

CYCLE DE SUIVI DE L'IHP+ 2016

RAPPORT DES COMORES

PAYS	Union des Comores
NOM DU CONSULTANT	Dr MOURCHIDI Mohamed
DATE DE SOUMISSION	Juillet 2016

1 Processus du cycle de suivi de l'IHP+ 2016

Pour la cinquième fois depuis sa création en 2007, l'IHP+ organise un cycle de suivi de l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé.

L'Union des Comores a signé le pacte de l'IHP+ le 18 mai 2015 rejoignant ainsi le groupe aujourd'hui constitué de 65 partenaires pays et agences. Elle participe pour la première fois à ce processus d'évaluation.

Le processus a démarré dès la fin du mois de mars 2016 par des prises de contact entre le consultant national et différentes autorités des ministères de la Santé, des Finances et de la représentation de l'OMS.

Le processus a été fortement marqué par le contexte de tension électorale qui a d'une part, mobilisé la grande majorité des acteurs concernés par le suivi et d'autre part, raréfié les moyens de financement des activités planifiées. Il a fallu également recourir à beaucoup de compromis pour parvenir, dans ce contexte, à respecter le calendrier établi.

Tenant compte du contexte sus-indiqué, ont participé au processus, les différentes parties prenantes dont le gouvernement, les partenaires au développement (PD), les organisations de la société civile (OSC) et le secteur privé (SP). Vingt-trois (23) partenaires ont été identifiés comme soutenant la santé aux Comores durant l'année 2014 (*annexe 1*); il s'agit pour la plus grande majorité de ces partenaires, essentiellement bilatéraux, d'un soutien apporté de manière très ponctuelle. Le nombre de partenaires techniques et financiers (PTF) permanents dans le pays est en réalité très faible. Tous ont été invités à participer au 5^e cycle de suivi qui reste volontaire; cinq participations ont été enregistrées (AFD, OMS, UNICEF, UNFPA et FM). Pour la société civile (*annexe 2*), vingt (20) OSC actives ont été ciblées pour participer à l'évaluation en ligne, treize (13) ont pu le faire et cinq (05) ont pris part à la discussion de groupe. Enfin, sur les vingt (20) acteurs du secteur privé identifiés, dix-neuf (19) ont participé à la discussion de groupe (*annexe 3*).

Le ministère de la Santé (MS) dispose de plusieurs instances de coordination mais aucune n'a pu être utilisée pour servir de cadre de mobilisation. A ce jour, aucun donateur principal n'a été identifié et reconnu de ses pairs pour assurer une certaine coordination des PTF dans le secteur de la santé. C'est le MS qui devait garantir la coordination de tout le processus avec beaucoup de difficultés en raison de la fragilité affichée par le ministère, du fait des multiples contraintes et faiblesses dans lesquelles il était englué.

2 Engagement à établir des stratégies solides pour le secteur de la santé qui sont évalués conjointement et qui renforcent la responsabilité mutuelle

2.1 Pratique CDE 1. Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique

La Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable (SCA2D 2015-2019), les perspectives de l'agenda mondial post-2015 et les défis majeurs en matière de santé aux Comores ont servi de bases de références dans l'élaboration des politiques et plans nationaux de santé.

Le pays dispose donc d'une Politique Nationale de Santé (PNS 2015-2024), d'un premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2015-2019) et de différents plans stratégiques sous-sectoriels.

Les processus d'élaboration de ces politiques et plans nationaux ont suivi une approche participative et multisectorielle impliquant les parties prenantes (autorités sanitaires et prestataires publics, PTF du secteur, secteurs connexes, la société civile et le secteur privé).

De leur côté, les PTF élaborent leurs cadres de coopération respectifs et estiment que leur soutien est aligné avec les priorités nationales définies. Ils organisent périodiquement des évaluations de leurs différents cadres de coopération.

Des revues annuelles et à mi-parcours sont organisées sous le leadership du Commissariat général au Plan avec la participation des différentes parties prenantes. Des évaluations sous-sectorielles sont souvent réalisées aussi.

Ces différentes évaluations se tiennent en dépit des multiples contraintes liées aux faibles compétences des ressources humaines, aux difficultés de priorisation/appropriation par la partie nationale, à l'absence d'harmonisation des systèmes d'assistance pour le pays par les PTF et aux problèmes de leadership dans leur pilotage et leur coordination.

