

UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement



جمهورية القمر المتحدة

وحدة - تضامن - تنمية

**Ministère de la Santé, de la
Solidarité, de la Cohésion
Sociale et de la Promotion du
Genre**



وزارة الصحة والتضامن ومشاركة المرأة

**DOCUMENT DE STRATÉGIE NATIONALE DE
PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES
NON TRANSMISSIBLES**

(draft 1)

MARS 2013

Sommaire

Acronymes	3
Préface.....	5
RÉSUMÉ.....	6
INTRODUCTION.....	7
I- Contexte Général du pays.....	7
1.1 Situation géographique et démographique.....	7
1.2 Situation socioculturelle.....	8
1.3 Situation économique.....	8
1.4 Situation sanitaire.....	9
1.5 Système de santé.....	10
II- Profil épidémiologique sur les MNT et les facteurs de risque.....	12
2.1 Maladies cancéreuses.....	12
2.2 Diabète.....	13
2.3 Maladies cardiovasculaires.....	13
2.4 Maladies respiratoires chroniques.....	13
2.5 Tabac, alcool, drogues et substances psycho actives.....	13
2.6 Les handicaps.....	14
2.7 Les hémoglobinopathies.....	14
2.8 Maladies mentales.....	15
2.9 Santé buccodentaire.....	15
2.10 Santé oculaire.....	15
III- Objectif général.....	16
IV- Objectifs spécifiques.....	16
V- Axes stratégiques et interventions de lutte contre les MNT.....	16
VI- Cadre de mise en œuvre.....	17
Cadre Institutionnel.....	17
Niveaux de Mise en œuvre.....	17
VII- Suivi et évaluation.....	18
VIII- Annexes.....	19
Annexe 1. Cadre logique.....	19
Annexe 2. Plan d'action 2012-2015.....	23
Bibliographie	30

Acronymes

ASCOBEF	Association comorienne du bien être familial
CA	Conseil d'administration
CAP	Club des amis pour la paix durable en Afrique
CARITAS	Réseau caritatif de France - Secours catholique
CGP	Commissariat Général au Plan
CHN	Centre Hospitalier National
CHRI	Centre Hospitalier de Référence Insulaire
CMC	Centre Médico-chirurgical
CNS	Comité national de santé
CPN	Consultation Périnatale
CSF	Centre de Santé Familiale
CSD	Centre de santé de district
CTNS	Comité technique national de santé
DAF	Directeur administratif et financier
DGEPSS	Direction générale des études, de la planification et des statistiques sanitaires
DRS	Direction Régionale de la santé
EIM	Enquête à Indicateurs Multiples
GAVI	Global alliance for vaccines and immunization -
HP	Hôpital de Pôle
IRA	Infections Respiratoires Aigues
MD	Maladies Diarrhéiques
MNT	Maladies Non Transmissibles
IDE	Infirmier diplômé d'état
OMD	Objectifs du millénium pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PASCO	Projet d'appui au secteur de la santé des Comores
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PNAC	Pharmacie nationale autonome des Comores
PNDRH	Plan national de développement des ressources humaines
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLC	Programme National de lutte contre la Cecité
PNS	Politique Nationale de Santé
PNLF	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNLP	Programme National de lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PS	Poste de santé
PSE	Paquet de service essentiel
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SFE	Sage femme d'état
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

UNFPA	United nations funds for population activities
UNICEF	United nations funds for children
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Préface

Ces dernières décennies, les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont en recrudescence et constituent dans de nombreux pays, en particulier ceux à faible revenu, un problème de santé publique et un frein considérable au développement. Les pays de l'Afrique Subsaharienne déjà confrontés au lourd fardeau du VIH/SIDA, de la Tuberculose, du Paludisme, de la malnutrition et de l'inaccessibilité à l'eau potable, doivent impérativement s'organiser à lutter contre ce nouveau défi. Conformément aux Engagements Internationaux, aux principaux résultats de l'Enquête sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles et à la Politique Nationale de la Santé, le Gouvernement Comorien a résolument donné les orientations sur la prévention, la prise en charge de ces pathologies.

Face aux résultats préoccupants de cette Enquête aux Comores, le Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et de la Promotion du Genre a décidé d'élaborer et de se doter du présent Document Stratégique s'inscrivant dans le cadre d'un développement socio-économique et sanitaire durable.

Nous sommes convaincus que sa mise en œuvre, associant et intégrant toutes les parties prenantes telles que les associations communautaires, les organisations non gouvernementales, les médias et les partenaires au développement, dans un effort commun et soutenu contribuera à réduire les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles aux Comores, gage d'un avenir harmonieux de la Population Comorienne.

Nous tenons à remercier l'ensemble de nos partenaires au développement et tout particulièrement l'Organisation Mondiale de la Santé pour leur appui technique et financier.

Nos remerciements vont également en l'endroit du groupe d'experts nationaux ayant participé à la conception et à l'élaboration de ce présent document stratégique.

**Ministre de la Santé, de la Cohésion Sociale
de la Solidarité et de la Promotion du Genre**

Dr MOINAFOURAHA AHMED

RÉSUMÉ

L'enquête de StepWise sur les maladies non-transmissibles réalisée en novembre 2010 en Union de Comores auprès d'un échantillon de 5760 adultes âgée de 25 à 64 ans, par le Ministère de la Santé en partenariat avec l'OMS et l'UNFPA a montré les résultats suivants : 25,4% des personnes présentaient une tension artérielle élevée dont 86% ne suivaient aucun traitement médical, 1,9% ont présenté un état pré-diabétique, beaucoup plus chez les hommes 2,6% que les femmes 1,3% ; 25,9% des adultes ont une surcharge pondérale et 13,5% sont des obèses ; 85,7% des adultes consomment moins de 5 portions de fruits et légumes en moyenne par jour ; la consommation quotidienne de tabac varie de 1,2% chez les femmes à 20,6% chez les hommes ; 0,7% des personnes enquêtées ont déclaré avoir pris l'alcool au cours des 30 derniers jours ; 20,1% des adultes avaient un niveau bas d'activité physique et 61,7% ne pratiquaient aucune activité physique. Ces résultats prouvent que les facteurs de risques des maladies non-transmissibles sont présents aux Comores, avec un risque élevé de survenue chez 23% de la population, un risque moyen chez 71% de la population et il n'y a que 6% de la population qui est protégée.

