



ORGANIZATION OF
AFRICAN UNITY
Headquarters
P.O. Box 3030

المنظمة الإفريقية
للوحدة
مقرها
ب.م. 3030

ORGANISATION DE L'UNITE
AFRICAINNE
Siège
B. M. 3030

المنظمة الإفريقية للوحدة

CONSEIL DES MINISTRES
VINGT SEPTIEME SESSION ORDINAIRE
PORT LOUIS, ILE MAURICE
24 - 29 JUIN 1976

CM/763 (XXVII)

RAPPORT DU SECRETAIRE GENERAL SUR UN PROJET
D'ETABLISSEMENT D'UN SERVICE D'HYGIENE SCOLAIRE AUX COMORES



CM 0763

MICROFICHE

RAPPORT SUR UN PROJET DE CREATION D'UN SERVICE D'HYGIENE SCOLAIRE
AUX COMORES

- I - APERÇU GEOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE
- Situation Géographique
 - Aperçu Historique
- II - LA RUPTURE AVEC LA FRANCE ET SES CONSEQUENCES
- Dans le domaine économique
 - Dans le domaine sociale
- III - LA SITUATION SANITAIRE
- IV - L'ORGANISATION SANITAIRE ACTUELLE
- V - PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE
- VI - PROJET DE CREATION D'UN SERVICE D'HYGIENE SCOLAIRE
- Historique
 - Intérêts du Projet
 - Projet à court terme
 - Projet à long terme
- VII - CONCLUSION
- VIII - DOCUMENTS ANNEXES
- Organigramme du Ministère de la Santé Publique
 - Budget de la Santé Publique
 - Répartition des Etablissements d'Enseignement par Régions Administratives
 - Répartition des Formations Sanitaires par Régions Administratives
 - Carte Administrative des Comores

I - APERCU GEOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE

(Extrait du Préambule à une Demande de Subvention présentée par le Ministère de la Santé Publique du Gouvernement Comorien au SUCOM)

SITUATION GEOGRAPHIQUE

L'Archipel des Comores, situé au Nord du Canal de Mozambique, se compose de quatre Iles.

Trois cents kilomètres séparent Mayotte, au Sud-Est, du point le plus rapproché de la Côte Malgache. La Grande Comore se trouve à une distance sensiblement égale de l'Afrique, au Nord-Est.

Situé entre les 11° et 13° de latitude Sud et les 43° et 46° de longitude Est, l'Archipel contrôle l'entrée du Canal de Mozambique. Placé sur la Route du Pétrole, l'Archipel est sans cesse longé par des super-tankers.

La population se répartit comme suit:

GRANDE COMORE	: 1.147 km ²	140.000 habitants
MOHELI	: 290 "	11.000 "
ANJOUAN	: 424 "	115.000 "
MAYOTTE	: <u>374 "</u>	<u>35.000 "</u>
	<u>2.235 km²</u>	<u>301.000 habitants</u>

Deux Iles présentent un caractère volcanique très accusé: la Grande Comore et Mayotte.

A la Grande Comore, le volcan Karthala dont la cheminée Nord-Est, toujours en activité, s'élève à 2.400 mètres. Ses flancs sont recouverts d'une forêt tropicale dense de près de 1.000 hectares coupée de plusieurs coulées de lave.

L'Ile d'Anjouan, presque entièrement recouverte de végétation, culmine à 1.600 mètres d'altitude.

Par contre, l'Ile de Mayotte, culot volcanique très ancien considérablement ébréché et ceint d'un récif madréporique, et l'Ile de Mohéli, offrent un paysage moins tourmenté.

Du point de vue climatique, les quatre Iles sont soumises au régime des moussons avec, de décembre à mars, une saison de pluie caractérisée par de plus fortes chaleurs (32°) et de violentes précipitations,

Par sa situation géographique au 12° de latitude Sud, l'Archipel des Comores est exposé aux cyclones tropicaux, relativement rares mais extrêmement violents et dévastateurs parfois.

La saison sèche, qui correspond à l'hiver austral, est coupée par une petite période pluvieuse en Juillet.

APERÇU HISTORIQUE

A - Avant la colonisation

1) Peuplement

Avant le Moyen-Âge, l'Archipel reçut la visite de navigateurs arabes musulmans. Descendus de la Mer Rouge, ils sillonnaient le Canal de Mozambique, visitant régulièrement les Comores. L'absence presque totale de documents archéologiques, empêche de déterminer de façon précise la manière dont s'est fait le peuplement.

Les traditions orales qui circulent dans les Iles affirment que les premiers habitants venaient de la Côte Africaine. Cependant, dans le site de SIMA, dans l'île d'Anjouan, des tessons de poterie récemment mis à jour et analysés au C14, semblent indiquer que les Comores étaient habitées au VI^e siècle par un peuplement Mélanéo-Polynésien.