2.2 Pratique CDE 5. La redevabilité mutuelle est renforcée.

Dans un contexte de très faible niveau de dialogue et de concertation entre tous les acteurs de la santé, ces évaluations menées de manière conjointes, constituent les seuls mécanismes de Redevabilité Mutuelle (RM) actuels dans le pays. D'autres mécanismes de nature à la renforcer tels que l'élaboration et la signature d'un pacte national, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national intégré de suivi et évaluation peinent à se concrétiser.

3 Engagement à améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé

3.1 Pratique CDE 2a/b: Coopération au développement dans le secteur santé est plus prévisible

Le pays ne dispose pas de cadre de dépenses à moyen terme et ne réalise donc pas de projection des dépenses du gouvernement en matière de santé, ne serait-ce qu'au-delà d'une année. Elles sont exécutées sur la base des plans d'activités annuelles élaborés, des dispositions de la Loi des finances validée par l'assemblée pour une année et des plans d'activités annuels des PTF.

De leurs côté, Les PTF disposent chacun d'un cadre de financement couvrant des périodes variant entre deux à cinq ans signés et approuvés par le gouvernement et, assortis des plans d'activités annuels ou budgets programmes.

3.2 Pratique CDE 2c: L'Aide pour le secteur santé est inscrite dans le budget national.

Les contributions individuelles des PTF sont reflétées dans le budget national sous le chapitre PIP. La partie nationale y voit beaucoup de gaps financiers notamment en ce qui concerne le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), la recherche en santé les maladies transmissibles, l'assurance maladie, les voyages d'études et la santé scolaire. Ces informations inscrites dans le budget national sont le plus souvent, annexées dans la Loi des finances a posteriori de l'approbation budgétaire par l'Assemblée Nationale.

Malgré les efforts consentis par le pays, intégrant aussi des orientations qui ont permis de négocier un programme avec le FMI et l'accession aux mécanismes d'allègement de la dette multilatérale dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE), le budget de l'état alloué au secteur de la santé reste insuffisant avoisinant 10% du budget global de l'Etat (*Rapport des Comptes de la santé 2011*). Pour l'exercice fiscal 2014 le montant total alloué se chiffre à 16 256 155,44 \$ pour l'ensemble du territoire. Ce chiffre inclue l'appui budgétaire des PTF (9 660 763 \$) et les subventions allouées à d'autres secteurs (1 427 732, 73 \$) comme la Présidence de l'Union, l'Assemblée Nationale, le ministère des Finances, l'AND, le Service de Santé Militaire et les hôpitaux sous forme d'aide et protection sociales. Les salaires payés représentent à eux seuls 2 740 988,12\$

Du coup, tout équilibre du budget reste difficile surtout lorsque s'ajoutent les problèmes de trésorerie nationale rendant aléatoire les décaissements programmés, l'insuffisance du nombre de PTF appuyant le secteur de la santé et les difficultés d'une harmonisation de l'aide.

4 Engagement à établir, utiliser et renforcer les systèmes du pays

4.1 Pratique CDE 3: Les systèmes GFP (gestion de finances publiques) sont utilisés et renforcés.

Autant pour la partie nationale que pour les PTF, il n'existe pas encore de système national de gestion des finances publiques (GFP) avec des procédures connues et appliquées.

Une réflexion est en cours pour asseoir un tel système. Un système informatisé de gestion de l'information sur l'aide (Dad-Comores) est mis en place pour au moins opérationnaliser le mécanisme de gestion et de coordination de celle-ci.

En attendant, tous les PTF utilisent leurs propres systèmes de gestion, parfois harmonisés au sein de regroupements d'agences. C'est le cas des agences excom du SNU ou, de l'OMS avec l'UNITAID et l'ONUSIDA. Ensemble, ils ont soutenu plusieurs initiatives de renforcement des capacités de gestion financière et administrative mais, sans réel impact, en raison surtout d'une administration sans cesse remaniée.

La partie nationale respecte les procédures de chaque PTF. Ces derniers évoquent néanmoins des problèmes en ce qui concerne les procédures de justification des dépenses engagées.

L'absence de système national de GFP favorise beaucoup de dérives dans la gestion des finances publiques et complique la maîtrise du budget alloué au secteur.

