

UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement

**Vice-présidence en charge du
Ministère de la Santé, de la
Solidarité, de la Cohésion Sociale
et de la Promotion du Genre**



جمهورية القمر المتحدة

وحدة - تضامن - تنمية

نيابة الرئيس المكلف بوزارة الصحة
والتضامن و التماسك الاجتماعي
ومشاركة المرأة



COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

EXERCICE 2011



Jun2014

ACRONYMES

AAB	Association Amie des Bébé
ADCO	Association pour le Développement Communautaire d'Ouani
AFD	Agence Française de Développement
AJCDE	Association des Jeunes de Chiron Kamba pour le Développement et Environnement
AMAM	Association Mohélienne des Agents Marins
AMN	Association des Maires de Ngazidja
AMVT	Association pour une Meilleure Vie à Tous
ANACM	Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie
ARCADE	Hôtel les Arcades
ASCOBEF	Association Comorienne pour le Bien Etre de la Famille
BAD	Banque Africaine de Développement
BCC	Banque Centrale des Comores
BDC	Banque de Développement des Comores
BFC	Banque Fédérale de Commerce
BIC	Banque pour l'Industrie et le Commerce
BID	Banque Islamique de Développement
CAP	Collaboration Action et Pérennisation
CARITAS	Réseau Caritatif de France Secours Catholique
CCTIC	Comité de Coordination de Travaux d'Intérêt Communal Tsembehou
CEDAC	Association Comorienne pour l'Enfance et le Développement
CHN	Centre Hospitalier National
CHRI	Centre Hospitalier Régional Insulaire
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNS	Comité National de la Santé
CRM	Centre de Ressources de Mohéli
CRPS	Caisse Régionale de Prévoyance Sociale
CSD	Centre de Santé de District
CSF	Centre de Santé Familiale
CTNS	Comité Technique National de la Santé
DIS	Maladie et Affection
DNS	Dépenses Nationales de Santé
DS	District Sanitaire
FA	Agent de Financement
FENAMUSAC	Fédération Nationale des Mutuelles de Santé aux Comores
FM	Fonds Mondial
FP	Facteurs de Prestation
FS	Recettes de Régime de Financement
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIT	Global International Transit
EFHM	École Française Henri Matisse
EIM	Enquête Intégrale des Ménages
HC	Fonction de soins
HP	Hôpitaux de Pôles
HP	Prestataires de Soins
HK	Dépense en Capital
IDH	Indice de Développement Humain

ISBLSM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
JAV	Jeune pour l'Avenir de Vouani
KQ	Kenya Airways
MTH	Maritime Transit Hishma
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PASCO	Projet d'Appui au secteur de la Santé aux Comores
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Programme d'Investissement Public
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Poste de Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RRFDN	Réseau Régional Femme et Développement de Ndzuwani
SCADD	Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable
SCH	Société Comorienne des Hydrocarbures
SNPSF	Société Nationale des Postes et Services Financiers
UMSN	Union des Mutuelles de Santé de Ngazidja
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	United Nation Funds for Children

EQUIPE TECHNIQUE DES CNS

Ce rapport a été préparé par une équipe de cadres nationaux avec l'appui d'un expert international. Les cadres nationaux sont :

