

Aout 2016



PLAN CADRE NATIONAL SUR LES MALADIE
TROPICALES NEGLIGEES (MTN)

Comores -Version 2 |

Table des matières

Sommaire	3
Préface	5
Introduction	7
1 .1 Profil du pays.....	8
1. 2 Analyse de la situation du système de santé	11
1.3 Analyse de la situation des MTN.....	21
1.4.MISE EN œuvre DU PROGRAMME MTN.....	28
2.1 Mission et objectifs d'ensemble du programme de lutte contre les MTN	31
2.2 LES PRINCIPES Directeurs et priorités stratégiques	31
2.3LES PRIORITES STRATEGIQUES.....	31
3.1 Tableaux synoptiques concernant les programmes spécifiques	33
3.2 Tableau synoptique concernant la planification et la mobilisation des ressources	35
3.3 Tableau synoptique concernant la gouvernance, la coordination et le partenariat	36
3.4 Tableau synoptique concernant le Suivi/Evaluation et la recherche opérationnelle.....	37
RESUME BUDGET 2016-2020.....	42

Sommaire

Acronymes

AFRO : Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique
ASC : Agent de Santé Communautaire
ASCOBEF : Association Comorienne pour le Bien Etre de la Famille
AVC : Accident Vasculaire Cérébrale
CHN : Centre Hospitalier National
CHR : Centre Hospitalier Régional
CMU : Centre Médico-Urbain
CNS : Comité national de la santé
CNTS : Comité national technique de la santé
CSD : Centre de Santé de District
CAMUC ;Centrale d'achat des médicaments des Comores
DEC : Diéthylcarbamazine,
DMM : Distribution de Masse de Médicaments
DGS : Direction Générale de la Santé
DRH : Direction des Ressources Humaines
EAS: Enfant d'âge Scolaire
ECDS Equipe Cadre du District Sanitaire
EDS : Enquête démographique et sociale
EMSP : Ecole de Médecine et Santé Publique
FL : Filariose Lymphatique
FOP : Fonction Publique
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization
HTS : Helminthiases Transmises par le Sol
HP : Hôpital de Pôle
HTA : Hypertension Artérielle
IDH : Indice de Développement Humain
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IRA : Infections Respiratoires Aigues
MD : Maladies Diarrhéiques
MDA : Mass Drug Administration
MILD : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée
MNT : Maladies Non Transmissibles
MTN Maladies tropicales négligées
MTN/CTP : Maladies Tropicale à Chimiothérapie Préventive
MTN/PCC : Maladies Tropicales Négligées à Prise en Charge des Cas
NTD : Neglected Tropical Diseases
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PID : Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PNEF : Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique
PEV : Programme élargi de vaccination
PIB : Produit intérieur brut
PIDR : Pulvérisation Intra Domiciliaire Résiduel
PMI : Protection maternelle et infantile
PNDRH : Plan National de Développement de Ressources Humaines

PNDRHS : Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la santé
PNDS : Plan national de développement sanitaire
PNDS : Plan national de développement sanitaire
PNRHS : Politique nationale des ressources humaines pour la santé
PNS : Politique nationale de la santé
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PSTV : Plan stratégique de prévention de traumatismes et de violences
RGPH : Recensement Général de la Population de l'Habitat
RHS : Ressources Humaines pour la Santé
RPRG : Regional Programme Review Group
SCAD2D : Stratégie de croissance accéléré du développement durable
SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR : Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
TAS : TransmissioAssessment Survey
TIC : Technologie de l'Information et de la Communication
TPI : Traitement Préventif Intermittent
VIH : Virus d'immunodéficience humaine
IHP+. Initiative harmonisée de appui des partenaires

Préface

La lutte contre la maladie est une composante importante de la stratégie de croissance accélérée du développement durable qui concoure à la réduction de la pauvreté du fait que le double fardeau croissant des maladies transmissibles et non transmissibles engendre une paupérisation des populations et les ménages à fortiori aux plus pauvres. L'amélioration de l'état de santé et les conditions de vie sociale et environnementale des populations est ainsi l'un des défis prioritaires du Gouvernement de l'Union des Comores.

Pour ce faire, la Vice-présidence chargée du Ministère de la santé, de la solidarité, de la cohésion sociale et de la promotion du genre s'est résolument engagé à jouer le leadership dans la planification et la mise en œuvre des interventions qui viseront à atteindre les objectifs fixés.

En effet, voici aujourd'hui élaboré le deuxième plan stratégique de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) dans le respect du plan cadre MTN de la Région Africaine avec une approche intégrée des maladies tropicales négligées des différents programmes de santé des pays qui fonctionnent de manière verticale. Ceci pour donner une dynamique et une énergie nouvelle à cette approche pour accélérer l'élimination de ces endémies.

Ces endémies sont surtout des affections qui se présentent comme des fléaux « silencieux » qui menacent la population à cause de leur gravité, une morbidité importante et parfois même une exclusion sociale due aux incapacités qu'elles engendrent.

Dans les zones identifiées endémiques, elles sont connues pour être une cause majeure d'handicap souvent irréversibles entraînant des séquelles ou des mutilations parfois mortelles, lesquelles ont des conséquences sociales, physiques et psychologiques graves, rongant insidieusement la capacité de production et de productivité de la population.

Elles sont aussi un handicap pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents en compromettant leur avenir et leur vie active.

Les quatre campagnes de traitement de masse ont permis de réduire le taux de transmission de la filariose de 4,3% en 2001 à 0,4% en 2007.

Il y a lieu de noter que la Distribution de Masse des Médicaments de manière systématique pour les géo helminthiases en milieu scolaire reste encore le maillon faible dans le processus d'élimination des MTN.

La prise en charge des cas de lèpre a une couverture thérapeutique de plus de 98% avec un taux de guérison de plus de 80%. Elle mérite d'être pérennisée pour accélérer le processus de l'élimination de la pathologie d'ici 2020.

Aussi, je le plaisir de préfacier le présent document, où seront développées les stratégies de chimiothérapie préventive, la prise en charge des cas et la promotion de la recherche opérationnelle sur les maladies tropicales négligées.

C'est un privilège en ma qualité de Vice –Président chargé du Ministère de la santé d'avoir à agir et entreprendre des actions concrètes pour un meilleur état de santé de la population et uneréduction de la pauvreté des Comores.

La Vice-présidence chargée du Ministre
de la Santé de la Solidarité, de la Cohésion
Sociale et de la Promotion du Genre

Dr. Fouad MOHADJI

Introduction

Dans certains pays du monde compris les Comores, les maladies tropicales négligées posent un sérieux problème de santé publique. Ces maladies sont responsables des déformations, des invalidités ou des mutilations causant des préjudices physiques, moraux et sociales.

En union des Comores, même si l'onchocercose et d'autres pathologies tropicales ne sont pas encore connues, mais les facteurs de risques environnementaux sont présents et constituent une menace importante à la population. Ces vulnérabilités croissantes du fait que la surveillance des sites sentinelles à l'intérieur du pays et au niveau transfrontalier reste

L'Union des Comores cartographié deux groupes de pathologies prioritaires parmi les MTN les plus fréquentes qui sévissent de manière endémique et qui pèsent lourd financière mentaux populations affectées et infectées .Il s'agit entre autres du groupe à des maladies à chimiothérapie préventive (Filarioses Geo-helminthiases) et le groupe de maladies à prise en charge des cas (lèpre). Au même titre que certains pays d'Afrique ayant une endémicité filarienne élevée, l'archipel des Comores adopte depuis 2001, une politique stratégique d'élimination des Maladies Tropicales négligée en particulier la filariose lymphatique dont le taux de prévalence était de 14% en 2001

Pour ce, faire, quatre campagnes sur cinq prévues de traitement de masse contre la maladie sont réalisées au niveau de tout le territoire avec l'appui de l'OMS.

Une enquête a été conduite en 2012 par des équipes locales sous la supervision directe du centre des maladies tropicales négligées (CNTD) et Liverpool School of Tropical Médecine (LSTM) qui a montré une prévalence de 3% en ICT. Et depuis les autorités comoriennes n'ont cessé de plaider auprès de ses partenaires de développement pour une meilleure prise en compte de ces pathologies en matière de lutte pour la réduction de la pauvreté.

Ce plan directeur de lutte contre les MTN est un document de plaidoyer, de mobilisation de ressources pour le renforcement de la planification des programmes de santé, de la gestion, de la prévention et de la prise en charge des personnes infectées et affectées par ces maladies. Ce nouveau plan s'articule autour de trois parties à savoir le profil épidémiologique du pays, l'agenda stratégique et le cadre opérationnel et le budget.

PREMIÈRE PARTIE: ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 Profil du pays

L'Union des Comores est composée de 4 îles : Grande Comores (Ngazidja), Anjouan (Ndzouani), Mohéli (Mwali) et Mayotte (Maoré) actuellement sous administration française.

1.1.1 Structure Administrative, Démographique et Communautaire

Les structures administratives se divisent en 3 régions appelées îles au nombre de 3 qui comptent 17 districts sanitaires.

Selon les projections du recensement de 2003, la population comorienne est estimée à 806154 en 2016 répartis comme suit hommes 403542, femmes 402 611 avec un taux d'accroissement de 2.6%.

Les cultures africaines et arabo-musulmanes constituent les facteurs de cohésion de la société comorienne. Chaque île a ses particularités. A la Grande Comore et à Mohéli prédomine le système matriarcal, à Anjouan le système patriarcal. Malgré leurs diverses origines, les Comoriens sont unis et solidaires entre eux. Chacun peut compter sur l'aide de parents, d'amis ou de citoyens, en cas de besoin. La famille constitue l'élément fondamental de base de l'organisation de la société et de son fonctionnement. Son influence est perceptible jusqu'aux plus hautes sphères de la prise de décision. La totalité des Comoriens sont musulmans. L'Islam cohabite avec des croyances et pratiques sociales liées à la coutume et à la tradition. Les préceptes religieux constituent une dimension fondamentale du droit comorien.