L'Objectif général du présent document stratégique est de réduire le taux de morbidité et de mortalité liée aux maladies non transmissibles, d'ici 2015. Les objectifs spécifiques sont (i) réduire le pourcentage des adultes à risque élevé de développer une MNT de 23 % à 20 % (ii) réduire le taux de prévalence des cancers du col, de l'utérus, du sein et du foie, (iii) réduire le taux de prévalence du diabète 4,82 % à 3 %, (iv) réduire le taux de prévalence des caries dentaires chez les enfants en milieu scolaire de 95 % à 90 %, (v) réduire le taux de prévalence de la cécité de 0,8 % à 0,4 %. Les axes stratégiques de prévention et de lutte contre les MNT choisis consistent au 1) développement des campagnes de communication et sensibilisation pour le changement de comportement afin de réduire la survenue des facteurs de risques (sédentarité, obésité, hypertension artérielle, consommation de fruits et légumes), 2) dépistage précoce du diabète, des cancers, de la cécité, des caries, 3) renforcement des capacités techniques pour la prise en charge des MNT, 4) développement des mécanismes de financement innovant de la lutte contre les MNT, 5) renforcement du partenariat de toutes les parties prenantes, 6) amélioration du système de surveillance et la recherche sur les MNT.

Ce présent document stratégique couvre la période 2013-2015 dont le cadre de mise en œuvre sera effectué au niveau central, régional, de prestation des soins de santé et communautaire. (Il implique la collaboration avec toutes les parties prenantes : secteurs publics, privés, partenaires au développement et ONGs).

INTRODUCTION

Durant les dernières décennies les maladies non transmissibles (MNT) sont en recrudescences comme dans les pays industrialisés et dans les pays à faible revenu et intermédiaires. Selon l'OMS, près de 36 millions sur 57 millions décès enregistrés dans le monde en 2008 étaient dus à des maladies non transmissibles, principalement des cancers, des maladies respiratoires chroniques, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Selon les prévisions, ces décès atteindront 52 millions en 2030, si des actions urgentes ne sont pas prises à temps. Ces maladies sont la conséquence inéluctable de combinaison de facteurs de risque comme les mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme, la consommation de l'alcool et la sédentarité. La déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des MNT en avril 2011 exhorte les pays membres de la région africaine à garantir le leadership dans la prévention et le contrôle de ces maladies en partenariat avec la société civile, les secteurs privés et les communautés. En Union des Comores, l'augmentation des décès et des complications liées aux maladies cardiovasculaires, au diabète et aux cancers a interpellé le Ministère de la santé à réaliser l'enquête Step Wise sur les facteurs de risque de ces maladies en 2011, qui a révélé leur ampleur dans la population comorienne. C'est dans ce contexte que le pays a jugé nécessaire d'élaborer un document stratégique de prévention et de lutte contre les MNT.

I- Contexte Général du pays

1.1. Situation géographique et démographique

Située à l'entrée septentrionale du Canal de Mozambique entre Madagascar et la côte orientale de l'Afrique, l'Union des Comores est un archipel composé de quatre îles dont la superficie totale est de 2.236 km², soit respectivement 1148 km² (Ngazidja), 290 km² (Mwali) et 424 km² (Ndzuwani) et 374 km² (Maoré). La souveraineté du Pays ne s'exerce que sur les trois premières îles seulement car l'île de Maoré est sous administration française depuis 1975.

Le pays est doté d'une 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 «Kashkazi». 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 «Kussi» avec des températures variant entre 24° et 27°C.

La pluviométrie est importante (plus de deux mètres par an). La richesse du sol, d'origine volcanique, conjuguée aux fortes précipitations et aux différences de climat (tropical sur les côtes et tempéré en altitude), permettent la culture d'une grande variété de produits : fruits tropicaux, épices, plantes à parfum, cultures maraîchères et céréales.

La population est estimée à 724 294 habitants en 2012¹ avec un taux d'accroissement annuel de 2,1%. Elle est répartie comme suit : Ngazidja (369 560 habitants), Ndzuwani (306 839 habitants), Moili (47 895 habitants), Maoré (195 000 habitants). Elle est composée majoritairement des femmes (50,4%), qui représentent 60% des inactifs. 70% de la population

¹ RGPH 2003

vit en milieu rural et 48,9% des femmes se déclarent agricultrices. Les femmes en âge de procréer représentent 22,3% de la population totale.

Le pays connaît une forte pression démographique : la densité moyenne est de 411 habitants/km² avec des disparités selon les îles et les localités, particulièrement à Anjouan (723 habitants/km²). Étant entouré par la mer, avec des ressources énergétiques limitées le pays enregistre une déforestation considérable et une surexploitation des sols, entraînant ainsi leur appauvrissement.

De plus, cette population est très jeune puisque la proportion des jeunes de moins de 20 ans représente 57,4% et l'âge moyen est de 24,1 ans. Une telle structure par âge ne va pas sans poser d'énormes défis au pays, surtout dans la prise en charge de la jeunesse en matière d'éducation, de santé, de nutrition, de formation professionnelle, d'emploi, de loisirs, etc. Il faut noter que le taux brut d'activité de la population comorienne est estimé à 25,3 %.

1.2. Situation socioculturelle

L'Archipel des Comores est un espace largement ouvert aux apports démographiques et culturels extérieurs, qui a connu des métissages entre les peuples bantous, arabo-persans et asiatiques. L'Islam est la principale religion. La société comorienne est très hiérarchisée. Les notables qui acquièrent leur statut suite au Grand mariage traditionnel jouent le rôle des leaders au niveau communautaire dans la prise des décisions.