- 01 Monsieur Hamidou Bounou Said, Economiste de la santé, Directeur de la Planification, des Etudes et de la Recherche et Point Focal National des Comptes Nationaux de la Santé ;
- 02 Docteur Ahamada M'sa Mliva, Médecin en Santé publique, Point Focal du Système de Santé, Bureau pays de l'OMS ;
- 03 Docteur Hissani Aboubacar, Médecin en santé publique, Point Focal de Santé de la Reproduction, Bureau pays de l'OMS ;
- 04 Monsieur Mohamed MSAIDIE, Ancien Directeur de l'Information et des Statistiques Sanitaires ;
- 05 Docteur AHAMADA Aly, Médecin en santé publique, Directeur Général des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires ;
- 06 Docteur BEN Aboubacar, Médecin en santé publique, Expert National à la Direction de la Santé Familiale ;
- 07 Mademoiselle Amina SOALIHY, Gestionnaire de projets et Planificateur, Chargée de la Planification et la Coordination, Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche ;
- 08 Madame Koulthoume MAOULANA, Economiste de la Santé, Stagiaire, Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche ;
- 09 Monsieur Hachime AHAMADI, Cadre supérieur en santé, Directeur Administratif et Financier ;
- 10 Monsieur Ali M'sa Mliva, Technicien supérieur en Gestion, Chargé de la Comptabilité, Vice-présidence en charge du Ministère de la Santé ;
- 11 Mme Loub Yakouti, Techniciennne en santé, Chargée de la Planification à la Direction Régionale de Ndzuwani ;
- 12 Mme Tani Haribou, Techniciennne en santé, Chargée de la Planification à la Direction Régionale de Mwali ;
- 13 Madame Zahara ABDALLAH, Economiste sociale de la Santé, Stagiaire, Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche ;
- 14 Mademoiselle Ali Said HAIRIA, Chargée de la Nouvelle Technologie, Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires ;
- 15 Monsieur Abdallah Abou, Technicien en santé, Chargé des statistiques à la Direction Régionale de Ndzuwani ;
- 16 Monsieur Abdouroihamane M'madi Boina, Statisticien Stagiaire, Direction de l'Information et des Statistiques Sanitaires ;
- 17 Monsieur Ali Boinaheri, Technicien supérieur en santé, Chargé des Statistiques à la Direction Régionale de la Santé de Ngazidja ;
- 18 Monsieur Nourdine Moeva, Cadre Supérieur en Finances Publiques, Chef de service du budget au Ministère des Finances ;
- 19 Monsieur Mahady Youssouf, Economiste, Chargé de la Comptabilité nationale, Institut National des Statistiques ;
- 20 Monsieur Ahmed Djoumoi, Coordonnateur National de l'Institut National des Statistiques.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de certains indicateurs socio-économiques clés aux Comores (en millions de KMF)	3
Tableau 2: Comparaison des Indicateurs socio-économiques avec certains pays de la sous région, année 2011.....	13
Tableau 3: Dépense nationale de santé selon les Régimes de financement en 2011	13
Tableau 4 : Dépense nationale de santé selon les recettes des régimes de financement des soins de santé, 2011.....	15
Tableau 5: Dépenses de santé selon les Agents de financement, 2011	16
Tableau 6 : Dépenses de santé par type de prestataire des services et soins de santé	17
Tableau 7 : Dépenses de santé selon les Fonctions des soins de santé en 2011	18
Tableau 8 : Principaux Indicateurs selon les CNS 2011	20
Tableau 9 : Régimes de Financement de Soins de Santé selon la Santé de la Reproduction par Maladies/Affections en 2011.....	22
Tableau 10 : Prestataires de Soins de Santé selon la Santé de la Reproduction par Maladies/Affections en 2011	23
Tableau 11 : Fonctions de Soins de Santé selon la Santé de la Reproduction par Maladies/Affections en 2011	24
Tableau 12 : Dépenses de santé de la SR selon les Régions en 2011	25
Tableau 13: Formation de capital selon la Santé de la Reproduction par Maladies/Affections en 2011 ..	25

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Cadre conceptuel du système des Comptes de la santé (SHA 2011)	8
Graphique 2 : Dépense Nationale de Santé (DNS) selon Formation de capital (HK) en Francs comoriens, Comores, 2011	19
Graphique 3 : Depenses Nationale de Santé selon les principales rubriques des Facteurs de Prestation en %	20
Graphique 4 : Evolution de la mortalité maternelle, Comores, 1990-2011	21

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Répartition des dépenses de santé de Régimes de financements par Recettes des régimes de financements en 2011, Comores	31
Annexe 2 : Répartition des dépenses de santé de Régimes de financements par Recettes des régimes de financements en 2011.....	32
Annexe 3: Répartition des dépenses de santé par Fonction de soins de santé et par Région en 2011 .	33
Annexe 4 : Répartition des dépenses de santé par Maladie/affection et par Ages en 2011	34
Annexe 5 : Répartition des Fonction des soins de santé par Maladies en 2011	35

REMERCIEMENTS

Ce processus d'élaboration des Comptes de la santé de l'Union des Comores pour l'année 2011 a été commandité et soutenu par la Vice-présidence en charge du Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Cohésion sociale et de la Promotion du Genre à travers le développement et la coordination du Secrétariat Général, de la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques et de la Direction Nationale de la Santé.

Une équipe technique multisectorielle composée de cadres nationaux et internationaux a été mise en place pour faciliter la production du rapport sur ces comptes. Les travaux ont été coordonnés et supervisés par un Economiste de la Santé en collaboration avec le Point Focal du système de santé au Bureau de l'OMS à Moroni et l'équipe de la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche.