4.2 Pratique CDE 4 : Les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés.

Le pays a mis en place une commission nationale dotée d'un plan d'approvisionnement et de passation des marchés. Ce plan n'est suivi que très timidement tant par le gouvernement que par les partenaires. Il mérite d'être valorisé pour gagner plus de crédibilité.

La majorité des PTF qui effectuent des approvisionnements tant à l'échelle mondiale que régionale sont habitués à leurs propres systèmes auxquels ils font confiance. Dans certains contextes, des PTF peuvent utiliser un même canal d'approvisionnement. Ensemble, ils estiment qu'avec un partenariat fort et dans un cadre bien approprié, certains approvisionnements pourraient s'effectuer conjointement pour répondre aux besoins pays ; pour cette fin, un support national existe et pourrait être restructuré et renforcé.

4.3 Pratique CDE 6: L'assistance technique est coordonnée et l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.

Le pays ne dispose pas d'un plan d'assistance technique national. Son élaboration et sa mise en œuvre, tenant compte des besoins réels avec des objectifs de transfert de compétences aux nationaux pourrait bien améliorer l'efficacité de l'assistance technique.

En cas de besoin, cette assistance technique est fournie par les PTF suivant des besoins bien identifiés ou des plaidoyers sous-sectoriels. Elle est recrutée et coordonnée conformément aux accords issus des concertations entre le secteur et le PTF concerné.

Les PTF estiment pour la plupart, qu'ils encouragent le recrutement de l'expertise régionale qui peut être valorisée, par la mise en place de bases de données communes reflétant les compétences disponibles. Ils sollicitent aussi, en cas de besoin, l'assistance internationale.

Le ministère de la Santé tire différentes bénéfices de la Coopération Triangulaire (CT) et Sud-Sud (CSS). Celles-ci se concrétisent grâce à la qualité de membre du pays dans certaines organisations régionales ou internationales, aux plaidoyers qui en sont faites

ou qui sont adressés auprès de pays amis. Très souvent, La qualité des infrastructures de base dans le pays, la gestion difficile de certains problèmes mineurs d'ordre logistique alourdissent ces coopérations.

4.4 Capacité de prédiction de l'assistance humanitaire

Sous le leadership de la Direction générale de la Sécurité civile et avec le soutien de certains PTF, le pays s'est doté depuis 2005 d'un plan de contingence national réactualisé tous les deux ans et des plans stratégiques, notamment la stratégie nationale de réduction des risques et catastrophes naturelles, incluant les urgences sanitaires. Les contraintes signalées par la Direction générale concernent surtout les capacités des ressources humaines qui nécessitent d'être renforcées mais aussi l'insuffisance des moyens logistiques et matériels.

5 Engagement à créer un environnement favorable pour les organisations de la société civile et le secteur privé à participer dans la coopération au développement pour le secteur de la santé.

5.1 Pratique 7: Engagement des organisations de la société civile

La représentativité des OSC dans l'ensemble du territoire, créant une proximité dans les zones d'intervention, l'émergence de nouvelles associations et les exigences de certains donateurs pour une implication des OSC font que celles-ci participent de plus en plus, aux processus politiques de santé. Beaucoup d'entre elles connaissent des difficultés liées à leur structuration, aux problèmes organisationnelles et logistiques, aux ressources humaines et à leur caractère de bénévolat entre autres.

Les associations mères telles que l'Association comorienne pour le bien être de la famille (ASCOBEF), le Croissant Rouge Comoriens (CRC) ont plus de visibilité et de crédibilité de par leur expérience dans le temps et leur partenariat international prouvé. Leur implication dans les processus d'élaborations des politiques et dans les mécanismes de coordination pays ne pose pas de problème.

En revanche, les associations encore émergentes considèrent que leur implication reste très faible et ne se fait généralement qu'en aval des processus, à l'occasion de certaines réunions de validation.

Certains partenaires au développement souhaiteraient travailler directement avec les OSC. Ils évoquent des difficultés inhérentes à leur mandat. Le ministère de la Santé reste alors l'intermédiaire entre OSC et PTF. Un intermédiaire qui politise la démarche, alourdit les relations et crée trop souvent, des conflits d'intérêt à en croire les OSC.

Pour encourager l'implication des OSC dans les processus de politique de santé, les pouvoirs publics ainsi que les PTF via le ministère de la Santé, les soutiennent de temps à autres par des formations, ou des participations à des conférences d'intérêts scientifiques, tant au niveau national qu'international. En revanche, les associations bien constituées et expérimentées s'impliquent dans beaucoup d'évènements sanitaires ; elles arrivent ainsi à bénéficier des retombés de la coopération à l'exemple des structures de soins ou des centres de jeunes construits en leur faveur.