L'école coranique constitue le premier contact de l'enfant comorien avec le système éducatif ; elle enseigne les principes de base de l'islam et des valeurs socioculturelles en même temps qu'elle initie à la lecture du Coran et à l'écriture de l'Arabe. Le taux d'alphabétisation a progressé ces dernières années pour se situer au niveau de 68 %. Les progrès dans le domaine de l'éducation montrent la forte marque de la performance du taux brut de scolarisation dans le primaire qui est passé de 95,6 % en 2005 à 102,2 % en 2010. Mais les résultats ne sont pas homogènes dans les trois îles, avec des taux de scolarisation plus faibles à Anjouan et Mohéli. Et le taux net de déscolarisation dans le primaire n'était que de 76,1 % en 2008, ce qui suppose que de nombreux enfants n'ont pas accès à l'école.

1.3. Situation économique

L'Indice de Développement Humain (IDH)² en Union des Comores est de 0,433. Le pays est classé au 163^{ème} rang. La crise politique, institutionnelle et économique au cours des quinze dernières années a contribué à la désorganisation de l'administration publique et à la détérioration des conditions de vie de la population.

L'Enquête Intégrale des Ménages (EIM) de 2004 montre que 36,9% des ménages comoriens correspondant à 44,8% des individus, vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 54,7% en 1995. En 2010, le PIB³ par tête était estimé à 760 US\$. La croissance du PIB pour 2011

² Rapport Mondial sur le Développement Humain en 2011

³ Source PNUD).

oscille autour de 2,6% en moyenne. Cette légère amélioration résulte en partie de l'augmentation des investissements publics financés principalement par l'aide extérieure, d'une hausse de la construction liée aux envois de fonds de la diaspora, d'une amélioration de l'activité dans le tourisme.

L'agriculture et la pêche fournissent, plus de 80% de l'emploi. Les exportations de produits agricoles fournissent également 85% des recettes d'exportation. En 2010, les principales productions exportées consistaient dans la vanille préparée, l'essence d'ylang ylang et le clou de girofle.

Tableau 1 : Données économiques de l'Union des Comores entre 2008 à 2010

Intitulé	2008	2009	2010
Croissance du PIB (%)	0,6	1,1	2,1
Investissement intérieur	14,2	12,9	16,2
Investissement public	6,5	5,3	7,9
Investissement privé	7,7	7,6	8,4
Epargne nationale	3,2	4,5	7,8
Dette extérieure totale	52,8	51,9	39,6
Service de la dette	12,3	10,6	7,5

Sources : CGP, DNS

Malgré, la reprise de la coopération technique et financière avec les bailleurs de fonds et la cessation des conflits, le tableau ci-dessus montre que la gestion macroéconomique des Comores s'est améliorée mais demeure néanmoins fragile. En décembre 2011, la dette⁴ de l'Union des Comores envers ses différents partenaires s'élève à 93,5 milliards de francs comoriens

1.4. Situation sanitaire

La situation épidémiologique de l'Union des Comores reste dominée par les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme et les maladies diarrhéiques (MD) . 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 taux de mortalité infantile et infanto-juvénile⁵ sont respectivement 59 pour 1000 et 74 pour 1000. Au cours des dix dernières années le ratio de

⁴ Source de la Direction de la Dette / Mini Finances.

⁵ Source : MICS 2000

mortalité maternelle est passé de 580 à 380 pour 1000 Naissances Vivantes. Ce progrès résulte des efforts fournis en matière de prise en charge des grossesses, notamment les Consultations Périnatales (CPN) et les soins des nouveaux nés.

Les prévalences⁶ de la malnutrition aiguë modérée et sévère chez les moins de cinq ans sont respectivement de 7,1% et 1,6% à Anjouan, de 2,4% et 0,9% en Grande Comore et de 4% et 3% à Mohéli.

La couverture vaccinale, chez les enfants de 0 à 11 mois, en 2011 pour les différents antigènes est respectivement de 88% pour le BCG, 86,7% pour le DTC/Hep/Hib3, 78% pour la rougeole et 22,8% pour le VAT2+ chez les femmes enceintes.

La prévalence du VIH/SIDA reste très faible (inférieur à 0,025%)⁷. Aussi, la tendance de certains facteurs de risque ne justifie-t-elle pas l'inquiétude par rapport à l'évolution du VIH. Ces facteurs de risque sont : le faible taux d'utilisation des préservatifs estimé à 27%, le faible taux de dépistage (8%), la prévalence élevée des IST (4,6%).

L'espérance de vie à la naissance de la population est passée de 55 ans en 1991 à 65,5 ans en 2004 avec une variation entre les hommes (64,3 ans) et les femmes (66,9 ans).

Pour la prise en charge des patients, la perception de la qualité des services par les usagers montre que la notion de qualité n'est pas brillante. Dans les structures sanitaires, les infrastructures sont vétustes avec des plateaux techniques obsolètes. Toutefois certaines réhabilitations et extensions ont été réalisées au cours de cette dernière décennie. Actuellement, de nombreux malades vont se faire soigner dans les pays voisins comme Madagascar, Tanzanie, l'Île Maurice et en France à cause de l'insuffisance des moyens de diagnostic et des spécialistes.

1.5. Système de santé

Le système de santé aux Comores est organisé de façon pyramidale à trois niveaux :

- Le niveau central

Les structures du Ministère chargé de la Santé comprennent le cabinet du Ministre, l'Inspection Générale de la Santé, le Secrétariat Général (incluant la Direction Administrative et Financière), la Direction Générale des Études, de la Planification et des Statistiques Sanitaires, et la Direction Nationale de la Santé. Cette dernière est composée de : la Direction des Établissements 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. Le niveau central inclut aussi le Central d'Achat des Médicaments de l'Union des Comores (CAMUC), le Centre Hospitalier National et l'École de Médecine et de Santé Publique. Le niveau central a aussi sous sa responsabilité le Commissariat à la Solidarité, à la Cohésion sociale et à la Promotion du genre. Par ailleurs, la Direction de la lutte contre la Maladie a la charge aussi des programmes nationaux prioritaires

⁶ Rapport d'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et de la mortalité en Union des Comores, UNICEF, Déc. 2000

⁷ Rapport de séroprévalence de Sherbrooke, 2003

: Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), Programme National de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose (PNLT), Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLC), Programme National de Lutte contre la filariose (PNLF), le Programme Élargi de Vaccination (PEV).