La Vice-présidence en charge du Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et de la Promotion du Genre tient à remercier très sincèrement l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Agence Française de Développement (AFD) à travers le Projet d'Appui au Secteur de la Santé aux Comores (PASCO) pour les appuis techniques et financiers qui ont permis l'élaboration de ce premier rapport des Comptes de la santé en Union des Comores. Ces remerciements s'adressent aussi à toute l'équipe d'experts qui a œuvré sans relâche et qui a abouti au résultat actuel, ainsi qu'à tous les membres des comités mis en place dans ce cadre. La Vice-présidence en charge du Ministère de la santé n'oublie pas non plus les différentes parties prenantes du secteur de la santé, plus particulièrement les agents de la santé à tous les niveaux et les partenaires, notamment, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'AFD, CARITAS, Fondation Damien, et les employeurs privés qui ont facilité l'élaboration de ce rapport.

La Vice-présidence tient aussi à remercier plus particulièrement Monsieur Msaidié Mohamed, ancien Directeur de l'Information et des Statistiques Sanitaires, Monsieur Hamidou Bounou Said, Economiste de la santé à la Vice-présidence en charge du Ministère de la santé, Monsieur Moussa BIZO, Economiste de la santé au Bureau de l'OMS au Niger et Expert International et Docteur Ahamada M'sa Mliva, Médecin en Santé publique, Point Focal du Système de Santé, Bureau pays de l'OMS pour leurs efforts fournis et leur disponibilité tout au long de ce processus.

Table des matières

ACRONYMES.....	ii
EQUIPE TECHNIQUE DES CNS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES GRAPHIQUES	v
LISTE DES ANNEXES.....	v
REMERCIEMENTS.....	vi
PREFACE.....	Erreur ! Signet non défini.
RESUME	ix
INTRODUCTION.....	1
I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE.....	2
I.1 Situation géographique et démographique	2
I.2 Situation socio-culturelle et économique.....	2
I.3 Situation sanitaire	3
II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES.....	6
II.1 Définition des concepts	6
II.2 Processus d'élaboration des CNS	8
II.3 Echantillonnage.....	9
II.4 Collecte des données	9
II.5 Traitement et analyse des données.....	10
II.6 Méthode de détermination des clés de répartition	11
II.7 Limite de l'étude.....	11
III. RESULTATS DE L'ETUDE.....	12
III.1 Comparaison sous-régionale de la dépense nationale de santé.....	13
III.2 Régimes de financement de la santé.....	13
III.3 Recettes des régimes de financement de la santé.....	14
III.4 Agents de financement de la santé	15
III.5 Prestataires de soins de santé.....	16
III.6 Fonctions de soins de santé	17
III.7 Dépenses en Formation de capital	18
III.8 Facteurs de prestation	19
III.9 Situation des principaux indicateurs des CNS 2011	20
IV. RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE LA REPRODCUTION 2011.....	21
IV.1 Analyse de situation de la SR aux Comores	21
IV.2 Recettes des Régimes de Financement de la SR	22
IV.3 Régimes de financement de la SR	22
IV.4 Prestataires de Soins de Santé de la SR	23
IV.5 Fonctions de Soins de Santé de la SR.....	23
IV.6 Dépenses de la SR selon les régions sanitaires.....	24
IV.7 Dépenses d'investissement de la SR.....	25
CONCLUSION.....	26
RECOMMANDATIONS	27
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	29
ANNEXES	30

PREFACE

L'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constitue un élément fondamental dans l'analyse des différents flux de financement et des dépenses du système de santé.

Les CNS permettent de disposer des données fiables en temps voulu, contribuant ainsi au suivi régulier des tendances en matière de dépenses de santé. Ces données peuvent être utilisées pour la comparaison entre pays et pour les projections dans l'avenir sur la manière dont elles vont se développer.

Depuis 1994, date à laquelle l'Union des Comores a mis en place les réformes de santé axées sur les soins de santé primaires, la décentralisation, le recouvrement des coûts et la co-gestion avec la communauté, le pays ne dispose pas des données et d'informations fiables sur le flux de financement et les dépenses de santé des ménages, des secteurs privés, de l'administration publique et des bailleurs.