Quant à la date à laquelle les Arabes débarquèrent aux Comores, les différentes sources s'accordent pour considérer que les Chiraziens s'installèrent d'une façon définitive aux Comores au XVI^e siècle. Toutefois, on ne rejette pas l'idée que les Arabes aient visité l'Archipel antérieurement, mais ces séjours étaient courts et sans influence réelle sur la population.

2) Civilisation

Au début du XVI^e siècle, les Chiraziens entreprirent la conversion de la population de l'Archipel à l'Islam, conversion qui réussit d'autant mieux que la présence de petites colonies de commerçants arabes sur les côtes comoriennes avait familiarisé les Comoriens avec la religion de Mahomet. Un manuscrit inédit affirme qu'au VII^e siècle déjà, deux Comoriens Fey Bedja Mambwe et Mintsoi Mwindja, ayant appris l'existence du Prophète, s'étaient mis à sa recherche, étaient parvenus jusqu'à Djeddah mais pour apprendre la mort de l'envoyé d'Allah.

Trois noms symbolisent cette présence arabe aux Comores: Mohamed Ben Issa, Hassan et Outhman. Ils introduisirent aux Comores la civilisation coranique et tentèrent d'imposer, avec plus ou moins de bonheur, leur autorité sur chaque île et d'y perpétuer leur dynastie.

3) Organisation politique, administrative et sociale

A l'arrivée des Chiraziens, les structures sociales et politiques sont complètement modifiées. A l'ancienne chefferie (Mafé) ou (Mabéja) se substitue une organisation en sultanats. Neuf sultanats sont ainsi constitués en Grande Comore, deux en Anjouan. Mohéli est l'enjeu de luttes continuelles entre Anjouan et la Grande Comore. Elle a été le plus souvent sous l'influence du Sultan de Mutsamudu d'Anjouan. Mayotte connut à peu près un destin analogue. Les mariages entre sultans anjouanais et princesses de Mayotte contribuèrent souvent à l'unification des deux îles en un royaume unique.

Après l'arrivée des Chiraziens on trouve donc aux Comores une société très islamisée, à caractère aristocratique. Au sommet de la pyramide sociale: la noblesse formée par les descendants des anciens Mabéja et des Arabes Chiraziens. Au-dessous de cette caste se trouvent les hommes libres (wa Oungoina) qui sont la plupart du temps des commerçants. A la base de la pyramide se trouvent les esclaves, classe la plus importante numériquement.

B - A partir du XIXe Siècle

C'est l'époque de la colonisation française, qui a bouleversé profondément l'Histoire des Comores.

Dans un premier temps, les colonisateurs français ont utilisé à leur profit les aléas des structures socio-politiques traditionnelles. Jouant habilement sur les rivalités des sultans batailleurs, ils finirent par les déposséder de toutes leurs prérogatives royales, en échange de la protection de la France. En 1886, tout l'Archipel des Comores est devenu en fait une colonie française.

La nouvelle autorité française va s'appliquer dès lors à asseoir son pouvoir par la mise en place d'une nouvelle organisation administrative et politique dont l'objectif à court terme est de venir à bout des velléités de pouvoir prônées par les sultans et chefs traditionnels.

1) Le Protectorat

Le 25 Avril 1841, le sultan sakalava Andriantsouly qui avait envahi Mayotte vend cette île à la France par une rente annuelle de 1.000 piastres. La France obtient ainsi une base navale lui permettant de lutter contre les pirates et contre les Anglais.

En 1869 et 1871: la marine française bombarde Fomboni, à Mohéli, sous le prétexte de faire appliquer le traité de 1865 imposé à la jeune reine de Mohéli et qui réservait à un aventurier français, Joseph Lambert, la jouissance de la majeure partie des terres cultivables de l'île.

En 1886, le Protectorat français est proclamé sur les îles de la Grande Comore, d'Anjouan et de Mohéli.

Conformément aux clauses de ce statut de protectorat, les sultans ne peuvent traiter avec d'autres puissances étrangères que la France sans avoir obtenu d'elle un accord préalable. Un résident français établit dans chaque île le budget de l'île qui doit par ailleurs obtenir l'approbation du Gouverneur français de Mayotte. Néanmoins, en Droit International, la souveraineté des sultans en matière de Gouvernement local subsiste, malgré toutes ces atteintes.

2) Le Rattachement à Madagascar et l'Annexion

Pour des raisons économiques, en 1908 et en 1912, les quatre îles furent, d'abord placées sous le protectorat du Gouvernement Général de Madagascar, puis proclamées colonies françaises.