L'exclusion des femmes de certains droits sociaux est une source de vulnérabilité et d'inégalité. Alors qu'elles contribuent activement au processus de développement, elles ont tendance à être exclues des bénéfices que cette dernière procure. Les tendances actuelles montrent une intégration progressive des femmes au processus de développement économique et social et la réduction des disparités selon le genre, non seulement diminue la dépendance des femmes et rehausse leur statut, mais également est susceptible d'engendrer des bénéfices tels que la diminution de la fécondité, le ralentissement de la croissance démographique, l'amélioration de la survie et du développement des enfants et l'accroissement de la proportion du revenu familial alloué à l'alimentation et à la santé .

1.1.2 Caractéristiques géographiques et Climatique

Les Comores, Archipel volcanique, situées à l'entrée Nord du canal du Mozambique entre l'Afrique orientale et Madagascar, couvre une superficie de 2237 km².

La superficie de Trois Iles indépendantes est de 1861 km², soit respectivement 1148 km² (Grande Comore), 290 km² (Mohéli) et 424 km² (Anjouan) et 374 km² (Mayotte).

Le pays est doté d'une riche diversité physique. Son climat tropical est caractérisé par deux grandes saisons : une saison chaude et humide, entre novembre et mars - avril, marquée par de

fortes pluies et de violents cyclones, nommé «kashkasi». Pour le reste de l'année, l'archipel connaît une saison sèche et fraîche caractérisée par des vents de mousson Nord à Nord-Ouest nommé «Kusi» avec des températures variant entre 24 et 27°C. La superficie, ainsi que la densité de la population, sont très différentes d'une île à l'autre :

1.1.3 Situation et indicateurs socioéconomiques

Les Comores figurent parmi les pays les moins avancés de la planète. Son IDH est 0,429 (Ref SCA2D) et le pays occupe le 169^{ème} rang sur les 186 pays pauvres au Monde (classement 2013 par le rapport mondial)

L'agriculture est dominée par des petites exploitations familiales qui la considèrent plus comme un moyen de subsistance, qu'une source de revenus. Les principales cultures vivrières sont: la banane, le manioc (tubercules et feuilles), la patate douce, le taro, la pomme de terre, les légumineuses, le maïs et les noix de coco. Les principaux produits maraîchers sont la tomate, l'oignon et des légumes. Les arbres fruitiers jouent un rôle important tant en complément alimentaire (arbre à pain, mangue, papaye,...) qu'en produits de vente (litchi, fruits de la passion...) que l'on retrouve sur les marchés urbains.

L'agriculture de rente est héritée de la colonisation ; les principaux produits orientés vers l'exportation sont: la vanille, le clou de girofle et l'essence d'ylang-ylang.

Cependant, l'essentiel du travail agricole est fait manuellement et les techniques de production demeurent encore peu intensives en capital. L'utilisation des intrants améliorés et performants est très faible. La maîtrise de l'eau à petite échelle des fins de production est quasi inexistante. L'encadrement des agriculteurs et les moyens octroyés à la recherche agricole sont nettement insuffisants. d'autres limites non directement imputables au secteur sont la déficience des infrastructures rurales, l'insuffisance de structures de stockage et de financement appropriées, un fonctionnement des filières d'exportation plus favorable aux commerçants qu'aux producteurs, la concurrence de produits alimentaires importés et la faiblesse du budget national consacré à ce secteur.

L'analyse du comportement des comptes extérieurs montre que les équilibres sont restés fragiles en raison de l'importance des chocs exogènes. La balance commerciale est structurellement déficitaire, atteignant 37,2% du PIB en 2013 contre 32,5% en 2009. Cette dégradation résulte des effets conjugués d'une stagnation du taux d'exportation (de 14,5% à 15%) des principaux produits de base (vanille, girofle, et ylang) et d'un accroissement du taux d'importation (de 47,9% à 52,2%). Le déficit du solde courant (hors transferts) a représenté en moyenne 36,4% du PIB sur la période 2010-2013 et les réserves internationales brutes 6,5 mois d'importations de biens et services.

S'agissant de l'évolution de la situation monétaire, l'expansion observée sur la période 2011-2012 (9,6% et 16% respectivement), s'est décélérée en 2013 (2,8%). Cette croissance a été portée par la hausse des avoirs extérieurs nets (+11,6% en moyenne) et des crédits au secteur privé (+15,6% en moyenne), les créances nettes à l'Etat se contractant de 5,9% en 2012. Le taux de couverture de la masse monétaire par les avoirs extérieurs nets s'est dégradé passant de 71,5% à fin décembre 2011 à 62,9% en fin décembre 2013.

La pêche occupe une place importante dans l'économie du pays. Le poisson reste l'une des principales sources de protéines animales du consommateur comorien et près d'un cinquième de la population dépendrait largement pour ses revenus de l'exploitation des ressources halieutiques. Dans ce secteur, des flottes artisanales, semi-industrielles et industrielles, exploitent les ressources des eaux comoriennes. Les captures totales sont composées à 80% de thonidés migrateurs. Les rendements escomptés n'ont pas été atteints parce que les infrastructures d'appui au secteur sont quasi inexistantes. Le développement de la filière souffre de la crise énergétique et d'une logistique complexe qui contraignent la conservation et la commercialisation des produits, et génèrent des risques sanitaires. Par ailleurs, le développement du secteur n'a pas été accompagné d'un renforcement suffisant des capacités des parties prenantes pour assurer le suivi et la régulation de l'activité, pourtant nécessaires pour la durabilité du secteur. Si les impacts du changement climatique sont peu connus à l'heure actuelle, les scientifiques craignent cependant les effets négatifs sur la production halieutique ; et des études de vulnérabilité plus poussées mériteraient d'être développées.

1.1.4 Transports et communications

Le réseau routier couvre un total de 834 kms, dont 508 kms en Ngazidja, 232 kms à Ndzuwani, et 94 kms à Mwali. L'état de ces routes s'est fortement dégradé au cours de la dernière décennie et rend le transport difficile et cher. Selon les estimations disponibles, plus de la moitié des routes est actuellement en mauvais état, dont au moins 130 km nécessitent de gros travaux de réhabilitation ou de reconstruction. Au niveau urbain, l'assainissement est quasi absent et des travaux correspondant sont à prévoir sur 90% du réseau routier urbain de l'archipel, estimé à un total de 64 kms. Le Fonds d'Entretien Routier a été créé en 2011/2012 pour adresser le problème persistant de détérioration du patrimoine existant, mais son financement couvre en ce moment seulement 30% des besoins en entretien courant. Par ailleurs, à Moroni, l'encombrement du trafic urbain est particulièrement important, avec notamment un accès très difficile au port, qui se trouve à proximité immédiate du centre-ville. Le principal défi qui se pose au sous-secteur routier est d'assurer l'entretien du réseau principal et des routes rurales en relation avec l'accès aux marchés de la production du secteur rural, et de faire passer le taux du linéaire bitumé à un seuil compatible avec le développement de l'industrie et des services sur le territoire national (SCA2D).

S'agissant des *technologies de l'information et de la communication* (TIC), Comores Telecom détient le monopole dans la téléphonie de lignes tant fixes que mobiles, et agit comme le seul fournisseur de services Internet. La contribution du secteur des TIC au PIB est très faible (1% en 2012). Bien que le taux de pénétration de la téléphonie mobile ait plus que triplé au cours des dernières années (de 10% en 2007 à 32% en 2012), il reste très faible, et a pris du retard par rapport aux autres pays d'Afrique sub-saharienne. Le panier de services mobiles aux Comores coûtait 13,5 USD en 2012 ; ce qui correspond à 21,6% du revenu national brut par habitant du pays. Enfin, la performance relative des Comores en Internet de haut débit est plus faible que celle des services à bande étroite. Le taux des usagers d'Internet pour 100 habitants était de 5,9 en 2012, ce qui représente un niveau encore très faible. Enfin, le pays occupe le 31^{ième} rang sur 39 pays africains sur le classement du panier de prix de large bande fixe (UIT, 2012). Le défi

majeur pour le Gouvernement est d'arriver à libéraliser le secteur des télécommunications et assurer la migration de la transition numérique ;ce qui contribuerait à réduire sensiblement le coût d'accès aux services des TIC et promouvoir un développement du secteur des services orienté vers l'utilisation intensive des TIC et des technopôles afin que le pays devienne un "exportateur net" de services à l'instar d'un certain nombre de pays en développement

1. 2 Analyse de la situation du système de santé.

1.2. 1 Objectifs et priorités du système de santé

L'objectif général de la Politique Nationale de Santé est d'améliorer l'état de santé de la population comorienne à travers un système de santé performant et équitable.