Dans un contexte de rationalisation de l'utilisation des ressources allouées au secteur de la santé, il s'avère nécessaire que le pays élabore les CNS en vue de disposer d'une base de collecte, de classement et d'estimation de tous les flux monétaires liés aux dépenses de santé. Cela permettra au Gouvernement et à ses partenaires de mieux cerner les différents problèmes liés au financement de la santé, la distribution et l'utilisation rationnelle et efficiente des ressources disponibles.

Ce premier rapport des Comptes nationaux de la Santé doit être non seulement une base des données, mais surtout un document de référence capitale pour les orientations stratégiques de financement et des dépenses du secteur santé.

Qu'il en soit remercié toutes les personnes et organisations impliquées dans la conception et la production de ce rapport, particulièrement l'Organisation Mondiale de la Santé pour son appui technique et financier.



Dr. Fouad MOHADJI

RESUME

La dépense nationale de santé a été estimée à 12,65 milliards de KMF en 2011, soit environ 34 968 445 USD. Elle est ainsi répartie par région comme suit : 40,27% pour Mwali, 12% pour Ndzuani, 18% pour Ngazidja et 28% pour l'Union. En termes de dépenses par habitant, elle représente 49,57 USD, ce qui dépasse la dépense moyenne par tête d'habitant préconisée par la Commission Macro-économie et santé mise en place en 2001 par l'OMS qui l'estimait à un minimum de 34 USD par habitant.

En prenant en compte les données de l'UNICEF parvenues après traitement et analyse dans l'outil de production des CNS, on constate que la dépense globale de santé est estimée en 2011 à 13 155 772 963 KMF. Elle représente 18 650 KMF, soit 51,55 USD par tête d'habitant. En pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) elle représente 13,80%. S'agissant des dépenses courantes de santé, elles représentent 91,70% contre 8,30% pour les investissements. L'intégration de ces données globales dans l'outil était pratiquement impossible à ce stade, raison pour laquelle l'analyse et l'interprétation n'ont pas tenu compte de celles-ci.

La dépense nationale de santé a été répartie en deux grands agrégats à savoir les dépenses courantes de santé et les dépenses en capital (ou dépense d'investissement) avec les parts respectives suivantes : 91,64% pour les DCS et 8,36% pour les dépenses en capital.

La part du budget de l'Etat consacrée à la santé est estimée à 10,00% en 2011, part en-dessous des 15% que les chefs d'Etat africains avaient recommandé en 2001 suite au sommet d'Abuja. Les dépenses nationales de santé en pourcentage du PIB sont de 13,27% en 2011. Ces deux indicateurs montrent que l'Etat comorien doit multiplier les efforts pour l'augmentation des ressources allouées à la santé et leur utilisation efficiente avec l'appui de la communauté internationale.

Les dépenses courantes de santé sont estimées en 2011 à Onze Milliards Cinq Cent quatre vingt treize Millions Cinq cent treize mille cent dix-huit (11 593 513 118) de francs Comoriens (KMF), soit 91,64% de la dépense totale de santé.

Le financement de la santé provient de plusieurs sources et se caractérise par des disparités dans sa répartition. La distribution des ressources dans le système de santé par les Agents de financement, est essentiellement assurée par les ménages avec 49,80% de la dépense totale de santé dont 98,15% représentent les dépenses de paiement direct des ménages.

Les dépenses en capital (HK) ou les dépenses d'investissement du système de santé ont été estimées à Un milliard cinquante six million neuf cent cinquante un mille trois cent quarante sept (1 056 951 347) KMF, soit 8,36% de la dépense totale de santé.

Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées en majorité aux soins curatifs, soit environ 2/3 des dépenses totales de santé avec 61,57% pour les soins curatifs en milieu hospitalier et 5,30% pour les soins curatifs ambulatoires. Les soins préventifs produits au niveau des différents programmes, y incluant les préparations pour les urgences et catastrophes ont représenté 12,34%. Les biens médicaux constitués essentiellement de produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables ont représenté 10,88% de la dépense totale de santé.

Les dépenses totales de santé par maladie et affection montrent que : les dépenses de paludisme représentent 3,08%, celles liées au VIH/SIDA, 2,99%, celles relatives à la santé de la reproduction 9,43% et les autres maladies et affections 84,50%.