A partir de 1914, administrativement, les Comores et Madagascar ne formaient plus qu'une seule colonie. Du rattachement administratif à la Grande Ile, on est donc passé, en moins de 4 ans, à l'annexion complète des sultanats. Et cette annexion s'est faite dans la façon la plus totale, en ne laissant subsister aucune forme d'Administration locale autonome, qu'elle soit française ou comorienne.

3) Le Détachement de Madagascar et l'Autonomie administrative

Dès 1925, des aménagements administratifs rétablissent le Poste Administratif à Dzaoudzi et un Conseil Consultatif mixte est constitué. Les juridictions comoriennes passent cependant sous le contrôle de l'Administration française de Madagascar.

Le détachement de la Grande Ile n'est effectif qu'en 1946, lorsque les Comores deviennent une entité autonome sur les plans administratif et financier. Le rattachement à Madagascar a duré du début de la 1ère guerre mondiale à la fin de la 2ème.

En plus du poste d'Administrateur Supérieur, on établit un Conseil Général (assemblée élue).

La loi cadre de 1956 amorce une nouvelle phase en transformant le Conseil Général en Assemblée Territoriale et en créant un Conseil de Gouvernement disposant tous deux de pouvoir réglementaire non négligeable.

4) L'Autonomie restreinte

La loi de Décembre 1961, votée au moment où Madagascar et Zanzibar accèdent à l'indépendance, sanctionne un nouveau statut réclamé par Saïd Mohamed Cheik. Ce statut a un caractère évolutif.

L'Assemblée Territoriale devient Chambre des Députés. Le Conseil du Gouvernement jusqu'alors présidé par le Représentant de la France, reçoit un Président Comorien. Dans le même temps, on organise des collectivités secondaires en calquant aux Comores le système centralisateur des départements français.

5) L'Autonomie élargie

Six (6) ans après son adoption, le statut des Comores est remanié par la loi du 3 Janvier 1968 qui modifie et complète l'autonomie interne.

Les pouvoirs de la Chambre des Députés sont renforcés, mais ceux du Haut Commissariat de France également confirmés. L'Autonomie apparaît ainsi comme le préliminaire à l'indépendance.

6) Le Choix de l'Indépendance

Progressivement, tous les partis comoriens se prononcent pour l'indépendance et, le 22 Décembre 1972, la Chambre des Députés donne mandat au Gouvernement Comorien pour négocier cette accession. Les négociateurs franco-comoriens prévoient celle-ci dans un délai minimum de 5 ans et organisent les modalités de la période transitoire. Le point No.4 de cet accord confirme l'unité politique de l'Archipel.

Le 22 Décembre 1974, à la suite d'un référendum organisé par la France, la population des Comores se prononce massivement pour l'Indépendance par 94,56% de OUI contre 5,44% de NON, avec une participation au vote de 93%.

7) La crise dans les relations avec la France

C'est à la suite d'une consultation organisée par la France et après une évolution naturelle acceptée par elle, que les Comores se sont déterminées, sans ambiguïté, pour l'accession à l'indépendance.

Pourtant, le 3 Juillet 1975, le Parlement français adopte une loi qui, au lieu de ratifier purement et simplement le voeu des Comoriens, soumet encore l'indépendance à une série de conditions relatives à la Constitution comorienne et à la signature de certains accords. Ceci implique de nouveaux délais et constitue une ingérence dans les affaires intérieures des Comores.

De plus le vote de cette loi montre que certaines forces politiques françaises, réactionnaires et chauvins, sont en mesure de provoquer la rupture de l'unité de l'Archipel, en encourageant la sécession de Mayotte. La France qui avait consacré l'unité de l'Archipel, au moins depuis 1972, s'apprête donc 3 ans plus tard, à briser cette unité au moment de l'indépendance. Dans quel intérêt? ou plutôt pour l'intérêt de qui?

Le 6 Juillet 1975, réunie en séance extraordinaire, la Chambre de Députés vote la Déclaration unilatérale de l'indépendance, à l'unanimité des membres présents.

Le 3 Août 1975, un Coup d'Etat organisé par le Front National Uni, groupant les partis progressistes de l'Opposition, renverse le Régime d'Ahmed Abdallah. Ce Coup d'Etat avait des mobiles divers :

- rétablir la démocratie en imposant une politique d'Union nationale
- préserver l'unité de l'Archipel menacée par l'attitude répressive et cassante du Gouvernement Ahmed Abdallah envers Mayotte

Le 27 Septembre 1975, l'Archipel dépose sa demande d'admission aux Nations Unies.

L'Organisation de l'Unité Africaine reconnaît les Comores comme membre à part entière.

La France décide unilatéralement d'organiser une consultation à Mayotte et demande la procédure d'urgence pour ce vote.

