chaque agence s'est engagée de faire tout ce qui est à son pouvoir pour faire connaître la Feuille de Route dans le but d'augmenter le plaidoyer pour la SMN/PF, et de mobiliser des ressources pour sa mise en oeuvre.
- Engagement de tous les Partenaires: les Responsables nationaux et les partenaires participant à la réunion vont signer la version finale de la Feuille de Route, signe d'engagement pour sa mise en œuvre
- Mobilisation des Ressources: Gouvernements et partenaires vont déployer tous les efforts pour mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de la Feuille de Route dans le but d'atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire en rapport avec la Santé Maternelle et Néonatale

10. CONCLUSION

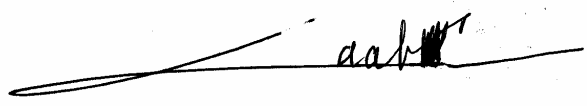
La Feuille de Route est proposée pour améliorer la santé et la survie des mères et de leurs nouveau-nés, comme un moyen d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ceci demande le renforcement rapide et accéléré des interventions détaillées ci-dessus, ayant prouvé leur efficacité. Le succès de la mise en œuvre de cette Feuille de Route dépendra de l'engagement concret des Gouvernements de l'Union et des îles autonomes, de l'ensemble des partenaires, du financement adéquat des interventions identifiées, ainsi que du suivi rigoureux des progrès accomplis. Les rôles et responsabilités de chacun des intervenants sont définis dans les plans quinquennal et annuel.

**FEUILLE DE ROUTE DES COMORES POUR ACCELERER L'ATTEINTE DES
OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT EN RAPPORT AVEC LA
SANTÉ DE LA MERE ET DU NOUVEAU - NE**

7

PARTENAIRES A LA MISE EN ŒUVRE

**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.**



Ministre de la Santé d'Anjouan




Ministre de la Santé de Ngazidja



Ministre de la Santé de Mohéli



**Ambassadeur de la République
Populaire de Chine**



Ambassadeur de France



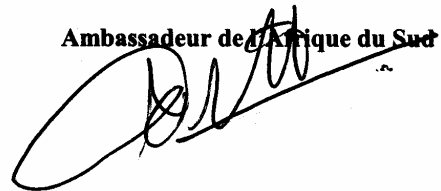
Représentant de l'Union Africaine



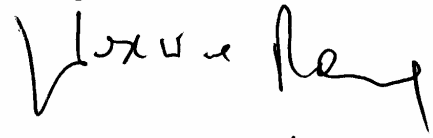
Ambassadeur de Libye



Ambassadeur de l'Afrique du Sud



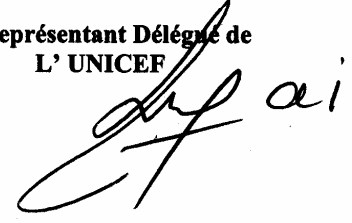
Représentant du PNUD



Représentant de l'OMS



**Représentant Délégué de
L' UNICEF**



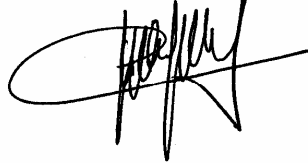
Représentant de l'UNFPA



Représentant du Croissant Rouge



Directeur Exécutif de l'ASCOBEF



Représentant de l'Union Européenne



**Présidente du Réseau National
Femme et Développement**

Assoumanny J. Guélini



Présidente FAWCOM

Sithou Raghadat