Par ailleurs, un sous-compte Santé de la reproduction a été établi pour cet exercice et donne les détails des dépenses liées à la santé de la reproduction. Il montre que ces dernières ont été estimées à 1 192 915 941KMF, soit environ 9,43% des dépenses totales de santé en 2011. Elles sont réparties comme suit : (i) Affections maternelles, 43,07% ; (ii) Affections périnatales : 28,71%, (iii) Prise en charge d'une contraception (Planning familial) : 12,48% et (iv) Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction : 15,74%.

INTRODUCTION

Dans un contexte de pénurie de ressources humaines, matérielles et financières, les Pays en Voie de Développement sont sollicités à institutionnaliser l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). En effet, ils constituent un outil de suivi des politiques et des stratégies nationales de développement du secteur de la santé et d'aide à la décision pour l'utilisation et la répartition équitable des ressources disponibles.

Le système de santé en Union des Comores est financé essentiellement à travers le recouvrement des coûts par les ménages, le budget de l'Etat alloué à la santé, les secteurs privés et la contribution des partenaires.

Force est de constater que la masse globale des flux mobilisés et des dépenses engagées pour le secteur de la santé n'était pas documentée avec précision.

En effet, les informations disponibles au niveau du Programme d'Investissement Public (PIP) étaient parcellaires et renseignaient uniquement sur la contribution de certains partenaires tels que les Agences du Système des Nations Unies, le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et quelques projets financés par la coopération bi et multilatérale (France, Japon, Chine, COI, Qatar, OMS, UNFPA, FM, BID, BAD etc.). Les informations concernant les donateurs privés, en particulier ceux des pays du Golf, les ONG, les ménages et Associations (Diaspora, AIFO, Fondation Damien, IIRO, etc.) n'apparaissaient pas dans les chiffres.

La disponibilité des informations et une meilleure connaissance de la Dépense nationale de Santé (DNS) en Union des Comores, partagée par tous les acteurs de la Politique Nationale de Santé (PNS) permet d'avoir une meilleure maîtrise de celle-ci et l'optimisation de son affectation.

Les CNS de l'Union des Comores, avec comme objectif d'évaluer l'ensemble des flux des dépenses de santé de 2011 et de permettre ainsi à l'Union des Comores, à travers le Ministère de la santé, de disposer des outils permettant d'opérer des choix rationnels de politiques et de stratégies basées sur l'équité dans la contribution financière aux soins et services de qualité pour tous et surtout aux plus démunis, s'inscrivent dans cette dynamique.

Le présent rapport des comptes de la Santé, premier du genre produit par la Vice-présidence en charge du Ministère de la santé avec l'appui technique et financier des partenaires, est structuré comme suit : Une première partie introductive, un contexte général situant le cadre de l'étude et la méthodologie, les principaux résultats issus des comptes de la santé de 2011 et les recommandations et conclusions qui en découlent.

I. CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

I.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), 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 «Kashkasi». Pour le reste de l'année, l'archipel connaît une saison sèche et fraîche caractérisée par des vents de mousson Nord à Nord-Ouest nommé «Kussi» avec des températures variant entre 24 et 27°C.

La population est estimée à 705 376 habitants en 2011¹ avec un taux d'accroissement annuel de 2,1%. Elle est répartie comme suit : 360 117 habitants à Ngazidja, 306 839 habitants à Ndzuwani, et 46 443 habitants à Mwali. Elle est composée majoritairement de femmes (50,4%) dont 60% des inactifs. 70% de la population vivent 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 fortes disparités selon les îles et les localités, particulièrement à Ndzuwani (723 habitants /km²).

De plus, cette population est très jeune puisque la proportion des 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.

Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile² sont respectivement de 36 et de 50 pour 1000 naissances vivantes. Au cours des dix dernières années le ratio de mortalité maternelle est passé de 517(année de référence) à 240 pour 100 000 Naissances Vivantes en 2011. L'espérance de vie à la naissance³ 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).

I.2 Situation socio-culturelle et économique

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 les valeurs socio-culturelles. 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.

¹RGPH 2003

²EDS-MICS II, Comores, 2012

³MICS, Comores, 2004

L'Union des Comores fait partie des Petits États Insulaires en Développement (PEID). En 2011, l'Indice de Développement Humain (IDH)⁴ en Union des Comores a été estimé à 0,433, ce qui classait le pays au 163^{ième} rang sur 187 pays. Le manque de stratégie et de dynamisme, la faible intégration de l'économie nationale dans l'économie mondiale, et les faibles innovations en matière de protection sociale ont été identifiés comme les principales causes⁵.