Le 12 Novembre 1975, l'ONU admet l'Archipel en son sein, dans son intégrité territoriale.

Le 28 Novembre 1975, le représentant de la France annonce dans un communiqué à la Radio comorienne le rapatriement de tous les fonctionnaires français. En même temps, toujours unilatéralement, le Gouvernement français coupe son assistance technique et financière. Aucune vexation ni retorsion n'eurent lieu contre les ressortissants français.

Le 2 Janvier 1976, M. Ali Soilh est élu Chef de l'Etat avec comme Vice-Président M. Mohamed Hassanaly. M. Abdellahi Mohamed fut désigné Premier Ministre. Il forme son Gouvernement le 9 Janvier 1976.

II - LA RUPTURE AVEC LA FRANCE ET SES CONSEQUENCES

1) Dans le domaine économique

Les conséquences de la colonisation ont été très graves. En effet toute l'économie de l'Archipel a été orientée vers les cultures d'exportation. Celles-ci représentent aujourd'hui la quasi-totalité, en valeur monétaire, des exportations comoriennes. Les meilleures terres ont été accaparées pour ces cultures. Pour subsister, les paysans ont été forcés de défricher la forêt sur les flancs des montagnes. Ces défrichements ont entraîné une énorme érosion par les pluies qui charrient l'humus vers la mer. De plus, menées de façon archaïque, ces cultures vivrières ont un rendement très faible malgré un coût très élevé. Les prix des denrées alimentaires sont devenus très élevés et les Comoriens doivent importer du riz pour un montant annuel équivalent au total de la valeur des exportations.

Cette économie de traite n'a pas nui seulement à l'agriculture. Elle a ruiné indirectement l'artisanat et empêché la création de toute industrie de transformation. En effet, les grandes firmes exportatrices d'essences à parfum se sont installées aussi comme importateurs et l'importation massive et à faible prix de produits manufacturés a fini par ruiner l'artisanat local, non compétitif. Ainsi, alors que l'Archipel comptait 14 sucreries au 19e siècle, la dernière a fermé ses portes en 1905. Pourtant, la canne à sucre pousse très facilement partout. Il en est de même pour les savonneries, les corderies, les fours à carbonisation lente, les ateliers de traitement du sisal. Il ne reste plus qu'un seul forgeron dans tout l'Archipel.

Démuni de ressources minières, l'Archipel a vu disparaître toutes ses petites industries de transformation. Au moment de l'indépendance, le pays se trouve ainsi sans secteur secondaire, avec une agriculture vivrière archaïque dégradant le sol, des cultures d'exportation non compétitives dans une conjoncture économique très difficile.

Le taux de couverture de la balance commerciale du pays n'est plus assuré qu'à 50%.

2) Dans le domaine sociale

Le chômage est tel qu'on ne peut plus le mesurer. Avant l'indépendance, il y avait au maximum 14.000 salariés, soit 10% de la population active.

Le taux d'accroissement de la population rend impossible toute politique de développement. En effet, si le taux de natalité est resté inchangé, le taux de mortalité a été réduit, quoiqu'encore élevé dans le milieu infantile. Toujours est-il que la population qui était au maximum 80.000 habitants au début de la colonisation a dépassé les 300.000 et ceci malgré les émigrations vers Madagascar, la Côte Africaine et la France.

Autre conséquence néfaste de la colonisation. Au contact des colons et des assistants techniques, les Comoriens ont acquis des habitudes de consommation et des besoins nouveaux qui ne peuvent être satisfaits que par des importations (automobiles, constructions en ciment, habillements, divertissements, alimentation, mode d'enseignement, soins médicaux etc...).

La rupture brutale de l'assistance technique et financière de la France vient aggraver la situation précédente et poser de nouveaux problèmes au Gouvernement.

Par exemple, le nombre des salariés qui n'était que de 10% de la population active va tomber aux environs de 6%. Il ne reste plus qu'un médecin pour 35.000 habitants alors que la moyenne en Afrique est de 1/18.000.

L'étude du Budget National montre l'aspect dramatique de cette rupture brutale. Alors que les charges de l'Etat s'élèvent à 7 milliards, les recettes n'excéderont pas 1 milliard. En effet, sous le régime de l'Autonomie interne, une partie seulement des dépenses était imputée au Budget local. Par ailleurs, la France gérait entièrement certains services que l'Etat Comorien doit prendre aujourd'hui en charge:

- l'Aviation Civile
- le Service des Grandes Endémies
- le Trésor
- la Justice
- la Radio-Diffusion
- le Réseau Général Radioélectrique (Télé-Com)
- l'Enseignement Secondaire
- la Gendarmerie

D'autre part, les importations de riz, aliment de base d'une bonne partie de la population, étaient subventionnées par la France.