- Le niveau intermédiaire (régional)

Il existe trois régions sanitaires (Ngazidja, Ndzouani et Moili) dirigées chacune par un Commissariat en charge de la Santé et la Direction régionale de la santé (avec des chefs de programme et des services). Chacune des régions est divisée en Pôles de Santé, et les Pôles de Santé en districts sanitaires.

Les îles de Ngazidja et de Ndzouani sont organisées en trois Pôles et celle de Moili en un seul Pôle de santé. Un Pôle de Santé est composé de deux ou plusieurs districts sanitaires ; il peut être doté de Centres de Santé (CSD), de Centres de Santé Familiale (CSF), de Postes de Santé (PS) et d'un Hôpital de Pôle (HP). Chaque île est couverte par un Centre Hospitalier de Référence Insulaire (CHRI) à l'exception de l'île de Ngazidja où la référence est assurée par le Centre Hospitalier de National. Les CHN et CHRI sont sous la tutelle directe du Ministère de la Santé de l'Union des Comores. Par contre, les HP, les CSD, les CSF et les PS, sont sous la tutelle directe du Commissariat en charge de la Santé au niveau des Iles.

- Le niveau opérationnel (périphérique)

Les institutions en présence sont les Districts Sanitaires, composés par des Centres de Santé de District et les Postes de Santé. Officiellement, les CSD sont gérés par des Associations gestionnaires et administrés par un Conseil d'Administration et l'équipe technique de santé du district. Quant aux postes de santé, ils sont cogérés par la communauté et l'équipe de santé.

Le pays compte environ 1758 personnels de santé⁸ toutes catégories confondues dont 1486 dans le secteur public (84,5%) y compris des contractuels et des décisionnaires. Le secteur privé utilise 15,5% de l'ensemble des RHS dont 13,1% sont employées par le secteur privé à but lucratif et 2,4% par le secteur privé à but non-lucratif.

L'effectif des médecins a sensiblement augmenté passant de 5% en 2009 à 11% en 2012. On constate aussi une augmentation de 19% pour les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et les 14% pour les Sages Femmes Diplômées d'État. Par contre, les effectifs des dentistes et les pharmaciens, sont en relative stagnation, soit respectivement 1% et 1,6%.

Le système de santé comorien emploie un personnel de santé formé majoritairement à l'extérieur. Concernant, la formation de base, le pays dispose d'une École Nationale de Santé rattachée à l'Université des Comores. Cette école ne forme, pour l'instant, que des paramédicaux (sages-femmes et infirmiers d'état) et assure leur formation continue. Sa capacité d'accueil par an est de 35 à 40 nouveaux inscrits.

Le budget de l'état alloué à la santé ne dépasse guère les 5 % depuis cette dernière décennie. Les ménages sont considérés comme le principal financeur du système de santé aux Comores et représente environ 68% des dépenses totales de santé. On estime que près des deux tiers du financement du système de santé, y compris les transferts des fonds de la Diaspora, provient

⁸ Source : Recensement du personnel de santé, 2011

de l'argent des ménages, soit par paiement direct, soit par les mutuelles (communautaires et d'entreprises).

II-Profil épidémiologique sur les MNT et les facteurs de risque

En Union des Comores, en l'absence d'un système d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique fiable et adapté, il existe de difficultés de disponibilité de données sur les maladies non transmissibles. Cependant la situation de ces pathologies peut être décrite comme suit :

2.1 Maladies cancéreuses

Les maladies cancéreuses font partie du facies épidémiologique en recrudescence ces dernières années. La première étude rétrospective effectuée ces 14 dernières années consistait à faire un état de lieu de ces pathologies. Cette étude allant de 1995 à 2008, a révélé que sur 495 cas observés, 42% (208 cas) ont été confirmés positifs par l'examen anatomopathologique à l'étranger. Pour les autres cas (58%), il s'agissait d'une forte suspicion clinique, échographique, radiologique, parfois macroscopique et/ou per opératoire. Les sujets âgés de 50 ans et plus étaient les plus touchés avec 268 cas soit 54,14% contre 38,59% chez les patients de 15 à 49 ans. Plus de 300 femmes (64,44%) sont touchées contre 176 hommes (35,56%).

Tableau I - Localisation des cas de cancer

Localisation	Nombre	%	Cas confirmés
Gynécologique	228	46,06%	82
Digestive	75	15,15%	49
Urologique	64	12,93%	35
Hématologique	36	7,27%	8
Pleuro-pulmonaire	20	4,04%	10
ORL	18	3,64%	8
Cérébrale	15	3,03%	0
Bucco – dentaire	14	2,83%	6
Dermatologique	11	2,22%	5
Osseuse	10	2,02%	3
Autres	4	0,81%	2
Total	495	100,00%	208

La distribution des cas de cancers recensés selon le site fait ressortir une prédominance des cancers gynécologiques (46,06%), suivi des localisations digestive (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 dispose de peu de moyens matériels et humains pour offrir une prise en charge adéquate aux maladies cancéreuses ; les patients doivent recourir à des évacuations sanitaires très coûteuses à l'étranger.

2.2 Diabète

En 2011, avec l'appui financier et technique de l'OMS, une enquête « Stepwise » sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles a été organisée. Les résultats de cette étude montrent que 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 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%), Ndzouani (5,2%) et de Mwali (5,4%).