La communication tant avec les PTF qu'avec les pouvoirs publics est difficile. L'accès à l'information est compliqué en raison surtout des faiblesses du SNIS ; le feedback

auprès des OSC ne se fait généralement qu'au cours de différentes réunions ou par diffusion de différents rapports

Des réflexions sur la loi relative au contrat d'association et sur une éventuelle mise en commun des compétences des OSC pour agir en complémentarité et constituer une force vive, une revue de la charte de la société civile, pourraient entre autres aider à la responsabilisation des OSC.

5.2 Pratique 8: Engagement du secteur privé

Les pouvoirs publics estiment que le SP est de plus en plus sollicité dans les processus de politique de santé nationale. Trop souvent cette implication se limitait à des contextes bien précis d'urgences sanitaires en rapport surtout, avec une épidémie dans le pays ou d'autres situations de catastrophe.

De leur côté, les PTF indiquent que les limites d'action conformément à leurs mandats respectifs, le rôle d'intermédiaire de l'autorité nationale et l'absence de cadre clair alourdissent une collaboration potentiellement pertinente avec le SP.

Les difficultés liées au SNIS ne facilitent aucune diffusion des informations relatives au fonctionnement du secteur privé. C'est de manière très verticale que certains programmes de santé, arrivent parfois, sous l'impulsion du Ministère et des PTF, à faire remonter quelques données relatives à ces programmes à partir du secteur privé. La rétro-information vers le secteur privé est quasi inexistante.

Un partenariat public-privé clair faciliterait sans doute l'implication du secteur privé dans le dialogue sur les politiques de santé et accroîtrait les possibilités de les soutenir tant par les pouvoirs publics que par les PTF.

6 Autres observations

Les termes de référence du 5^e cycle de suivi de l'IHP+ en Union des Comores ciblent aussi d'autres problématiques, en rapport avec une vision mondiale partagée, de la couverture sanitaire universelle, des ODD mais également, du renforcement des systèmes de santé par des allocations de ressources suffisantes, adaptées et bien coordonnées.

7 Discussion des résultats

7.1 Contexte ayant précédé la tenue du Forum National

Une très forte lassitude prime dans l'ensemble du pays en ce qui concerne le développement du secteur de la santé au profit de la population. Dans ce contexte, une attention toute particulière est accordée à l'initiative IHP+ ; initiative qui fait naître beaucoup d'espoirs dans l'éventualité de pouvoir changer les comportements et arriver à des résultats efficaces. C'est pourquoi, les organisateurs du forum ont visé un haut niveau de participation pour impliquer et sensibiliser les hautes autorités, ainsi que l'ensemble des partenaires au développement, ce qui a retardé la tenue du forum.

7.2 La tenue du Forum

Le forum s'est tenu le lundi 07 novembre 2016 sous le haut patronage du Vice-président en charge du Ministère de l'Economie, du plan, de l'Industrie, de l'Artisanat, du Tourisme, des Investissements, du Secteur privé et des Affaires Foncières. Ont pris part les Ministres de la

santé, des affaires étrangères, et les commissaires de la santé des trois îles administrées par l'Union des Comores. Le Ministre des finances a été empêché en dernière minute. Beaucoup de cadres du MS en déplacement. 44 participations enregistrées sur 59 invités. (Liste des participants en annexe)

7.3 Déroulement de la réunion

La réunion s'est déroulée suivant l'agenda en annexe.

Le temps a été ressenti nettement court, pour la présentation et la discussion des résultats.

7.3.1 Résumé des commentaires et questions saillants (Partie nationale/Gouvernement)

1. Validité de l'enquête ayant couvert 5 PD sur les 22 répertoriés en 2014 (année de référence) ?
2. Les PD qui sont parties prenantes de l'IHP+ ont-ils la ferme volonté de bien répondre aux différents engagements ?
3. Existe-t-il une plateforme/cadre unique de suivi des engagements de l'IHP+ ?
4. Une démarche visant à augmenter le budget national alloué à la santé est annoncée par les membres du Gouvernement.