Les principaux défis que le pays s'est fixé

- Réduire le taux de mortalité maternelle de 517 pour cent mille naissances vivantes à 250 pour cent mille naissances vivantes
- Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 74°/00 à 40 °/00
- Réduire le taux de mortalité infantile de 59 °/00 à 35 °/00
- Réduire de 50 % le taux de morbidité et mortalité liés aux maladies transmissibles
- Réduire de 50 % le taux de morbidité et mortalité liés aux maladies non transmissibles.
- Réduire les taux de malnutrition chronique de 25,4% à 10 % chez les enfants de 0 à 5 ans
- Réduire l'incidence des IST classiques de 50% et ralentir la progression du VIH/SIDA
- Réduire le risque annuel de l'infection de la tuberculose de 60 pour 100000 habitants à 30 pour 100000 habitant
- Réduire le taux d'incidence des maladies diarrhéiques de 18,3% à 9%
- Eliminer la lèpre, la filariose et le tétanos maternel et néonatal
- Accélérer le processus d'éradication de la poliomyélite

Les principaux problèmes de santé aux Comores

a) Maladies transmissibles

Paludisme : Jusqu'en 2007 le paludisme constituait un fardeau économique et épidémiologique lié au paludisme. Depuis 2010, on observe une diminution considérable du nombre de cas de paludisme dans l'ensemble du pays à la suite d'interventions combinées telles que la prise en charge correcte des cas, la couverture universelle en MILD, le TPI, la PID et le traitement de masse. Les données statistiques de 2013 montrent une décroissance régulière des cas. En effet, le Gouvernement s'est engagé depuis 2007 dans un processus d'élimination du paludisme dans tout le territoire par le traitement de masse (Mwali en 2007, Ndzuwani en 2012 et Ngazidja en 2013). D'où une baisse de la prévalence du paludisme en 2013 de plus de 98%. Actuellement, elle est estimée à 1%¹(2014). La mortalité et la morbidité liées au paludisme ont fortement diminué. Le nombre de décès est passé de 53 en 2010 à 15 en 2013, dont 14 à Ngazidja (avant la campagne),

¹ MIS, PNLP, Comores, 2014

1 à Ndzuwani et 0 à Mwali. Parmi ces décès, 9 concernaient des enfants de moins de 5 ans. Une baisse réelle et progressive de la létalité liée au Paludisme est ainsi constatée entre 2005 (20,49 pour 10 000) et 2013 (0,2 pour 10 000).

En 2013, on constate une décreue importante de l'affection palustre et une diminution considérable de sa transmission avec un nombre de cas avoisinant zéro à Ndzuwani (Incidence de 0,21 pour 1000) et à Mwali (1,68 pour 1000). En 2012, l'incidence était encore élevée à Ngazidja (142 pour 1000) ; cela s'explique par le fait que le processus d'élimination du Paludisme par le traitement de masse n'y avait pas encore commencé.

Lèpre et Tuberculose : la lèpre est endémique aux Comores avec une prévalence de 4 pour 10 000 habitants. Il est important de signaler que 90% de cas sont dépistés à Ndzuwani où la prévalence est estimée à 11,8 pour 10 000 habitants. Le taux de dépistage est de 17 cas pour 100 000 habitants soit 49% des cas attendus.

La prévalence de la Tuberculose est de 37 pour 100 000 habitants avec un taux de guérison de 94%. Le traitement de la tuberculose se déroule en deux phases : la phase intensive avec une prise de médicaments supervisée par le personnel de santé et une autre phase de continuation où le patient est responsabilisé et reçoit le traitement pour 15 jours à un mois sous le contrôle des membres de la famille. Il existe des pavillons de prise en charge à Ndzuwani, Mwali et Ngazidja. Il existe un Laboratoire de tuberculose et lèpre à Ndzuwani.

IST/VIH/SIDA : Dès la notification du 1er cas de VIH en 1988, le pays a mis en place immédiatement un système de surveillance de l'épidémie. Depuis 2006, le traitement par les ARV est gratuit pour toute personne ayant besoin.

Les différentes enquêtes de séroprévalence réalisées jusqu'en 2012 font ressortir une prévalence inférieure à 0,5%, ce qui classe les Comores parmi les pays à épidémie peu active.

Le pays a investi depuis le début de la surveillance dans des actions de prévention.

En 2014, le pays s'est doté d'une stratégie nationale d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et d'une loi relative aux droits des personnes vivant avec le VIH et leur implication dans la réponse nationale..

Les fièvres hémorragiques : Durant ces dernières années aucun cas de fièvre hémorragique n'a été enregistré au niveau du pays. Cependant, compte tenu de la situation épidémiologique mondiale actuelle, le pays a développé un plan national de Prévention et de Riposte à fièvre Ebola.

b) Maladies tropicales négligées

Parmi les maladies tropicales négligées existantes dans les stratégies nationales, deux seulement seront traitées dans cette partie. Il s'agit de :

- Filariose : En 2001, le Pays a mis en place un Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique conformément à la résolution WHA 50.29 de l'OMS, «*appelant tous les Etats endémiques à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de*

santé publique identifié parmi les Maladies Tropicales Négligées (MTN) d'ici 2020 ». L'enquête TAS (2011) qui apprécie le niveau de transmission de la maladie, après les quatre campagnes de masse, a révélé 49 ICT positives. La valeur du seuil critique de 18 a été dépassé ; par conséquent, les îles Comores sont considérées parmi les pays n'ayant pas encore éliminé la Filariose. Cette recrudescence de la transmission est probablement liée à l'interruption des campagnes de traitement de masse depuis 2007.

- Géo-Helminthiases : Une enquête qualitative menée en 2003 a montré que 80 % des enfants ont été déclarés avoir eu des vers intestinaux : Ascaridioses 45 %, Trichocéphaloses 43 % et les autres parasitoses pour plus de 12 %. Pour ce qui concerne les ectoparasites, l'évaluation en milieu scolaire à Ngazidja montre que les poux infectaient 18 à 27 % des enfants, la gale de 5 à 25 % et les puces et chiques 2 à 4 % d'enfants. Depuis 2003, le pays n'a réalisé aucune enquête qui permettrait d'apprécier la prévalence réelle et la cartographie de ces maladies.
- Les arboviroses : La Dengue et le Chikungunya constituent les arboviroses les plus observés aux Comores et dans la sous-région de l'Océan Indien. On note que des épidémies de dengue ont eu lieu entre 1984 et 1995 et une épidémie de Chikungunya a eu lieu en 2006 ; leur impact sur la santé et l'économie a été considérable.
- Les zoonoses : La fièvre de la vallée du Rift (FVR) est une zoonose virale touchant pratiquement les animaux et pouvant affecter l'homme. La mise en place d'un système de surveillance active de la santé animale pour détecter les cas est essentielle pour alerter rapidement les autorités des services vétérinaires et de santé publique. En 2012, trois cas humains de FVR ont été notifiés à Ngazidja.

c) Maladies non Transmissibles

Les données de l'enquête² sur les facteurs de risque des Maladies non Transmissibles réalisée en 2011, montrent que :

Cancer : La distribution des cas de cancers recensés fait ressortir une prédominance des cancers gynécologiques (46,06%), suivi des localisations digestives (15,15%), urologique (12,93%), hématologiques (7,2%) et pleuro-pulmonaires (4%). Sur les 228 cancers gynécologiques observés, le cancer du col occupe la première place (46,5%), suivi des cancers des seins (28%), et de l'utérus (17,5%)

Face à cette situation le pays ne dispose que de peu de moyens matériels et humains pour offrir une prise en charge adéquate à ces maladies ; les patients doivent recourir à des évacuations sanitaires très coûteuses à l'étranger.

Diabète : la prévalence nationale du diabète est de 4,8%. Elle est plus fréquente chez les hommes (5,4%) que chez les femmes (4,3%). Les sujets plus âgés sont les plus touchés que les autres avec 8,6% chez les 55-64 ans. Cependant, ce phénomène se présenterait différemment entre l'île de Ngazidja (4,2%), Ndzuwani (5,2%) et Mwali (5,4%).

²Enquête Steep-Wise, Comores, 2011

Maladies cardiovasculaires : Les maladies cardiovasculaires avec leur double fardeau infectieux (cardiopathies rhumatismales) et métaboliques (AVC, infarctus du myocarde et HTA) augmentent de façon préoccupante dans le pays compte tenu des cas et des décès observés en milieu hospitalier.

Toutefois, il convient de noter une faiblesse du système d'information sanitaire en milieu hospitalier.

Maladies respiratoires chroniques : La situation épidémiologique de ces maladies respiratoires chroniques reste non appréciable à défaut de disponibilité des données. Pourtant il est établi que ces maladies partagent les mêmes facteurs de risque que les autres maladies non transmissibles (consommation de tabac, obésité, etc.).

Handicap : Les handicapés représentent 3,7% de la population totale. Parmi eux 39,9% sont des malades mentaux et 6% des aveugles. Il n'existe pas de politique et stratégie de prise en charge des handicapés.

Affections oculaires : Dans notre pays un certain nombre d'affections cécitantes existe avec des taux de prévalence variables. Ces affections sont dans la plus grande partie d'entre elles curables ou évitables dans au moins 80%. La couverture oculaire primaire est de 60%. Les opacités cornéennes, la conjonctivite néonatale et le glaucome primitif à angle ouvert sont également à prendre en sérieuse considération.

e) Santé de l'enfant

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont encore élevés. Ils sont respectivement de 50 décès pour 1000 naissances vivantes et de 36 décès pour 1000 naissances vivantes. C'est à Ngazidja que le taux de mortalité infanto-juvénile est le plus élevé, avec 57 décès pour 1000 naissances vivantes contre 45 décès pour 1000 naissances vivantes à Ndzuwani et 41 décès pour 1000 naissances vivantes à Mwali.

Vaccination : la couverture vaccinale complète³ varie d'une île à l'autre. Elle est de 78% à Ngazidja, de 63% à Mwali et de 50% à Ndzuwani (EDS-MICS 2012). L'Enquête a aussi montré que 62% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 11% n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (27%) ont donc été partiellement vaccinés. En outre, 75% des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été donnée à 81% des enfants. Il faut noter qu'en plusieurs endroits, les stratégies avancées ne sont plus organisées, suite à l'absence ou à la défaillance de la chaîne de froid ou au manque de moyens de déplacement. Certaines structures ne disposent pas de vaccins depuis le mois de janvier 2014, suite à des ruptures au niveau supérieur (district, région, etc.).