2.3 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. Cette augmentation est appréhendée à travers les résultats de l'enquête qui montrent un taux de prévalence de HTA et d'hypercholestérolémie de 25%, de la surcharge pondérale à 39,4% et 13,5% d'obésité. En outre, Il faut noter que 86% de la population consomme moins d'une portion de fruits et légumes par jour et 62% reste assise ou couchée au cours d'une journée. Toutefois, il convient de noter une faiblesse du système d'information sanitaire en milieu hospitalier.

2.4 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, ...). Cependant, en clinique, il est noté une augmentation des cas de pathologies allergiques pulmonaires (pollution, urbanisation désordonnée, déchets domestiques...)

2.5 Tabac, alcool, drogues et substances psycho actives

Les résultats de l'enquête de 2011 révèlent que 13% de la population interrogée consomme de la cigarette. Selon le sexe, les hommes représentent 23,8% contre 2% chez les femmes. Ce phénomène est beaucoup observé chez les personnes âgées de 25-54 ans (13%) contre 9% chez les sujets âgés de 55 ans et plus. En outre, 0,9% des personnes interrogées ont consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois précédant l'enquête dont 17,7% ont consommé quotidiennement.

2.6 Les handicaps

Tableau II.A.1.1: Répartition en % de la population handicapée par sexe et par milieu de résidence, selon le type de handicap

Type de handicap	Milieu de résidence								
	Total			Urbain			Rural		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Aveugle	6,0	5,5	6,5	4,4	4,1	4,7	6,7	6,0	7,4
Sourd(e)	8,7	8,6	8,9	7,3	6,9	7,7	9,4	9,2	9,6
Aveugle sourd	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Muet	3,4	3,5	3,3	2,5	2,8	2,2	3,8	3,8	3,8
Sourd-muet	0,8	0,8	0,8	0,5	0,7	0,4	0,9	0,9	0,9
Eléphantiasis	2,9	2,4	3,4	2,3	1,9	2,7	3,2	2,6	3,7
Hydrocèle	3,2	6,4	0,0	1,7	3,7	0,0	3,9	7,5	0,0
Membres supérieurs	6,8	7,4	6,1	6,4	7,8	5,1	6,9	7,3	6,5
Membres inférieurs	17,7	19,5	15,9	16,9	18,8	15,3	18,0	19,8	16,1
Aveugle-Membre inférieur	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3
Membre supérieur et inférieur	1,5	1,6	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5	1,6	1,4
Mental	39,9	35,1	44,7	48,1	43,5	52,0	36,2	31,6	41,1
Membre supérieur –Mental	0,4	0,3	0,5	0,5	0,3	0,6	0,3	0,3	0,4
Membre inférieur –Mental	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	1,2	0,9	0,9	0,9
Autres handicaps	3,9	4,0	3,8	2,8	3,3	2,4	4,3	4,3	4,4
Autres handicaps multiples	3,2	3,5	3,0	3,2	3,2	3,3	3,2	3,6	2,8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : RGPH 2003

Il ressort de ce tableau, que les handicapés représentent 3,7% de la population totale et que les malades mentaux et les aveugles représentent respectivement 39,9% et 6% de la population handicapées. Il n'existe pas de politique et stratégie de prise en charge des handicapés.

2.7 Les hémoglobinopathies

La situation épidémiologique de ces maladies à caractère héréditaire serait intéressante à étudier compte tenu du comportement socio culturel qui caractérise la population comorienne à savoir le mariage consanguin et sans examen pré-nuptial.

Actuellement, il n'y a pas de service de prise en charge spécifique des drépanocytaires ou des déficients en G6PD.

La trentaine de cas de drépanocytose recensés dans les registres des trois laboratoires de référence en 2012 montre la nécessité d'une cartographie pour compléter la base de données de la maladie.

2.8 Maladies mentales

Les services en charge de la Santé Mentale sont quasi inexistantes, hormis les consultations effectuées par le seul psychiatre des Comores, au Centre Hospitalier National d'El Maarouf, à Moroni et des consultations effectuées par deux Infirmiers Psychiatriques aux Centres Hospitaliers Régionaux de Hombo et de Fomboni.

Des consultations effectuées en 2007-2008, Ndzouani enregistrait une file active de 785 patients, Mwali 112 patients et Ngazidja 380 patients dont 77,1% étaient des troubles psychiatriques.

En 2011-2012, Ndzouani a enregistré 844 consultations dont 182 nouveaux cas et Ngazidja a enregistré 285 nouveaux patients.

Il n'existe pas de politique, ni de stratégie de prise en charge des handicapés mentaux.

2.9 Santé buccodentaire

Les données disponibles sur la santé bucco dentaire proviennent de l'enquête réalisée en milieu scolaire sur les enfants de 4-8 ans dans l'île de Ngazidja en octobre 2011. Cette étude a permis d'obtenir les informations sur la fréquence de la carie dentaire, la technique et les moyens de brossage utilisés pour l'hygiène bucco dentaire. Il ressort de cette étude que :

La prévalence de la carie dentaire chez les enfants est de 90%.

Environ 87% des enfants affirment posséder une brosse à dents, mais son usage reste insuffisant.

Il faut souligner que les structures de prise en charge de cette pathologie se trouvent essentiellement dans les grands centres hospitaliers (CHR et CHN) mis à part les cabinets privés dans les capitales.

2.10 Santé oculaire

Ce programme dispose d'un équipement d'intervention chirurgicale mobile, de 4 antennes réparties dans les îles et leur fonctionnement est assuré par 6 infirmiers ophtalmologistes. Actuellement, deux (2) ophtalmologistes et un (1) expatrié exercent aux Comores.

En 2007, au CHN El Maarouf, sur 2006 personnes consultées, 25% nécessitaient le port de lunettes correctives et 40% d'une intervention chirurgicale parmi lesquelles 47% de cataracte, 9% de glaucome, 12% de ptérygion, 19% de traumatisme oculaire avec plaie du globe et enfin 12% de chalazion. Les autres pathologies oculaires représentent 35% des personnes consultées.