7.3.2 Résumé des commentaires et questions saillants (Partenaires au développement)

5. Constatations soulevées de nature à nourrir des réflexions profondes pour engager des décisions pertinentes ; il faut se donner le temps pour aborder de telles réflexions,
6. appropriation nationale indispensable,
7. coordination à améliorer,
8. effort national nécessaire pour une augmentation du budget alloué au secteur de la santé,
9. concertation de toutes les parties prenantes urgente avec un niveau de dialogue sincère,
10. beaucoup de potentialités existent pour aller de l'avant,
11. disponibilité d'accompagnement des PD affirmée,
12. la non implication dans les processus de politique de santé n'est-elle pas plutôt une forme de faiblesse/absence de volonté de certains acteurs,
13. complexité dans l'élaboration du budget annuel de l'état ou plutôt, conjugaison de plusieurs facteurs qui se traduisent au final par l'approbation d'une loi des finances incomprise par beaucoup. Parmi ces facteurs, ont été relevés : i) l'absence de cadre logique cohérent et pragmatique ii) Une procédure calquée sur le même cadre longtemps dépassé iii) Trop de formulaires à remplir par le secteur mais aussi par les PD au cours de cette élaboration du budget iv) etc.

8 Annexe 1: Liste des partenaires au développement qui étaient invités et ceux qui ont participé

Nr	Liste des partenaires au développement actifs dans le secteur santé	Partenaires au développement invités à participer au 5 ^{ème} cycle de suivi (veuillez ajouter X si le partenaire était invité à participer)	Partenaires au développement qui ont participé (veuillez ajouter X si le partenaire a participé)
1	OMS	X	X
2	FNUAP	X	X
3	UNICEF	X	X
4	GFATM	X	X
5	AFD	X	X
6	France	X	
7	Chine	X	
8	Qatar charity	X	
9	Ligue islamique	X	
10	Inde	X	
11	JICA	X	
12	COI	X	
13	Croissant rouge comorien	X	
14	PNUD	x	
15	Action Damien		
16	IPPF		
17	GAVI alliance		
18	BID		
19	Cuba		
20	Egypte		
21	Emirat Arabe Unis		
22	Soudan		
23	IDA		

9 Annexe 2: Liste des organisations de la société civile

Nr	Liste des OSC actives dans le secteur santé	OSC qui ont participé au questionnaire online (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)	OSC qui ont participé à la discussion de groupe (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)
1	ASCOBEF	X	x
2	Croissant Rouge Comorien	X	x
3	Association Comorienne pour l'Enfance et le Développement	X	

	Communautaire (CEDAC)		
4	Caritas Comores		
5	Collaboration Action Pérénsation (CAP)	X	
6	Association Ulanga	X	
7	Fédération Comorienne des consommateurs (FCC)	X	x
8	labos Biodiversité santé université des Comores	X	x
9	Fédération Nationale des Mutuelles de Santé (FENAMUSAC)	X	
10	Réseau Femme	X	
11	Service de Santé Militaire (SSM)		
12	Les amis du cœur		
13	Association de lutte contre le Cancer		x
14	Association Amis Bébé Mohéli		
15	Centre de ressource de Mohéli		
16	CODESAWA	X	
17	HUMANICOM	X	
18	Réseau National des jeunes en population et développement USONI		x
19	Stop sida		x
20	Collaboration action pérénsation	X	

10 Annexe 3: Liste des agents du secteur privé

Nr	Liste des agents du secteur privé actifs dans le secteur de la santé (selon la définition dans l'outil SP)	Agents du secteur privé qui ont participé à la discussion de groupe (Veuillez ajouter un X s'ils ont participé)
1	Syndicat national des médecins	X
2	Syndicat national des paramédicaux	X
3	Ordre national des médecins et chirurgiens- dentistes	X
4	Ordre national des pharmaciens	X
5	Les cliniques privés	X
6	Les cabinets médicaux privés	X
7	Les cabinets dentaires privés	X
8	Les Pharmacies privées	X
9	Les Laboratoires privés	X
10	La Centrale d'achat de médicaments en	X

	Union des Comores	
11	La Caisse nationale de retraite	X
12	La Caisse de prévoyance sociale	X
13	Les Mutuelles de santé	X
14	L' Organisation islamique de secours	X
15	Le Centre d'imagerie médicale	
16	La Clinique Ascobef	X
17	L' Association des sage femmes	X
18	Le Dispensaire caritas	X
19	L'Université	X
20	Association universitaire de chercheurs	X