L'ampleur du déséquilibre budgétaire est énorme. Même en éliminant les gaspillages et les dépenses non prioritaires, le déficit serait encore insupportable par le seul Budget Comorien.

La situation est catastrophique au niveau des dépenses de fonctionnement pour les investissements financés entièrement par la France et le F.E.D.

D'autre part, aucun déblocage de crédit d'investissement n'a eu lieu depuis le 6 Juillet 1975. Ainsi, les crédits suivants n'ont pu être débloqués:

- Aides financières ...	265 Mo CFA
- Section FAC du FIDES	45 "
- Santé de Base ...	30 "
- Hôpitaux ...	<u>18</u> "
	358 "

A cela, il faut ajouter les conventions qui n'étaient pas encore approuvées ou établies et qui n'ont pu être menées à terme:

	137 Mo CFA
	<u>332</u> "
	469 Mo CFA
Total Général ...	<u>827 Mo CFA</u> =====

L'arrêt de ces investissements est non seulement néfaste pour le développement économique du pays, mais entraîne un gaspillage très sérieux. Par exemple, un certain nombre de routes en voie d'achèvement vont être emportées par les pluies faute de recevoir à temps un revêtement asphalté.

La situation des infrastructures est très inquiétante: l'Aéroport International d'Hahaya qui vient d'être terminé présente déjà des signes inquiétants. Le centre de la piste s'affaisse et le revêtement est beaucoup trop fragile.

Si chaque île dispose d'un petit aéroport accessible au DC4, l'Archipel ne possède aucun port véritable et le déchargement des marchandises est une entreprise difficile. Le trafic entre les îles se fait encore, essentiellement, par des boutres à voiles.

L'adduction d'eau qui est sur le point d'achèvement en Grande Comore ne pourra être mise en service à cause de la vétusté de la Centrale électrique, à l'extrême limite de sa capacité. La situation est la même dans les autres îles. Il faut donc continuer à construire des puits et à entretenir des citernes pour conserver l'eau de pluie.

III - LA SITUATION SANITAIRE

La situation démographique est caractérisée par un taux de natalité assez élevé, autour de 45/1000 et un taux de mortalité globale de 26/1000. La mortalité infantile (0 à 11 mois oscille autour de 220/1000 et la mortalité préscolaire (12 mois à 4 ans) autour de 200/1000.

Les principales maladies, cause de cette mortalité et cette morbidité importantes surchargeant les formations sanitaires sont essentiellement: le paludisme, les entérocolites, les affections bronchopulmonaires aiguës, les parasitoses intestinales, les anémies, les maladies infectieuses de l'enfance dont la plus grave est la rougeole, la filariose à Bancroft, la lèpre, la blennorrhagie, la tuberculose.

Toutes ces affections, aggravées par une malnutrition chronique, ne sont pas l'apanage exclusif des enfants, mais sévissent aussi chez les adultes. La population active supporte un lourd tribut avec une diminution de la capacité de travail, donc de la capacité de production, ce qui entraîne un frein au développement économique du pays.

Pour résoudre ces problèmes, les Comores recevaient jusqu'à la fin de l'année 1975, une aide financière et en personnel technique de la France. Par exemple, les Services de Santé de base et de la lutte contre les Grandes Endémies recevaient du Budget français une subvention de 113 millions de CFA et une assistance technique composée de 27 techniciens (médecins, infirmiers, etc.). En 1975, le Budget du Ministère de la Santé pouvait être chiffré à 400 millions de CFA dont 80% financés par une subvention française. Or, actuellement, les seules ressources sûres sont celles de l'autofinancement, ce qui représente pour la Santé Publique, pour l'année 1976, une enveloppe financière de 84 millions de CFA seulement.

Enfin, il convient de faire remarquer que, comme dans beaucoup d'autres secteurs, la politique sanitaire de la France aux Comores ne cadrerait pas avec les réalités du pays. Son degré d'efficacité sur l'état de santé des Comoriens est estimé très faible par les responsables comoriens.

IV - L'ORGANISATION SANITAIRE ACTUELLE

Après une réorganisation des Services de Santé Publique, le Ministère de la Santé comprend actuellement deux Directions: une Direction des Hôpitaux qui s'occupe de la médecine individuelle et une Direction des Services de Santé de Base et de Lutte contre les Grandes Endémies qui s'occupe de la médecine de masse; une médecine intégrée à l'échelon intermédiaire et périphérique, au niveau de chaque Région administrative.

1) La Direction des Hôpitaux

Capacité totale d'hospitalisation: 550 lits répartis actuellement dans trois hôpitaux. Ces 550 lits sont servis par un personnel médical et paramédical composé de:

- 6 médecins
- 2 infirmiers diplômés d'Etat
- 2 sage-femmes diplômées d'Etat
- 2 techniciens de Radiologie
- 1 technicien anesthésiste
- 4 sage-femmes auxiliaires
- 1 technicien labo niveau B
- 1 technicien labo niveau C
- Plusieurs infirmiers auxiliaires de très bas niveau.