Objectif général

D'ici 2015, réduire le taux de morbidité et de mortalité liée aux maladies non transmissibles ;

III- Objectifs spécifiques

- ✓ Mettre en place des outils de collecte et d'analyse de donnée sur les MNT ;
- ✓ Réduire le pourcentage des adultes ayant une surcharge pondérale de 39,4% à 35% ;
- ✓ Réduire le taux de prévalence des cancers du col de l'utérus, et du foie ;
- ✓ Réduire le taux d'hypertension artérielle de 25,4 à 20% ;
- ✓ Réduire le taux de prévalence du diabète 4,8 à 3% ;
- ✓ Déterminer la prévalence des maladies mentales ;
- ✓ Augmenter le taux des adultes qui consomment plus de 5 portions de fruits et légumes de 15 à 25%.

IV- Axes stratégiques et interventions de lutte contre les MNT

1. Développement des campagnes de communication et sensibilisation pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre les facteurs de risques des MNT

- (i) Production des moyens et de supports de sensibilisation et de communication ;
- (ii) Promotion des activités de prévention de lutte contre les MNT ;

2. Dépistage précoce du diabète, des cancers, de la cécité et des caries

- (i) Renforcement des mesures de prévention primaire ;
- (ii) Renforcement des connaissances de la population sur la notion des facteurs de risque des MNT;

3. Renforcement des capacités techniques pour la prise en charge des MNT y compris ceux du cancer du foie et du col de l'utérus

- (i) Disponibilité des équipements et produits médicaux ;
- (ii) Formation continue et initiale ;
- (iii) Renforcement de la gestion du programme de lutte contre les MNT ;
- (iv) Disponibilité des soins préventifs et curatifs contre le cancer du foie et du col de l'utérus ;

4. Développement des mécanismes de financement innovant de la lutte contre les MNT

- (i) Financement des activités sur la prise en charge et la prévention des MNT ;
- (ii) Mobilisation des ressources pour la pérennisation des activités ;

5. Renforcement du partenariat de toutes les parties prenantes

- (i) Mise en place des mécanismes de coordination des partenaires en faveur des MNT ;
- (ii) Collaboration intersectorielle des acteurs de lutte contre les MNT;

6. Renforcement du système de surveillance et la recherche sur les MNT

- (i) Organisation de la recherche sur les MNT ;
- (ii) Amélioration de la surveillance sur les MNT ;

V- Cadre de mise en œuvre

Le présent plan stratégique de prévention et de lutte contre les MNT émane des directives et orientations de la Politique Nationale de Santé (PNS, 2005-2015). Il sera mise en œuvre à travers l'implication et la collaboration intersectorielle secteur des parties prenantes à tout les niveaux.

Cadre Institutionnel

La tutelle technique du plan stratégique sera assurée par le ministère de la santé à travers la Direction de la Maladie (DLM) assumera le rôle du secrétariat et viellera à la réalisation de la mise en œuvre des activités en collaboration avec les autres secteurs tels que les Ministères de l'éducation nationale, celui de la production et celui du Commerce.

Niveaux de Mise en œuvre

- Le niveau central :

Le niveau central est chargé de la planification, de la coordination et de la supervision dans la mise en œuvre sur le territoire national, des différentes interventions et actions retenues dans les différents plans d'actions annuels découlant de cette stratégie.

- Le niveau régional :

Le niveau régional est responsable de la supervision de la mise en œuvre des différents plans d'action annuels au niveau opérationnel du système de santé.

- Le niveau périphérique :

En tant que niveau opérationnel du système de santé est responsable de la mise en œuvre effective des différents plans d'actions opérationnels annuels au bénéfice des populations.

- le niveau des prestations des soins de santé :

Le système de prise en charge sera, à tous les niveaux, impliqué dans la prévention primaire à travers l'éducation à la santé prodiguée par le personnel médical et para médical.

Les niveaux secondaires, tertiaire du système de soins seront les cadres de la mise en œuvre de la prévention secondaire notamment clinique, la prévention tertiaire et la recherche.

Les capacités d'accueil ainsi que le plateau technique de ces structures de soins devront être renforcées pour les adapter aux besoins de la prise en charge des malades.

- le niveau communautaire :

La communauté devra être impliquée comme actrice dès le départ, dans les phases d'identification des problèmes prioritaires de santé, de planification et de mise en œuvre des interventions et mesures ciblant la communauté. Ceci permettra de garantir l'appropriation et le succès de ces interventions, puis d'en assurer la pérennisation au terme de leurs mises en œuvre.

VI- Suivi et évaluation

Des Plans de Travail Annuels seront élaborés et mis en œuvre à partir du plan stratégique lors des réunions de revus et de programmation du Ministère de la Santé.

Une revue à mi-parcours sera organisée en juin 2014 et une évaluation finale du plan stratégique aura lieu en décembre 2015.

VII- ANNEXES

Annexe 1. Cadre logique

Objectif global: D'ici 2015, réduire le taux de morbidité et de mortalité liée aux maladies non transmissibles				
Stratégies	Logique d'intervention	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources et Moyens de Vérification	Hypothèses
Développement des campagnes de communication et sensibilisation pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre les facteurs de risques des MNT .	Production et développement de supports de sensibilisation et de communication	Nombre de supports produits et diffusés	Rapports Annuels du PNLMNT'	1. Adhésion de la communauté,
		Nombre des émissions Radio/Télé diffusées	Enquête d'audience auprès des ménages	2. Disponibilité de fonds
	Promotion des activités de prévention de lutte contre les MNT	Nombre de campagnes de sensibilisation organisées	Rapports Annuels du PNLMNT'	
		Nombre de journées de démonstration culinaire et diététique organisées	Rapports Annuels du PNLMNT'	
Dépistage précoce du diabète, des cancers, de la cécité, des caries et des maladies mentales	Renforcement des mesures de prévention primaire	Nombre de sites de dépistage des facteurs de risque dans les structures et la communauté	Rapport d'activité mensuel des structures et fiche de notification du site de dépistage des ASC	Adhésion de la communauté
		Nombre de campagnes de dépistage des MNT	Rapports sur les campagnes de dépistage réalisées	Disponibilité des matériels, consommables et équipements