³EDS-MICSII, Comores, 2012

Infections Respiratoires Aigües et les Maladies Diarrhéiques : Chez les enfants de moins de 5 ans, les principales pathologies sont les Maladies diarrhéiques, les Infections respiratoires aiguës (IRA), et les parasitoses. Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées. En 2012⁴, 21% des enfants ont eu de la fièvre, 17% ont souffert des diarrhées et 2,8% ont présenté des symptômes des IRA au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête. Pour 38% des enfants ayant présenté des signes d'IRA, des traitements ou des conseils ont été recherchés dans un établissement sanitaire ou auprès d'un professionnel de santé. Globalement, 60% des enfants ayant eu la diarrhée ont bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale et 16% n'ont reçu aucun traitement. La prise en charge de la diarrhée avec la SRO est en baisse passant de 29,1% en 1996⁶ à 17 % en 2012. Un traitement médical a été recherché auprès d'un service de santé pour 40 % de ces enfants.

Selon les résultats de l'analyse situationnelle sur la survie de l'enfant en 2012, les Infections Respiratoires Aigües représentent 39,5% des pathologies enregistrées dans les structures sanitaires, dont 53,5% d'enfants de 1 à 4 ans. Aussi, 14% des cas des maladies diarrhéiques ont été enregistrés pour la même période.

g) Santé communautaire

Les structures communautaires ne fonctionnent que lorsqu'elles sont soutenues par des partenaires de proximité, plus particulièrement à travers des associations communautaires avec des niveaux/ formations sanitaires différenciés parfois non autorisés par le Ministère de la santé et ne figurant même pas dans la carte sanitaire. Face à l'impérieuse nécessité d'assurer l'accès universel aux soins de santé, la demande des populations devient de plus en plus insistante et pousse souvent à des choix inappropriés de création de structures de santé (PS ou CS). Actuellement, il existe environ 500 agents de santé communautaire qui ont été formés par les différents programmes de santé (Vaccination, Paludisme, SIDA, SR, etc.)

On constate certaines insuffisances dans les réseaux de santé communautaire, notamment : (i) l'absence de reconnaissance formelle et d'ancrage institutionnel, (ii) le manque d'accompagnement de ces relais par des institutions à base communautaire responsables pour la promotion des pratiques, (iii) l'inexistence d'un système pérenne de motivation, et au-delà (iv) l'insuffisance des financements alloués aux activités à base communautaire. Il est à noter que le pays vient de se doter d'une stratégie nationale de santé communautaire pour la période 2014-2016. Cette dernière constitue le document de référence en matière de santé communautaire pour l'amélioration de la santé de la population au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans.

h) Hygiène et Assainissement

En matière d'hygiène et d'assainissement les populations sont livrées à elles-mêmes pour se débarrasser des eaux et déchets domestiques et industriels et peu d'investissements sont réalisés en matière d'assainissement pluvial. La situation du secteur hygiène et assainissement n'est pas reluisant malgré les efforts déployés par le Gouvernement et les Partenaires au développement.

⁴EDS-MICSII, Comores, 2012

La situation actuelle est caractérisée par :

- une insuffisance dans l'accès à l'eau potable. Globalement 72% des ménages (88% en milieu urbain et 63% en milieu rural) s'approvisionnent en eau de boisson auprès d'une source améliorée ;
- une gestion non acceptable des déchets de toute sorte et une pénurie d'ouvrages d'assainissement ;
- une très faible disponibilité des fosses septiques, des latrines à chasses manuelles et des latrines à fosses ventilées par les ménages. Plus de 6 ménages sur 10 disposent de toilettes non améliorées ; L'assainissement des eaux vannes et eaux usées de ménage est principalement autonome. En 2012, la proportion de la population utilisant des latrines est faible (37,7%).
- une mauvaise gestion des déchets biomédicaux qui sont le plus souvent mélangés aux ordures ménagères pour se retrouver dans les dépôts sauvages à l'intérieur des grandes villes. Cette mauvaise gestion s'explique par l'insuffisance d'incinérateur dans les formations sanitaires et le déficit de formation des agents de santé dans le domaine.

i) Environnement et Santé

Les problèmes environnementaux⁵ sont nombreux en l'absence de mesures d'hygiène et d'assainissement de base et un contrôle sanitaire adéquats. Les autres facteurs sont les gîtes larvaires que constituent les citernes d'eau non couvertes, les déchets domestiques dont la gestion n'est pas assurée de manière adéquate. La quantité⁶ de déchets domestiques estimés à 124.362 tonnes en 2000 augmentera de 34% en 2020 en passant à 353.159 tonnes. Il est à noter aussi que 16,8% des ménages comoriens⁷ sont desservis par un système d'enlèvement des ordures. Il faut ajouter à ces problèmes, le manque quasi-total de système de drainage et d'évacuation des eaux usées. Il existe également des risques environnementaux potentiels liés à la pollution marine, aux catastrophes naturelles (volcan Karthala, cyclones et inondations).

j) Sécurité sanitaire des aliments

Plusieurs causes de l'insécurité sanitaire des aliments existent :

- En effet, l'union des Comores importe la plupart de ses besoins alimentaires en raison de ses productions agricoles et piscicoles insuffisantes pour une population en constante progression. L'insuffisance des contrôles des produits alimentaires aux frontières expose les populations à des risques d'insécurité sanitaire des aliments (les intoxications alimentaires pour les moins graves). Ainsi, des mesures correctrices devront être envisagés en collaboration avec les autres secteurs concernés ;

⁵Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, Mars 2012

⁶Politique Nationale de nutrition et d'alimentation, Mars 2012

⁷Eléments d'analyse fondés sur l'Enquête intégrale auprès des ménages de 2004, Comores, février 2005, Jean Pierre Lachaud.

- la mauvaise conservation des aliments due entre autres aux problèmes liés à l'énergie (Seulement 69% des ménages disposent d'électricité sans compter les délestages réguliers).
- une mauvaise condition de stockage et de conservation des aliments, l'exposition des denrées aux mouches, à la poussière et aux gaz d'échappement des véhicules ; la manipulation non hygiénique des aliments et l'utilisation d'ustensiles ou de récipients malpropres. La moitié des ménages dispose d'un endroit où se laver les mains mais seulement 1/3 dispose de savon et d'eau.

1.2.2 Le District sanitaire :

Le district constitue une subdivision sanitaire proche des populations, et est placé sous la responsabilité d'un Médecin Chef. Il s'agit du niveau opérationnel de la pyramide sanitaire où s'applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et Éducatif. Il occupe une place importante car il constitue le niveau où s'exécutent les programmes de santé de façon intégrée.

On compte aux Comores 17 districts répartis ainsi : 7 en Grande Comore 7 à Anjouan et 3 à Mohéli.

Chaque district compte au moins 1 médecin chef et une équipe d'au moins 2 sages-femmes d'Etat et 2 Infirmiers d'Etat. Chaque district couvre une population allant de 5000 habitants à Plus de 100 000 hab. Cette disparité s'explique du fait de la grandeur de la superficie de chaque district.

Chaque district a sous sa responsabilité 1 à 4 postes de santé qu'il supervise.

- Le niveau de l'Île Autonome ou insulaire :

A ce niveau, il y a le Commissariat en charge de la santé (SG, IGS et DAF) et la Direction Générale de la Santé (avec des chefs de programme). Le Centre Hospitalier Régional est le seul établissement autonome à caractère administratif à ce niveau. Chaque île est couverte par un CHR à l'exception de l'île de la Grande Comores où la référence est assurée par le CHN. Le CHR est sous la tutelle directe du Ministère de la santé de l'Union des Comores.

- Le Niveau Central :

les structures du Ministère chargé de la santé comprennent le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général (incluant la Direction Administrative et Financière et la Direction des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires), Inspection Générale de la Santé et la Direction Nationale de la Santé (incluant la Direction des Etablissements de Soins Publics et Privés, la Direction de la Lutte contre la Maladie, la Direction de la Lutte contre le SIDA, la Direction de la Santé Familiale et Infantile et la Direction de la Promotion de la Santé) et des établissements autonomes à caractère public qui sont la Pharmacie Nationale Autonome des Comores, Centre Hospitalier National.

Il existe, aussi, des programmes nationaux définis pour lutter contre les maladies prioritaires. Il s'agit de : Programme National de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Lutte contre la Lèpre et Tuberculose, Programme National de Lutte contre la Cécité, Programme National de Lutte contre la filariose, le Programme Elargi de Vaccination, tous rattachés à la Direction de la Lutte contre la Maladie.

- Au niveau des instances de coordination, il y a :
Le Comité National de Santé, présidé par le Ministre de la Santé, est l'organe suprême d'orientation et de prise de décision ;
Le Comité Technique National de la Santé présidé par le Secrétaire Général, est l'organe technique qui est chargée du suivi et de la coordination technique des programmes de santé
Le Comité de Coordination Inter Agence présidé par le Ministre de la Santé
Le Comité National de la Lutte contre le SIDA, présidé par le Président de la République, dont la mission est de coordonner et d'orienter les interventions de lutte contre le SIDA.
- Le Système de Référence :

Il comprend :

- les postes de santé qui se situent au premier niveau et assurent les soins de base
- les centres de santé qui se situent au second niveau et assurent la prise en charge des soins qui ne peuvent pas être menés au niveau des postes ;
- les hôpitaux régionaux ou CHR et le Centre Hospitalier National (CHC) qui se situent au troisième niveau et dispensent des soins en gynécologie, obstétrique, médecine interne, pédiatrie, chirurgie et éventuellement d'autres spécialités médicales.

Ce dispositif institutionnel souffre d'un dysfonctionnement aussi bien au niveau central qu'au niveau des îles. Les goulots d'étranglement qui sont à la base de ce dysfonctionnement sont : des cadres organiques non adaptés, la faible capacité gestionnaire des responsables administratifs, les mauvaises conditions matérielles de travail, le non-respect de la hiérarchie et le non-respect de la réglementation et de la législation en vigueur.