Enfin un nombre pléthorique de main d'oeuvre sans aucune qualification et dont le degré d'efficacité est presque nul.

2) La Direction des SSBCE

Elle comprend:

a) au niveau central:

- la Section de Lutte contre les vecteurs
- la Section d'Assainissement et d'Hygiène
- la Section de Laboratoire
- la Section de Lutte contre les Maladies transmissibles
- la Section des Statistiques
- la Section de la P.M.I., de la médecine scolaire, de la médecine du travail

b) au niveau régional et périphérique:

Des formations sanitaires intermédiaires et périphériques.

A l'heure actuelle, il existe 3 Principales Formations Sanitaires intermédiaires ou Centres Primaires d'appui technique, réparties dans trois sous-préfectures et 41 formations sanitaires périphériques ou postes médicaux ruraux. Chaque poste médical est servi par un assistant infirmier qui, dans la plupart des cas n'a pas reçu de formation suffisante. Les bâtiments de ces formations sont en outre dans un état lamentable. De plus, elles sont démunies de médicaments. Leur impact sur l'état de santé des Comoriens est jugé nul ou presque nul.

Les formations sanitaires intermédiaires ou Centres Primaires d'appui technique dont l'équipement est de niveau assez bas ont une capacité de 12 lits.

Le Personnel du SSBCE se compose en tout, aux niveaux central et périphérique de :

- 3 médecins
- 0 infirmier diplômé d'Etat
- 0 sage-femme diplômée d'Etat
- 18 infirmiers auxiliaires
- 3 sage-femmes auxiliaires
- 1 laborantin niveau C
- 7 microscopistes
- 0 technicien radiologiste
- 23 agents itinérants à compétence simple
- 6 agents contrôleurs de niveau plus élevé

L'inefficacité des services sanitaires aux niveaux intermédiaire et périphérique est la cause de la surcharge actuelle des services hospitaliers.

V - PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

Dans le but de remédier à cette situation sanitaire catastrophique, le Gouvernement Comorien envisage l'implantation de plusieurs services sanitaires de médecine intégrée au niveau de chaque Région Administrative, afin de mieux servir la population en prestations médico-sanitaires. C'est ainsi que le Gouvernement a prévu la mise en place de 12 Centres Secondaires d'appui technique dont trois sont déjà bâtis mais non équipés entièrement et 9 en projet. Chaque centre devrait être capable d'assurer des services de médecine curative et préventive à une population de 15.000 habitants environ, avec une capacité moyenne d'hospitalisation de 30 lits. Ce projet permettrait de résoudre sur place la plupart des problèmes de médecine, de petite chirurgie, de pédiatrie et d'obstétrique.

Les besoins en personnel de chacun de ces Centres sont évalués comme suit:

- 1 médecin
- 1 sage-femme
- 4 infirmier(ères)
- 1 gestionnaire
- 1 laborantin
- 2 secrétaires
- 18 personnes subalternes pour assurer les services généraux

Les services de Santé Publique fonctionneraient alors dans le cadre de l'Organigramme de l'Annexe I.

Pour mettre en oeuvre ce plan, le Gouvernement Comorien compte sur une subvention du SUCOM (Service Universitaire Canadien Outre-Mer) à qui une demande a été soumise et qui se répartit comme suit:

- Construction	...	378.000.000 CFA
- Equipement	...	189.000.000 "
- Amélioration	...	48.000.000 "
- Fonctionnement	...	<u>268.000.000</u> "
Total	...	<u>883.000.000 CFA</u>

Le coût du fonctionnement d'un Centre technique type a été calculé annuellement de la façon suivante:

- Personnel	...	45%
- Médicaments	...	30%
- Gestion et autres	...	25%

La formation du personnel sera assurée par le Gouvernement Comorien, avec l'aide de l'OMS/UNICEF. Un plan de formation du personnel prévoit que dans 5 ans toutes les formations sanitaires du pays seraient desservies par un personnel Comorien.

Remarque: Il s'agit là d'un Projet très ambitieux. En effet, d'une enveloppe financière de 80.000.000 CFA actuellement (Budget 1976), le Budget de la Santé Publique recevrait un appoint de 883.000.000 CFA.

D'autre part ce Projet prévoit un Budget de fonctionnement de 268.800.000 CFA annuel qui serait supporté entièrement par une aide étrangère, du moins dans un premier temps et jusqu'à ce que l'économie Comorienne puisse en assurer la relève.