	Renforcement des connaissances de la population sur la notion des facteurs de risque des MNT	Nombre de personnes formées sur la notion des facteurs de risque	Rapport de formation	
		Nombre de séances de formations organisées sur la notion des facteurs de risque	Rapport de formation	
		Pourcentage des personnes ayant une bonne connaissance des facteurs de risque des MNT	Enquête auprès des ménages	
Renforcement des capacités techniques pour la prise en charge des MNT y compris le cancer du foie et du col de l'utérus	Appui à la gestion du programme de lutte contre les MNT	PNLMNT est crée et fonctionnel	Arreté de mise en place	
		Nombre d'unités dotés en moyen de fonctionnement		
	Introduction des modules de formation continue et initiale sur les MNT dans les établissements scolaires et universitaires	Nombre de personnes formées sur les facteurs de risque des MNT	Rapports des formateurs	
		Nombre des établissements scolaires ayant intégré l'enseignement des MNT dans leur cursus	Rapports de supervision des inspecteurs pédagogiques	
	Disponibilité des équipements et produits	Nombre des équipements et produits médicaux	Rapport d'évaluation	

	médicaux	disponibles		Disponibilité de Fonds et engagement du gouvernement
		Nombre d'établissements dotés d'équipements et produits médicaux	Fiches de réception	
	Disponibilité des soins préventifs et curatifs contre le cancer du foie et du col de l'utérus	Nombre de nouveau cas des cancers dépistés	Rapport mensuel	
		Nombre des cas de cancer pris en charge correctement	Rapport mensuel	
		Taux de couverture vaccinale HepB	Rapport mensuel	
Nombre de cancer du col dépisté et traité par la méthode IVA		Rapport mensuel		
Développement des mécanismes de financement innovant de la lutte contre les MNT	Mobilisation des ressources pour la pérennisation des activités	Disponibilité d'un document de plaidoyer pour la lutte contre les MNT	Archivage des documents au Ministère	Système de recueil des informations et d'archivage
	Financement des activités sur la prise en charge et la prévention des MNT	Existence d'une ligne budgétaire	Loi des finances	Engagement du gouvernement
Renforcement du partenariat de toutes les parties prenantes	Développement des mécanismes de coordination en faveur des	Nombre des associations créées et fonctionnelles	Rapport d'activités des ONG MOSC	Coordination concertée des parties prenantes

	MNT			
	Collaboration des acteurs de lutte contre les MNT	Nombre de réunions de coordination tenue avec les partenaires par an	Rapports Annuels du PNL MNT	Adhésion des ONG et du secteur privé
		Nombre des ONGs ayant signées des partenariats avec le Ministère de la Santé	Contrat de convention	disponibilité de textes juridiques
Amélioration du système de surveillance et la recherche sur les MNT	Renforcement de la surveillance sur les MNT	Nombre des structures dotées en moyens de collecte et d'analyse	Inventaire du programme PNL MNT	Disponibilité des fonds et engagement
		Nombre de supervisions tenues sur la surveillance des MNT	Rapports de supervision	
		Disponibilité des données sur la prévalence des MNT	Enquête auprès des ménages	
	Développement de la recherche sur les MNT	Nombre des agents formés en métrologie de la recherche	Rapport de formation	
		Nombre de rencontres scientifiques organisées	Compte Rendu des réunions	

Annexe 2. Plan d'action 2012-2015

Objectif général : D'ici 2015, réduire le taux de morbidité et de mortalité liés aux MNT

Stratégies	Interventions	Activités	Chronogramme			coûts
			2013	2014	2015	
Développement des campagnes de communication et sensibilisation pour le changement de comportement en faveur de la lutte contre les facteurs de risques des MNT	Production et développement de supports de sensibilisation et de communication	Organiser des émissions radiotélévisées	x	x	x	
		Elaborer des affiches et messages	x	x	x	
		Doter les ASC en moyens d'information et de communication		x	x	
		Contractualiser avec les médias		x	x	
	Promotion des activités de prévention de lutte contre les MNT	Former les parties prenantes (journalistes, ASC, leaders communautaires...) sur les facteurs de risques des MNT et sur les techniques de communication	x	x	x	
		Organiser des campagnes de marche pédestre	x	x	x	
		Organiser des journées culinaires	x	x	x	
		Celebrer les journées (Cancer; Diabète; Tabac, Cœur, Drogue, Cécité, etc.	x	x	x	
		Organiser des activités de sensibilisation en collaboration avec les associations villageoises et ONG	x	x	x	
	Dépistage précoce du diabète, des cancers, de la cécité, des caries....	Renforcement des mesures de prévention primaire	Former la population sur l'utilisation des appareils d'auto mesure		x	x
Organiser des campagnes de masse de dépistage des MNT (HTA, Diabète, Poids, le cholestérol, cancers génitaux, cataracte, protéinurie etc.)				x	x	