- Ressources humaines

Le pays dispose actuellement d'un potentiel humain estimé à 2253 agents de santé (54% de sexe féminin contre 46% de sexe masculin, 5% de médecins, 11% des infirmiers toutes catégories confondues, 9% de Sages-femmes d'Etat) 41% sont des fonctionnaires ; le secteur privé peu développé représente à peine 18% du potentiel public. Dans le cadre des diverses coopérations bilatérales et multilatérales, on note que l'intervention extérieure pèse au moins pour 29%, surtout au niveau des médecins spécialistes. Les travailleurs du secteur public de la santé sont inégalement répartis (environ 35% au niveau central, 32% au niveau de l'île de Ngazidja, 24% à Anjouan et 10% à Mohéli) et privilégient plus le travail en milieu urbain (79%) que rural (21%). Comme dans d'autres pays africains, le niveau central consomme l'essentiel des professionnels les plus qualifiés (42% des médecins, 40% des IDE et 38% des Sages-femmes d'Etat). Par

rapport aux structures des soins, on note que les hôpitaux (au nombre de trois) comptent 57% des médecins, 47% des SFDE et 51% des IDE, au détriment des centres de santé de district et de postes de santé

En terme de disponibilité des ressources humaines, selon le recensement effectué en 2009, les ratios personnel/population sont, respectivement, de près de 2 médecins (dont 1,1 généralistes et 0,7 spécialistes), près de 4 infirmiers d'Etat, 3 sages-femmes, 0,3 pharmaciens, 0,3 chirurgiens-dentistes, 1,5 techniciens de labo, etc. pour 10.000 habitants.

En matière de ressources humaines, le pays dispose de 18 pharmaciens, 2 biologistes et 72 techniciens de laboratoires. L'achat des médicaments se fait à travers un appel d'offre au sein des laboratoires

Evolution des personnels de santé de 2007 à 2009.

Catégories	2007	2009	Variation en % 2007-2009	Ratio pers/10.000 hab en 2009
Médecins (non compris l'assistance technique étrangère)	111	121	8%	1,8
Pharmaciens	17	18	6%	0,3
Dentistes	19	21	10,53%	0,3
Infirmiers Diplômés d'Etat	189	252	33%	3,8
Sages-femmes Diplômées d'Etat	168	199	18%	3
Techniciens de Laboratoire	72	100	39%	1,5

Source PNDRH 2010 -2014

Pour la formation de base, le pays dispose d'une Ecole Nationale de Santé rattachée à l'Université des Comores. Cette école ne forme, pour l'instant, que des cadres intermédiaires de santé (sages-femmes et infirmiers d'état). Sa capacité d'accueil par an est de 35 à 40 nouveaux inscrits.

- .Produits médicaux

L'Union des Comores dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) depuis 2004.

La coordination du secteur pharmaceutique est assurée par la Direction des Etablissements publics et privés au sein de la Direction Nationale de la Santé et l'approvisionnement en médicaments essentiels par la Pharmacie Nationale Autonome des Comores (PNAC).

La vente des médicaments au public est assurée par 17 pharmacies dont 3 relevant de la PNAC et 15 du secteur privé ainsi que 59 dépôts privés. Toutes les formations sanitaires disposent d'un dépôt de vente de médicaments.

Concernant les médicaments des MTN, ils sont mis à la disposition des programmes par les partenaires (OMS, ONG Damien) et c'est la pharmacie nationale autonome qui assure le stockage et la distribution au niveau des directions des îles .

Aucune disposition n'est mise en place pour l'évaluation de qualité de ces médicaments .

Les principaux défis auxquels est confronté le système pharmaceutique du pays sont :

- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments de qualité à tous les niveaux ;
- La bonne dispensation et utilisation des médicaments ;
- La mise en place d'un mécanisme efficace de contrôle et d'assurance qualité des médicaments ;
- La mise en place de ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour le bon fonctionnement des laboratoires ;
- La mise en place d'un réseau fonctionnel de laboratoires ;
- Informations sanitaires

Il n'existe pas de système intégré et coordonné de collecte, d'analyse et d'exploitation des données sanitaires⁸. Cette absence de base de données fiable est préjudiciable au processus de planification, de suivi et d'évaluation des programmes de santé et à la mise en œuvre des interventions dans le secteur sanitaire. Pour résoudre ce problème, un Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaire (SDSIS) et un Plan de Surveillance Intégrée des Maladies ont été adoptés par les îles autonomes et l'Union. Leur mise en œuvre effective permettra certainement d'inverser la tendance

- Financement de la santé

Analyse spécifique des interventions selon les sources de financement :

La part des dépenses publiques de santé dans le budget de l'état est passée de 8,6% en 1998 à environ 4% en 2008, un désengagement de l'Etat qui est relativement inquiétant.

Cette part du budget de la santé dans le budget de l'Etat est nettement inférieure à beaucoup des pays africains et bien sur aux objectifs d'Abuja (de 15%).

- Le profil épidémiologique

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

Le taux de mortalité infantile est passé de 77 pour 1000 NV (EDSC-MICS 1996) à 36 pour 1000 NV (EDSC-MICS 2012)

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans connu une amélioration passant de 122 pour 1000 en 1990 à 50 pour 1000 en 2012 (MICS 2012).

⁸ Schéma Directeur du Système d'Information Sanitaire, 2004

Le taux de mortalité maternelle est passé de 517 pour 100.000 NV (MICS 2000) à 172 pour 100.000 NV, en passant par 380 en 2003 (EDSC-MICS 2012).

De façon générale, le profil épidémiologique des Comores s'est peu modifié au cours de ces dernières années et reste dominé par le paludisme (sauf à Mwali où le programme de déparasitage a fortement réduit la prévalence), les maladies diarrhéiques (MD), les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës (IRA). Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Les maladies diarrhéiques constituent une des causes fréquentes de consultations en pédiatrie. Selon l'enquête MICS de 2000, l'incidence était de 18,3% chez les enfants. Les infections respiratoires aiguës touchent essentiellement les enfants de moins de 5 ans et constituaient le deuxième motif de consultation (12%) en 1999 contre 14,7% en 2001.

On note une insuffisance en protéines chez les femmes enceintes et allaitant ainsi que chez les enfants de moins de cinq ans. Cet état est plus fréquent dans sa forme chronique (33% des enfants de moins de deux ans) que dans sa forme aiguë (4,6%)⁹. La prévalence moyenne du goitre est de 14,1%¹⁰: l'île de Mwali (16,9%) et de Ndzouani (15,5%) sont les plus affectées par rapport à la Ngazidja (9,9%)..

1.3 Analyse de la situation des MTN

Les MTN les plus fréquentes aux Comores et qui posent un problème de santé publique sont classées en trois groupes selon la stratégie d'intervention.

Les MTN dont la stratégie d'intervention est essentiellement la chimiothérapie préventive de masse (CTP) : filariose lymphatique et géo-helminthiases ;

Les MTN répondant exclusivement à la prise en charge des cas (PCC) : lèpre ;

1.3.1 - Les MTN/PCT

La filariose lymphatique est endémique dans le pays sur les 3 îles. L'espèce du parasite est *W Bancroft*. *Anophelesgambiae*, *Anophelesfunestus* et *Culex quinquefciatus* sont les 3 vecteurs aux Comores .

La prévalence évaluée par microfilarémie nocturne avant le démarrage du programme était de 17% à Mohéli, 15% à Anjouan et 10,5% à la Grande Comores.

1.3.1.1 Cartographie de la filariose lymphatique

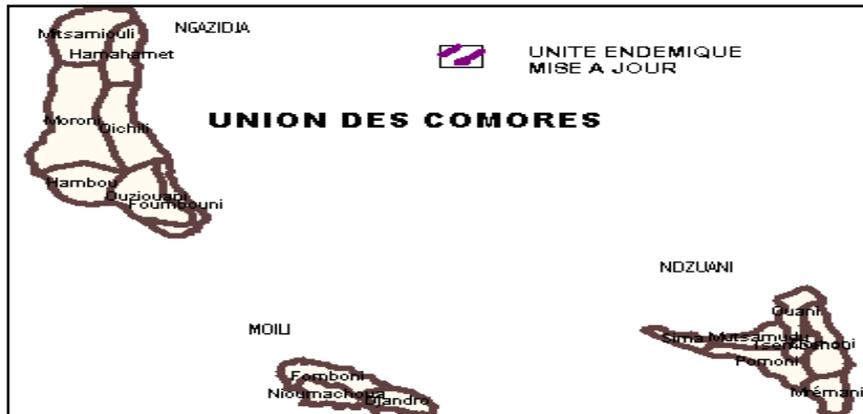
En 2000, les 17 districts sanitaires du pays ont été classés endémiques.