Enfin, malgré la mention faite à l'institution d'une médecine intégrée, à l'échelon sanitaire intermédiaire et à l'échelon périphérique, il semble que l'effort ait surtout porté sur l'amélioration des services de médecine curative. Le tableau chiffré des besoins des services de Santé Publique donné à l'Annexe 2 est à ce point assez explicite.

VI - PROJET DE CREATION D'UN SERVICE D'HYGIENE SCOLAIRE AUX COMORES

1) Historique

L'idée d'un tel projet a vu le jour lors de la réunion de la Commission Scientifique Consultative de l'Education, de la Science, de la Culture et de la Santé de l'OUA qui s'est tenue à l'île Maurice en Décembre 1973.

Ce projet a été l'objet de la Résolution CM/Rés.376 relative à la création d'un projet pilote de service d'hygiène scolaire dans un Etat membre de l'OUA.

Mis au courant des difficultés inouïes auxquelles a dû faire face le Gouvernement Comorien pour assurer ses services publics, à la suite du départ en masse de tous les assistants techniques français, le Secrétariat Général de l'OUA a suggéré au Gouvernement Comorien de choisir les Comores pour la mise en oeuvre de ce projet.

Après accord du Gouvernement Comorien, un expert du Secrétariat Général de l'OUA a été envoyé en mission à Moroni afin d'étudier sur place avec les responsables Comoriens les conditions de la mise en oeuvre du projet.

2) Intérêts de ce projet

Rappelons qu'un service digne de ce nom n'a jamais existé aux Comores.

Dans son plan de réorganisation de ses services de Santé Publique que nous avons décrit plus haut, le Ministère de la Santé Publique prévoit un embryon d'un tel service au sein de la Direction des SSBCE, dans la Section Médecine préventive, P.M.I., Médecine scolaire, Médecine du Travail (voir Annexe 1). Mais d'après les responsables de la Santé Publique, l'essentiel des activités de cette Section serait des activités de P.M.I.

Soulignons en effet que la priorité No.1 pour le Ministère de la Santé Publique est la lutte contre la mortalité infantile que l'on trouve élevée (400/1000) pour le groupe d'âge 0-4 ans, et que l'on voudrait abaisser à 200/1000, niveau constaté dans la plupart des pays africains.

A partir de 5 ans, la surveillance de la Santé des enfants Comoriens sera donc la responsabilité des services généraux de la Santé Publique au même titre que la Santé du reste de la population.

De graves dangers planent donc sur la santé des élèves Comoriens, disons plutôt sur la santé des enfants d'âge scolaire et partant sur la santé des futurs travailleurs, pilier du Développement économique National.

En effet: on doit s'attendre bientôt à une montée en flèche du nombre des enfants d'âge scolaire (scolarisés ou non).

La santé de ces enfants sera plus vulnérable qu'actuellement. Il ne faut pas oublier en effet que la forte mortalité relative observée actuellement dans le groupe d'âge 0 - 4 ans a contribué à l'acquisition d'un degré d'immunité naturelle élevé dans le groupe d'âge scolaire (5 à 15 ans). D'autre part, l'importance donnée à la médecine de soins par rapport à la médecine préventive (immunisation par exemple), dans la lutte contre la mortalité infantile, laissera dans le futur plus de chance aux enfants débiles et tarés d'accéder à la tranche d'âge supérieure.

Dans ces perspectives, il est évident qu'il est urgent d'instaurer dans le pays un service d'hygiène scolaire, afin de mieux préserver la santé de ceux qui formeront plus tard l'élite dirigeant de ce pays et les travailleurs du Développement National. L'indépendance économique du pays ne peut être gagnée sans cet effort.

3) Projet à court terme

Dans le contexte socio-économique et politique qui prévaut actuellement aux Comores, il convient de se montrer circonspect.

La situation catastrophique de l'économie du pays (Nous avons souligné que le Budget de la Santé Publique n'est assuré cette année que par une enveloppe financière de 80.000.000 CFA sur un chiffre de 4000.000.000 CFA l'année dernière) oblige à envisager un projet à court terme ne devant être supporté, en aucune manière, par le Budget National.

Objectif du Projet: Amélioration de l'Etat de Santé des enfants d'âge scolaire.

Les actions à entreprendre (dans le milieu scolaire et dans les collectivités rurales) seront l'objet d'un plan d'actions détaillé et programmé à définir conformément aux options gouvernementales.

Les grands titres de ce plan seront:

- Lutte contre les vecteurs, essentiellement par l'assainissement
- Immunisation de masse à condition de disposer de vaccins
- Lutte contre le péril fécal, par la généralisation des latrines, la protection des points d'eau, l'hygiène individuelle et communautaire
- Education sanitaire
- Création de cantines scolaires à alimenter par des jardins scolaires, de petits élevages de basse-cour, dans les domaines scolaires ou appartenant aux collectivités rurales

Les moyens: Le principe est de ne compter que sur ses propres forces.