		Créer des points de dépistage des facteurs de risques dans les structures et les localités (Quartiers et Villages)		x	x	
		Organiser des formations pour les Associations communautaires sur la notion des facteurs de risque		x	x	
	Renforcement des connaissances de la population sur la notion des facteurs de risque des MNT	Organiser des causeries dans les places publiques	x	x	x	
		Organiser des émissions radiotélévisées	x	x	x	
Renforcement des capacités techniques pour la prise en charge des MNT	Renforcement de la gestion du programme de lutte contre les MNT	Créer un programme national des MNT au niveau de la direction de la lutte contre la maladie		x		
		Doter en moyens de fonctionnement le programme national des MNT		x	x	
	Introduction des modules de formation continue et initiale sur les MNT dans les établissements scolaires et universitaires	Intégrer les modules de MNT dans le cursus scolaire et universitaire		x	x	
		Former les agents de santé sur les méthodes et techniques de dépistage des MNT		x	x	
		Organiser des formations du personnel médical sur la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles		x	x	
		Former le personnel de la DPS (Central et Iles) en technique de communication basée sur les MNT		x	x	
		Elaborer et valider les protocoles de prise en charge sur les MNT		x	x	
	Disponibilité des équipements et produits médicaux	Doter les structures sanitaires en équipements pour le dépistage et la prise en charge des MNT (mammographes, ECG, appareils pour cryothérapie, kits dentaires, lampes à fente....)		x	x	

		Doter les structures sanitaires en produits médicaux pour le dépistage et la prise en charge des MNT (bandelettes réactives, réactifs PSA, insuline, antidiabétiques oraux, antiHTA, antalgiques, antibiotiques, antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, hypocholestérolémiant, anticoagulants,....)	x	x	x	
		Doter les structures sanitaires en petits matériels consommables pour le dépistage et la prise en charge des MNT (glucomètres, tensiomètres, stéthoscopes, pèses personne, accutrends, lames, microscopes, spéculums, miroirs dentaires, abaisses langue, toises, mètre rubans, échelles visuelles,....)	x	x	x	
		Intégrer dans la liste des médicaments essentiels les produits/médicaments pour la prise en charge des MNT	x	x	x	
Développement des mécanismes de financement de la lutte contre les MNT	Mobilisation des ressources pour la pérennisation des activités	Elaborer et valider un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources	x			
		Organiser des forums et réunions de plaidoyer avec les partenaires pour la mobilisation des ressources	x	x	x	
	Financement des activités sur la prise en charge et la prévention des MNT	Subventionner les mutuelles de santé pour aider à la prise en charge des MNT		x	x	
		Céer une ligne budgétaire dans le budget de l'Etat pour la prise en charge et la prévention des MNT		x	x	
Renforcement du partenariat de toutes les parties prenantes	Mise en place des mécanismes de coordination des partenaires en faveur des MNT	Appuyer des associations de solidarité pour les échanges et faciliter la leur prise en charge	x	x	x	
		Organiser des séances de coordination régulières pour la lutte contre les MNT	x	x	x	
		Créer un Comité multisectoriel et multidisciplinaire en faveur des MNT	x			

		Produire et diffuser une cartographie des ONG et Associations qui œuvrent dans le domaine des MNT	x	x	x	
	Collaboration des acteurs de lutte contre les MNT	Impliquer les ONG, les partenaires et les opérateurs économiques dans la lutte contre les MNT	x	x	x	
		Etablir le partenariat avec le secteur privé et les ONG	x	x	x	
Renforcement du système de surveillance et la recherche sur les MNT	Amélioration de la surveillance sur les MNT	Doter les structures en charge de la surveillance au niveau central et périphérique en moyen de collecte et d'analyse des données		x	x	
		Former le personnel de santé au niveau central et périphérique sur la surveillance		x	x	
		Mettre en place une base de données sur les MNT		x	x	
		Etablir une cartographie pour identification et suivi de l'évolution des MNT		x	x	
		Organiser des activités de supervision intégrée de la surveillance des MNT	x	x	x	
		Réaliser des enquêtes de prévalence sur l'Hémoglobinopathie et les maladies mentales		x	x	
		Réaliser une évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre les MNT			x	
	Organisation de la recherche sur les MNT	Mener des études de recherche opérationnelle en vue d'améliorer la prise en charge et la prévention des MNT		x	x	
		Former un pool de personnel de santé en méthodologie de la recherche et rédaction médicale		x	x	
		Doter les structures en charge de la recherche au niveau central et périphérique en matériels informatiques et bureautiques		x	x	
Tenir de forums scientifiques annuels sur les MNT		x	x	x		

Noms et Prénom	Fonctions et institutions	Adresse Email
Dr. ABDOULHAKIME.B.S ALLAOUI	Secrétaire Général de la Santé/Min	
Dr. AHAMADA ALY	Directeur Général des Etudes, Planification et Statistique/Min	
Dr. YOUNOUSSA ASSOUMANI	Directeur National de la Santé/DNS	
Mr. CHAIBOU BEDJA	Conseiller à la Santé/Min	
Dr. CHAMSSOUDINE MOHAMED	Directeur de Lutte contre la Maladie/DNS	
Dr. MOHAMED ABOUBACAR	Resp MNT/DRS Anjouan	
Dr .SAINDA MOHAMED	D/OMS	
Mr. HAMID PAPA ABDALLAH	Chargé des facteurs de risque/DLM	
Mr. MOHAMED MOURIDI	Resp RHS/Min	
Dr. SOILIH ABDOU	Pédiatre/CHR Fomboni	
Dr. NADJWA ABBAS	Directrice de la Santé Familiale/DSF	
Mme AMINA SOALIH	Chgée de la Planification/Min	
Mr. HAMIDOU BOUNOU SAID	Directeur de la Planification	
Mr. MOHAMED MSAIDIE	Directeur de l'Information et de Statistique Sanitaire	

Mr. FARID DHOIHARI	Chgé de l'Inspection/Min	
Mme ZAHARA ABDALLAH	Stagiaire/DPER	
Mr. AHMED MOHAMED	DSF	
Mr. HASSANE MZE	Journaliste	
Mr. MOHAMED YOUSOUF	Journaliste	
Mr. MOHAMED SAID HASSANE	Journaliste/La Gazette	
Mr. FAINSSOIL .S	Radio Ocean	

BIBLIOGRAPHIE

Politique Nationale de la santé (Vision, mission, programmes prioritaires

PNDS 2012-2015 (Objectifs, Programmes prioritaires

Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des MNT dans la Région OMS/ AFRO.....46

Déclaration Politique des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des MNT