⁹ MICS, 2012

¹⁰ Evaluation de la situation du goitre et l'avitaminose, 1995

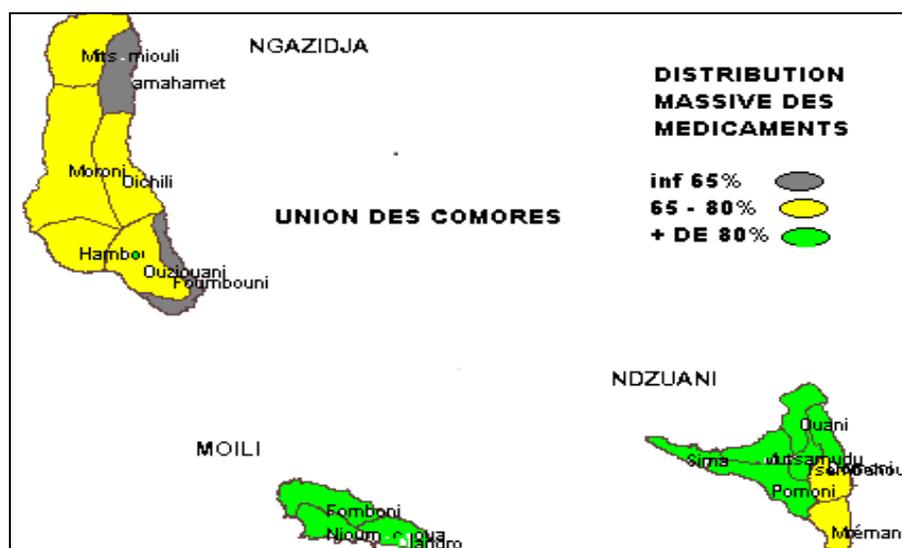
les Comores font partie des plus gros foyers fossiles de filariose lymphatiques connus dans le monde depuis le XIX^{ème} siècle. Mais ce n'est qu'à partir de 1972 que des auteurs comme Brunhes, Prod'Hon, Blanchy, Pesson et Charaffoudine ont pu faire des études épidémiologiques clarifiant le niveau de la maladie sur l'ensemble de l'archipel (Mayotte à Anjouan, Mohéli et Grande Comore). Ces études ont montré des prévalences de la microfilarémie extrêmement élevées : 45% à Mayotte (Brunhes), 17,6% à Anjouan (Pesson et Charaffoudine).

Suite aux résultats de la cartographie réalisée en 2001, qui ont révélé l'existence de la transmission de la maladie dans toute l'étendue du territoire national,



Le Ministère de la Santé a adopté en 2001 un Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique (PNEF) pour accompagner la résolution WHA 50.29 de l'OMS, appelant tous les états endémiques à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique identifié parmi les *Maladies Tropicales Négligées (MTN) d'ici 2020*. Ainsi l'objectif du PNEF consiste à stopper la transmission par la distribution de masse des médicaments à travers des campagnes planifiées et puis, soulager les souffrances des malades par des soins appropriés. Le protocole communautaire des médicaments utilisés était basé sur l'adjonction DEC / Albendazole.

La dernière campagne TDM4 de 2007 a permis d'atteindre la couverture exprimée dans le graphique suivant.



Il s'avère que, par le manque des fonds disponibles, la mise en œuvre a confrontées contraintes, ce qui a affaibli l'application des directives. En effet, en termes d'impact, on estime à moins de 1% le niveau de la transmission de la maladie selon les évaluations de la dernière campagne de masse de 2007.

Après 4/5 campagnes de traitement de masse ont été réalisées, 17 districts sanitaires ont été couvert soit une couverture géographique de 100%, la transmission des parasites de la maladie a été réduite à moins de 1% depuis 2004.

Pour confirmer la situation épidémiologique dans le pays, le programme a été soutenu par CNTD et OMS pays pour conduire une évaluation du niveau de transmission (TAS) en avril 2012, ci-après les résultats provisoires :

Table 3: filariose lymphatique

Dans ce tableau de répartition de la prévalence, on met les résultats de TAS Fatihou ou TAS Rahamatou qui incluait les données de l'île de Moili

District	Lieu / Site	Prévalence	Méthode utilisée	Année de l'étude & Référence TAS
		(nombre/taux/proportion)		
MORONI	Vouvouni	1.8%	ICT	avr-12
MITSOUDJE	Salimani	0%	ICT	avr-12
OUZIOINI	Dembeni	0%	ICT	avr-12
FOUMBOUNI	foumbouni	0.0%	ICT	avr-12
OICHILI	Kouhani	7.1%	ICT	avr-12
MBENI	Mbeni	0.0%	ICT	avr-12
MITSAMIOULI	Koua	0.0%	ICT	avr-12
MUTSAMUDU	Hombo	9%	ICT	avr-12
OUANI	Bazimini	5%	ICT	avr-12
TSEMBEHOU	Dziani	4.8%	ICT	avr-12
DOMONI	Ongoni	5.6%	ICT	avr-12
MREMANI	magnassini	3%	ICT	avr-12
POMONI	Moya	19%	ICT	avr-12
SIMA	Bimbini	4.4%	ICT	avr-12
NIOUMACHOUA	Nd	Nd	Nd	avr-12

A l'issu de ces résultats ,

Le groupe NTD- RPRG recommande que les Comores effectuent deux tours supplémentaires de DMM dans les trois îles. Si une couverture élevée est atteinte, les enquêtes ponctuelles de vérification devraient être menées pour déterminer l'éligibilité à une enquête TAS ultérieures. Les dons d'Albendazole et de DEC pour l'élimination de la FL sont disponibles par le biais de l'OMS. Le programme est invité à soumettre à l'OMS la demande conjointe pour les médicaments sélectionnés de la chimiothérapie préventive avec un plan de travail annuel, à mettre en œuvre avec l'appui de l'OMS-AFRO.

. Ainsi des activités sont donc à promouvoir pour une meilleure planification et une mobilisation des fonds en perspectives.

Tableau 1 : Evolution de la prévalence des microfilarémieschez les écoliers (CP1 et CP2) a l'Union des ComoresAnnée 2012

Iles / régions	Nbre écoles	Enfants testés	Cas confirmés	%	Districts touchés
Mwali	2	156	0	0	0
Ngazidja	20	628	5	0,7	3
Ndzuani	8	784	45	7	7
Total	30	1591	49	3	10

1.3.1.2 Helminthiases

Une enquête qualitative menée en 2003 a montré que 80 % des enfants ont déclaré avoir eu Des vers intestinaux. Ascaris 45 %,

Trichocéphaloses 43 %,Et les autres parasitoses pour plus de 12 %.

Pour ce qui concerne les ectoparasites, l'évaluation en Milieu scolaire à la Grande Comores montre que les poux infectaient 18 à 27 %

D'enfants, la gale de 5 à 25 % et les puces et chiques 2 à 4 % d'enfants.

Devant ce tableau, il y a lieu de faire une cartographie de ces maladies où les nombres de districts endémiques soient repérés pour une meilleure planification en vue d'atteindre les objectifs de 2020

Districts	Lieu / Site	Prévalence (nombre/taux/proportion)	Méthode utilisée	Année de l'étude & Référence	Coordonnées GPS
7	Ngazidja	45%	Enquête qualitative	2003	
7	Ndzuwani				
3	Mwali				

LEPRE

District	Lieu / Site	Prévalence (nombre/taux/proportion)	Méthode utilisée	Année de l'étude & Référence
3	Mwali	4,5 pour 10 000hbts	Rapport supervision	2010
7	Ndzuwani	4 pour 10 000hbts	Rapport supervision	2010

Table 4:Co-endémicité FILARIOSE LYMPHATIQUE ET HELMENTHIASE ET LALEPRE

Régions	Districts	MTN/CTP				MTN/PCC			
		Nombre	NTD1	NTD2	NTD3	NTD5	NTD6	NTD7	NTD8
NGAZIDJA	7	FL	HTS		-		-	+	+
NDZUANI	7	FL	HTS			Lèpre			
MWALI	3	FL	HTS			Lèpre			

Table 5: Statut de la cartographie des MTN

Nom de la maladie endémique	Nombre de districts suspect d'être endémique	Nombre de districts connus endémiques	Nombre de districts dont l'endémicité n'est pas connue (Besoin de cartographie ou de prospection)
Filariose	17	17	0
Helmenthiases	17	17	4
Lèpre	10	10	7

1.3.2 - Les MTN/PCC

1.3.2.1 La lèpre

La maladie estendémique aux Comores avec une prévalence de 1,6/10.000 habitants. 90 % des cas sont dépistés dans l'île d'Anjouan où le taux de prévalence avoisine 4/10.000 habitants. Une Campagne d'élimination de la Lèpre sur les deux îles concernées (Anjouan et Mohéli) a été

Lancée depuis 2002 - 2003. Le diagnostic et le traitement de la lèpre sont complètement décentralisés dans les îles. Le diagnostic Depuis trois ans, des mini-campagnes sont organisées, et le taux de détection reste très élevé d'année en année, autour de 110 par 100.000. Ceci démontre clairement qu'il y a beaucoup de lèpre à Anjouan, et que l'endémie n'est pas en voie de disparition. En effet, l'île d'Anjouan est un des endroits les plus endémiques du monde entier. Cet effet est un peu moins dramatique dans les statistiques internationales puisque les chiffres des Comores sont dilués par la Grande Comore, où il n'y a presque pas de lèpre mais où réside la moitié de la population (Ainsi le taux de détection pour la totalité des Comores en 2008 est de 49/100.000). La plupart des cas dépistés sont des cas récents : en 2010, 22% sont des cas MB et 46% sont des enfants (tandis que 83% des enfants sont PB). Le taux d'infirmités est de 2 %. Le nombre de rechutes est très faible : 3 de 2003 à 2010. Les chiffres détaillés relatifs au dépistage de la lèpre à Mohéli sont repris en annexe.

La prise en charge des malades de la lèpre à Anjouan est excellente. Tous les cas sont traités à la PCT régulière. Le taux de guérison est très élevé : 94% chez les PB et 91% chez les MB. En même temps, il n'y a pas de nouvelles infirmités qui se déclarent au cours du traitement. Les réactions lépreuses sont diagnostiquées précocement et traitées adéquatement (la prednisolone est facilement disponible). Les personnes présentant une anesthésie des membres inférieurs reçoivent des souliers protecteurs (semelle intérieure en micro cellulaire) non stigmatisant (il s'agit de chaussures achetées au marché). Des interventions de chirurgie réparatrice ont été effectuées occasionnellement et une nouvelle série est prévue en 2011 (voir 5.1). Le support physio thérapeutique est disponible à l'hôpital de Hombo.