Seul le Chef du Service d'Hygiène Scolaire sera l'objet d'une demande d'aide auprès de l'OUA qui a su sensibiliser le Gouvernement Comorien sur l'importance de créer un service d'hygiène scolaire pour le développement économique du pays. Les dépenses de fonctionnement de cet expert seront entièrement supportées par l'organisme assistant.

Le Chef du Service d'Hygiène Scolaire aura pour tâches de superviser les activités énumérées plus haut, de former ou de recycler le personnel mis à sa disposition par le Gouvernement, de préparer sa relève en initiant un homologue Comorien. Il aura une formation en Santé Publique, polyvalente autant que possible, sera capable entre autres d'assurer ou de superviser un service d'hygiène du travail qui est la suite logique de l'hygiène scolaire. Il devra en outre collaborer avec l'équipe dirigeant du Ministère de la Santé Publique dans la recherche d'un développement intégré des activités des services de Santé Publique.

A l'échelon intermédiaire et périphérique, le Service d'Hygiène Scolaire sera organisé dans le cadre de l'Organigramme du Ministère de la Santé Publique. Le Chef du Service d'Hygiène Scolaire cherchera avec les responsables des P.F.S., la meilleure façon d'intégrer son personnel (à choisir de préférence parmi le personnel existant sur place et à recycler avec le concours du Centre de formation professionnelle paramédicale) dans l'équipe sanitaire de ces formations.

Le personnel enseignant sera associé à certaines activités d'Hygiène scolaire (éducation sanitaire, surveillance de l'état sanitaire de l'enceinte scolaire, gérance des cantines scolaires, des jardins et élevages scolaires) et même, après un petit recyclage, à certains dépistages tels que des affections oculaires (acuité visuelle), des maladies de la peau et du cuir chevelu, des malnutritions, des toux suspectes, des caries dentaires etc..

Les collectivités rurales seront associées activement à des séances d'éducation sanitaire, à l'approvisionnement et à la préparation des cantines scolaires, à des travaux d'assainissement etc..

Les groupes d'animation rurale prêteront leurs concours dans les séances d'éducation sanitaire, éventuellement avec les moyens audio-visuels dont ils disposent.

L'aide des organisations philanthropiques internationales sera sollicitée, mais en ayant à l'esprit que l'on comptera avant tout sur les forces vives de la nation.

4) Projet à long terme

Elle ne peut être défini qu'après une étude approfondie des structures économiques du pays et en fonction de l'évolution socio-politique de l'Entité Comorienne. Le court séjour imparti à l'Expert de l'OUA ne lui permet pas d'esquisser, même sommairement, un projet à long terme de service d'hygiène scolaire aux Comores. Cette mission pourra aussi être dévolue à l'Expert qui sera choisi pour mettre en oeuvre le projet à court terme ci-dessus décrit.

VII - CONCLUSION

Le présent rapport, préparé conjointement par les responsables Comoriens et l'Expert de l'OUA, se veut aussi objectif et réaliste que possible.

Il comporte un projet à court terme de service d'hygiène scolaire aux Comores, projet qui peut se greffer à tout moment sur un plan de développement des services de Santé Publique préparé par le Gouvernement, et quel que soit le degré de réalisation d'un tel plan.

Le Gouvernement Comorien espère que ce projet rencontre auprès des instances de l'Organisation de l'Unité Africaine l'attention qu'il mérite et qu'une suite favorable lui sera réservée dans les meilleurs délais.

Fait à MORONI le JUIN 1976

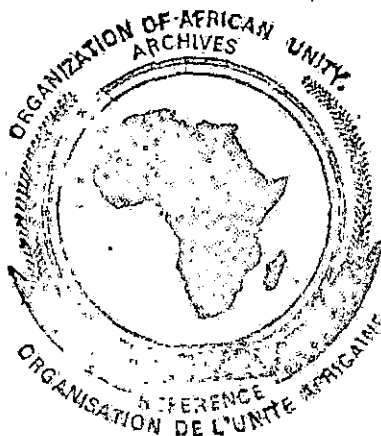
L'expert de l'OUA

Le Représentant du Gouvernement Comorien

Dr. J.A. RAKOTOARIVELC

ELHAD

Secrétaire Général du Ministère des
Affaires Etrangères



AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository

<http://archives.au.int>

Organs

Council of Ministers & Executive Council Collection

1976-06

Report of the Secretary-General on the Project to Establish School Health Service in the Comoros

Organization of African Unity

Organization of African Unity

<https://archives.au.int/handle/123456789/9549>

Downloaded from African Union Common Repository