Vers la fin de 2009, l'équipe lèpre-tuberculose au CHR Fomboni est renforcée : un médecin point focal lèpre-tuberculose n'est nommé, un jeune infirmier est attaché comme stagiaire à l'infirmier lèpre-tuberculose, et un superviseur lèpre très expérimenté de l'équipe d'Anjouan,

Mr Boussouri, est affecté à Mohéli. Le résultat est spectaculaire : 50 nouveaux cas entre janvier et septembre.

Malgré tous les efforts déployés par le programme, la lèpre reste encore une maladie préoccupante au niveau du pays en particulier dans l'île d'Anjouan où sont détectés plus de 95% des cas enregistrés chaque année. En 2004, le taux de prévalence était de 0,94 cas pour 10 000 habitants. Mais au cours de ces dernières années la prévalence ne cesse d'augmenter et elle est supérieure à 1 cas pour 10 000 habitants. Afin d'améliorer la prise en charge précoce des cas, des campagnes de détection et de traitement sont organisées depuis plus de 5 ans au niveau du pays.

Selon les données disponibles du rapport annuel de 2013, le nombre de cas détecté est de 480, ce qui représente 61,1 cas pour 100 000 habitants pour une population estimée à 784 745 habitants.

Il s'avère nécessaire que les mini-campagnes de détection de masse soient maintenues pour réduire la prévalence au niveau d'Anjouan à moins de 01 cas pour 10000 habitants au niveau du pays.

Soucieux de l'ampleur du problème, les autorités sanitaires des Comores ont adressé une demande d'appui technique à l'OMS en vue d'évaluer la pertinence des stratégies de lutte et de

proposer les recommandations pour l'amélioration de la situation. C'est ainsi que deux consultants ont été commis par le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique pour évaluer le programme du 30 mai au 28 juin 2014 ,la mission a recommandé élaborer avec l'appui de partenaires un plan stratégique national de lutte contre la lèpre,.

- Décentraliser les activités aux niveaux des districts sanitaires et aux communautés ;
- Former et réaliser des supervisions formatives pour assurer la qualité des services lèpre.
- Inviter les partenaires à adhérer aux plans stratégiques annuels du programme national et à mobiliser les ressources additionnelles pour sa mise en œuvre.

1.4.MISE EN œuvre DU PROGRAMME MTN

L'Union des Comores trois MTN ont été identifiées. Il s'agit de : la filariose lymphatique, les helminthiases et la lèpre. Les deux premiers maladies sont classées chimiothérapie préventives et la dernière est à prise en charge des cas.

Table 6.1: Information résumée sur les interventions des programmes de MTN-CTP existants

MTN	Date ou le programme a commencé	Nbre total de districts ciblés	Nbre de districts couverts (couverture géographique)	Nbre total de la pop. Visée dans le district	Nbre de la pop couverte (pourcentage)	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
FL	2001	17	17	724294	615 649(85%)	MDA	OMS CNTD AMA
HTS	2000	17	17	20000	18000 enquête 2003	MDA	CRF/CRCO UNICEF OMS

Table 6.2: Information résumée sur les interventions des programmes de MTN-PCC existants

MTN	Date ou le programme a commencé	Nbre total de districts ciblés	Nbre de districts couverts (couverture géographique)	% couvert	Stratégie utilisée	Les partenaires clés
LEPRE	2003	10	10	65	Dépistage actif par prospection des districts cibles et prise en charge des cas dans les centres de santé	Action DAMIEN

1.4.1 Lacunes et priorités

Faites une analyse plus approfondie des résultats du tableau FFOM et apparier les éléments comme suit :

Forces utilisables pour contrecarrer les faiblesses et menaces identifiées

Opportunités à utiliser pour compenser les faiblesses et menaces identifiées

Tableau 7.2: Matrice d'appariement de l'analyse(SWOT) du Programme MTN

Analyse interne	Forces	Faiblesses
	<ul style="list-style-type: none"> • FO1. MTN prises en compte dans les PNDS et PNS • FO2. Disponibilité du Plan Cadre de lutte contre les MTN • FO3. Création d'une Direction de la lutte contre les MTN dans le nouvel organigramme du Ministère de la santé • FO4. Cartographie complète des 3 MTN existantes • FO5. Prise en compte des 2 grands volets de la stratégie d'élimination du programme mondial FL • FO6. Il existe un processus pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement au titre du programme - MTN • FO7. Collaboration avec la Centrale d'achat des médicaments de l'Union des Comores (CAMUC) 	<ul style="list-style-type: none"> • FA1. Inexistence de ligne budgétaire pour les MTN • FA2. Pas de Responsable du Programme MTN • FA3. Inexistence de mécanisme intégré de coordination de la lutte contre les MTN au niveau national • FA4. Non intégration des activités de traitement de masse pour la filariose lymphatique et pour les géohelminthiases • FA5. Déparasitage dans certaines écoles seulement • FA6. Tours de TDM manqués • FA7. Pas d'activités de prise en charge des complications FL • FA8. Insuffisance des capacités technique et managériale pour la conduite du Programme MTN intégré • Existence d' NPO paludisme point focal MTN/OMS
Analyse externe	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> • O1. Existence de partenaires contribuant aux interventions ciblant les MTN-CTP : OMS, UNICEF, AMA, CARITAS, Crois Rouge Française, Croissant Rouge Comorien • O2. Fortes expériences d'activités communautaires • O3. Existence de volontaires actifs • O4. Implication du Ministère de l'Education dans les activités de déparasitage • O5. Adhésion à l'Initiative IHP+. • O6. Eligibilité du pays au projet ESPEN 	<ul style="list-style-type: none"> • M1. Contributions financières pour la lutte contre les MTN insuffisantes • M2. Mutualisation insuffisante de l'allocation du budget alloué par les partenaires. • M3. insuffisance de coordination entre les partenaires • M4. Forte dépendance du pays aux financements extérieurs • M5. Mobilité fréquente du personnel de santé • M6. Pas de NPO/MTN au niveau du Bureau OMS Comores

DEUXIEME PARTIE. PROGRAMME DE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN

2.1 Mission et objectifs d'ensemble du programme de lutte contre les MTN

VISION

Comoreslibérées des Maladies Tropicales Négligéesprioritaires.

MISSION

La mission est de veiller à ce que des interventions appropriées et adaptées pour l'élimination des MTN soient conduites demanière efficaces à toute la population comorienne.

2.2 LES PRINCIPES Directeurs et priorités stratégiques

Les principes qui sous-tendent la vision sont ceux de la politique nationale de la santé, à savoir :

- La stabilité politique et institutionnelle ;
- L'accès à une justice équitable ;
- Le leadership et la bonne gouvernance ;
- La participation individuelle et collective ;
- La programmation axée sur les résultats et la redevabilité ;
- Le financement adéquat, équitable et soutenu du système de santé ;
- La coordination et la collaboration intersectorielle, la décentralisation et la pérennité.

2.3LES PRIORITES STRATEGIQUES

1. Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme;
2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;
3. Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement;
4. Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle

Tableau 11: Résumé du cadre stratégique

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
<p>PS1: Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme.</p>	<p>OS1- Mise à l'échelle la chimiothérapie préventive des MTN.</p> <p>OS2- Assurance de la qualité des interventions de prévention, de prise en charge des cas et des complications liées aux MTN.</p> <p>OS3- Renforcement institutionnel du Programme de lutte contre les MTN.</p>
<p>PS2 : Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN.</p>	<p>OS1 - Renforcement de la capacité de planification opérationnelle à tous les niveaux (Central, régional et District)</p> <p>OS2 - Renforcement des nouveaux mécanismes de mobilisation des ressources en vue de la pérennisation des acquis</p>
<p>PS3: Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement.</p>	<p>OS1 - Renforcement du mécanisme de coordination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p>OS2 - Renforcement du partenariat et mobilisation des ressources pour les MTN</p> <p>OS3 - Renforcement la mobilisation sociale</p>
<p>PS4: Renforcer le Suivi/Evaluation, la surveillance et la Recherche Opérationnelle</p>	<p>OS1 - Mise en place d'un système intégré de suivi et d'évaluation des activités de lutte contre les MTN.</p> <p>OS2 - Renforcement du système de collecte et d'analyse des données des MTN.</p> <p>OS3 - Promouvoir la recherche opérationnelle au profit des MTN.</p> <p>OS4 - Intégration des données de la lutte contre les MTN dans les fiches de collecte des informations sanitaires et statistiques.</p>

TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

3.1 Tableaux synoptiques concernant les programmes spécifiques

OBJECTIFS, STRATEGIES, CIBLES ET INDICATEURS DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MTN

PS1 Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme				
Objectifs généraux des Programmes	Programme Filariose lymphatique (FL) : Eliminer la filariose lymphatique dans 17 Districts Sanitaires d'ici 2020. Programme Helminthiases Transmises par le Sol (HTS) : Traiter au moins 75% des enfants d'âge scolaire dans 17 Districts Sanitaires d'ici 2020. Programme Lèpre (LEP) : Eliminer la lèpre dans 10 Districts Sanitaires d'ici 2020.			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Cibles	Activités	Indicateurs
OS1 : Mise à l'échelle la chimiothérapie préventive des MTN	Organiser la campagne de Traitement Médicamenteux de Masse pour les populations cibles.	<ul style="list-style-type: none"> - Toute la population sup à 2 ans (FL) - Enfants 6 – 14 ans (HTS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer les outils IEC et outils de gestion relatifs à la campagne de traitement de masse. - Organiser une formation des enquêteurs pour le TMM - Mener des activités de mobilisation sociale auprès de la communauté et des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture Géographique de 100% chaque année (FL/HTS) - Couverture Thérapeutique d'au moins 65% dans les zones d'endémies (FL).
	Réaliser le Traitement de Médicamenteux de Masse	<ul style="list-style-type: none"> - Toute la population sup à 2 ans (FL) - Enfants 6 – 	<ul style="list-style-type: none"> - Former les Agents de santé sur la PEC des effets indésirables des médicaments (Pharmacovigilance) - Acheminer les médicaments et les intrants vers les sites de distribution 	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture

		14 ans (HTS)	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser la distribution de masse de médicaments - Assurer le suivi des effets indésirables par la mise en œuvre du système de pharmacovigilance 	<p>Thérapeutique d'au moins 75% dans les zones d'endémies (HTS).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence de la lèpre inférieur à 1 cas/10.000hab. - Taux d'infirmité degré 2 chez les nouveaux cas de lèpre inférieur à 3%
OS2 : Assurance de la qualité des interventions de prévention, de prise en charge des cas et des complications liées aux MTN	Renforcer les capacités des acteurs sur la PEC des cas simples et des cas compliqués de la Filariose lymphatique et de la lèpre.	<ul style="list-style-type: none"> - Malades FL présentant des complications - Malades LEP présentant des Réactions lépreuses 	<ul style="list-style-type: none"> - Former les 06 chirurgiens sur les nouvelles techniques de cure des hydrocèles et chirurgie réparatrice de la lèpre - Former les agents Communautaires sur la Prise en charge à domicile (Home Base Care) à base communautaire des complications de la Filariose lymphatique et sur la conduite des mini-campagnes lèpre 	
OS3: Renforcement institutionnel du Programme de lutte contre les MTN	Renforcer les ressources humaines pour la gestion du Programme MTN	- Personnel du Programme MTN	<ul style="list-style-type: none"> - Nommer un Coordinateur National de la lutte contre les MTNCTP - Etoffer l'effectif de l'équipe du Programme MTN en personnel technique et administratif. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 coordinateur MTN nommé. - Affectation d'1 Gestionnaire de données, 1 Resp Suivi, 1 Resp Communication, 1 Assistante administratif, 1 chauffeur
	Doter le Programme MTN en matériels informatiques, roulants et de communications	- Direction au niveau central et 3 DRS.	<ul style="list-style-type: none"> - Doter le Programme MTN en ordinateurs portables et en imprimante multifonction. 	<ul style="list-style-type: none"> - 4 laptops et 1 imprimante multifonction - Ligne

			<ul style="list-style-type: none"> - Doter le Programme MTN en communication (connexion internet et smartphones). - Doter le Programme MTN en matériels 	<p>téléphonique, connexion internet et 4 smartphones.</p> <p>1 voiture 4x4 et 5 motos</p>
--	--	--	---	---

3.2 Tableau synoptique concernant la planification et la mobilisation des ressources

PS2 : Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN				
Objectifs stratégiques	Objectifsspécifiques	Cibles	Activités	Indicateurs
OS1: Renforcement des capacités de planification opérationnelle à tous les niveaux (Central, régional et District)	Renforcer les capacités managériales des agents de santé des 17 districts	3 Directeurs régionaux et 17 Médecins Chefs de Districts	- Organiser 3 ateliers de formation sur la planification basée sur les résultats destinés aux gestionnaires des programmes des districts	- 3 Directeurs régionaux formés. - 17 Médecins Chefs de Districts formés.
	Elaborer les plans opérationnels de lutte contre les MTN	3 DRS et 17 DS	- Organiser des ateliers de microplanification au niveau des DRS regroupant les Districts. - Multiplier et diffuser les plans opérationnels des DRS et districts	- 3 plans opérationnels des DRS et 17 plans opérationnels des DS élaborés et diffusés.

OS2: Renforcement des nouveaux mécanismes de mobilisation des ressources en vue de la pérennisation des acquis	Elaborer le plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources en faveur des MTN	3 DRS et 17 DS	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter 1 Consultant International - Organiser un atelier national d'élaboration et de validation du plan de plaidoyer - Multiplier et diffuser le plan de plaidoyer en 100 exemplaires. - Organiser une réunion de haut niveau pour la mobilisation des ressources avec les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Consultant international recruté - 1 Plan de Plaidoyer élaboré et multiplié en 100 exemplaires. - 1 réunion de haut niveau tenue avec les partenaires.
--	---	----------------	--	--

3.3 Tableau synoptique concernant la gouvernance, la coordination et le partenariat

PS3 : Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement.			
Objectif stratégique	Objectifs spécifiques	Stratégies	Activités
OS1: Renforcement du mécanisme de coordination aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Renforcer la coordination intersectorielle en faveur des MTN	Réunion avec toutes les parties prenantes pour la création/redynamisation du mécanisme de coordination des activités MTN	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les membres de la plateforme - Organiser une réunion de redynamisation du comité de pilotage intersectoriel
OS2: Renforcement du partenariat et mobilisation des ressources pour les MTN	Promouvoir le partenariat avec les partenaires potentiels au niveau de la société civile et du secteur privé.	<p>Allocation budgétaire par l'Etat</p> <p>Prospection de nouveaux partenaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une ligne budgétaire au profit des MTN dans le budget de l'Etat - Organiser une réunion de plaidoyer pour la mobilisation de ressources - Organiser une réunion annuelle des partenaires en faveur des MTN

		Sensibilisation des partenaires pour contribuer au financement des activités MTN.	- Identifier une dizaine des associations pour appuyer le programme sur le Traitement de masse
OS3: Renforcement la mobilisation sociale	Mener des activités de mobilisation sociale auprès de la communauté et des partenaires	Sensibilisation des autorités et de la population.	- Réunion de sensibilisation des leaders communautaires (maires, préfets et communauté locale) - Sensibiliser la communauté en faveur des MTN

3.4 Tableau synoptique concernant le Suivi/Evaluation et la recherche opérationnelle

PS4 : Renforcer le Suivi/Evaluation, la surveillance et la Recherche Opérationnelle			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs
OS1: Mise en place d'un système intégré de suivi et d'évaluation des activités de lutte contre les MTN	Organiser des supervisions périodiques et régulières des activités de lutte contre les MTN	- Réunion d'expert pour élaborer et valider un outil de supervision - Réaliser des supervisions trimestrielles au niveau régional. - Réaliser des supervisions semestrielles par le niveau central	
	Elaborer un Plan de suivi et d'évaluation	- Recrutement d'un consultant national. - Organiser une réunion de finalisation et validation du document	

	Organiser une enquêted'évaluation de la transmission (TAS) des STH /FL	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter un consultant pour le protocole d'enquête sur la prévalence des STH. - Organiser une formation des formateurs pour le TAS - Former les agents de de santé sur l'enquête TAS - Conduire l'enquête TAS sur le terrain avec l'appui technique d'un Consultant 	
	Réaliser une enquêted'évaluation des incapacités dues à la FL (WHODAS)	<ul style="list-style-type: none"> - Former de l'équipe technique centrale - Réaliser l'enquête proprement dite 	
OS2: Renforcement dusystème de collecte et d'analyse des données des MTN	Réaliser la surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles et de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre disponible les matériels et réactifs pour la microfilarémie. - Mise en œuvre de l'enquête de microfilarémie sur les 3 îles 	
	Intégrer les données de la lutte contre les MTN dans les fiches de collecte des informations sanitaires et statistiques.	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir une réunion de concertation des responsables centraux pour la révision du contenu des fiches de rapport périodique. - Multiplier et diffuser les nouvelles fiches de rapport périodique validées.. 	
OS3 : Promouvoir la recherche opérationnelle au profit des MTN	Renforcer la recherche opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter un consultant international - Former 2 épidémiologistes en recherche opérationnelle. - Former des agents de santé sur la recherche opérationnelle 	

Tableau 13 : Suivi de la performance des programmes spécifiques

13.1. MTN/CTP

Programme d'Élimination de la Filariose Lymphatique							
Objectif général du Programme : Éliminer la Filariose Lymphatique dans 17 Districts Sanitaires d'ici 2020							
Indicateurs	Données de base	Objectif visé	Calendrier				
			2016	2017	2018	2019	2020
Taux de prévalence	Plus de 1%	Moins 1%	3%	1%	Moins 1%	Moins 1%	Moins 1%
Couverture géographique	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Couverture thérapeutique	0%	85%	85%	85%	90%	100%	100%

Programme de lutte contre les Helminthiases Transmises par le Sol

Objectif général du Programme : Traiter au moins 75% des enfants d'âge scolaire dans 17 Districts Sanitaires d'ici 2020

Indicateurs	Données de base	Objectif visé	Calendrier				
			2016	2017	2018	2019	2020
Couverture Géographique	ND	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Couverture thérapeutique	ND	75%	75%	80%	85%	90%	100%

13.2. MTN/PCC

Programme d'Elimination de la Lèpre							
Objectif général du Programme : Eliminer la Lèpre dans 10 Districts Sanitaires d'ici 2020							
Indicateurs	Données de base	Objectif visé	Calendrier				
			2016	2017	2018	2019	2020
Taux de prévalence	4/10.000	Moins 1cas /10.000	3%	2%	1%	Moins 1cas /10.000	Moins 1cas /10.000
Taux d'infirmité degré 2 parmi les nouveaux cas	4%	Moins de 3%	4%	3%	3%	3%	3%

RESUME BUDGET 2016-2020

AVEC MEDICAMENTS								
Priorités stratégiques	Budget total		Etat		Partenaires		GAP	
PS1. Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme.	1 121 701	72%	56 085	5%	39 911	4%	1 025 705	71%
PS2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN.	151 989	10%	7 599	5%	0	0%	144 390	10%
PS3. Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement.	112 919	7%	5 646	5%	0	0%	107 273	7%
PS4. Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle.	168 959	11%	8 448	5%	0	0%	160 511	11%
Totaux	1 555 568	100%	77 778	5%	39 911	3%	1 437 879	92%