Le taux d'inflation en 2011 était de 1,8 %. Les finances publiques se sont bien comportées avec des soldes budgétaires positifs. En effet, les soldes budgétaires primaires et de base ont été à 1,1% du PIB en 2011. Le ratio d'endettement public a été de 56,5% en 2011. Le tableau ci-dessous indique l'évolution de certains indicateurs socio-économiques clés du pays de 2008 à 2011.

Tableau 1 : Evolution de certains indicateurs socio-économiques clés aux Comores (en millions de KMF)

Rubriques	2008	2009	2010	2011
Consommation publique	17 272	19 836	22 085	22 527
Consommation privée	87 015	87 663	90 026	93 627
Formation brute de capital fixe	13 107	14 095	12 090	12 815
Variations de stocks	1 842	1 989	2 672	3 590
Exportations de biens et services	1 826	2 554	3 720	3 794
Importations de biens et services	-31 748	-35 104	-37 573	-40 915
PIB aux prix du marché	89 314	91 033	93 020	95 439
Population	652 343	669 553	687 439	705 956
PIB par tête d'habitant	136 913	135 961	135 314	135 191
Taux de croissance du PIB par tête	-2,10%	-0,70%	-0,50%	-0,10%
Taux de croissance	0,40%	1,90%	2,20%	2,60%

Sources : SCA2D, Comores, 2014

I.3 Situation sanitaire

L'organisation du système de santé a été entreprise en 1994 avec l'application de l'Initiative de Bamako. Le dispositif du système de santé mis en place est pyramidal et comprend trois (3) niveaux : niveau central, régional et périphérique ou Pôles de santé :

- Le niveau central comprend 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 avec ses Directions techniques ;
- Le niveau régional correspond aux directions régionales de santé lesquelles sont au nombre de trois : Ngazidja, Ndzuwani et Mwali. Ce niveau est dirigé par un Commissaire en charge de la santé et par un Directeur régional de la santé (avec des Chefs de Programme et des Chefs de Service). Chacune des régions est divisée

⁴Rapport Mondial sur le Développement Humain, 2011

⁵Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2015-2019

en Pôles de Santé et les Pôles de Santé en Districts Sanitaires. Les îles de Ngazidja et de Ndzuwani sont organisées en trois Pôles et celle de Mwali en un seul Pôle de santé. Chaque île est couverte par un Centre Hospitalier de Référence Insulaire. Le Centre Hospitalier National et les Centres Hospitaliers de Référence Insulaire sont sous la tutelle directe du Ministère de la santé de l'Union des Comores. Par contre, les Hôpitaux de Pôles, les Centres de Santé de District, les Centres de Santé Familiale et les Postes de Santé, sont sous la tutelle directe du Commissariat en charge de la santé au niveau des îles.

En ce qui concerne l'accessibilité physique aux formations sanitaires, il convient de signaler que l'accessibilité géographique à une structure de prestations de soins de santé dans un rayon de 5 km est estimée à 45% à Ngazidja, 74% à Ndzuwani et 69% à Mwali soit une moyenne nationale de 63%. L'ensemble de la population comorienne a accès à une structure de soins de santé dans un rayon de 15 km. Cependant, cette accessibilité n'est que théorique car la mauvaise qualité des routes et le nombre réduit de formations sanitaires fonctionnelles faute de personnels qualifiés entravent l'accès des populations à des services de santé de qualité dans plusieurs régions du pays. Il faut noter que plusieurs structures de santé connaissent des difficultés en électricité et en approvisionnement en eau. Les taux de fréquentation des formations sanitaires sont très bas. Ils sont respectivement de 14,7%, de 20,21% et 8,92% à Ngazidja, Ndzuwani et Mwali pour une moyenne nationale de 10,25%.

Sur le plan des Ressources Humaines de la Santé, le pays compte environ 1758 personnels de santé toute catégorie confondue dont 1486 dans le secteur public (84,5%) y compris les contractuels et les fonctionnaires. Le secteur privé emploie 15,5% de l'ensemble des RHS dont 13,1% dans le secteur privé à but lucratif et 2,4% dans le secteur privé à but non-lucratif. Il faut noter que le secteur privé à but non lucratif, peu développé, est représenté par les ONG CARITAS et le Croissant Rouge Iranien. Le Centre Hospitalier National utilise 24,5% de toutes les RHS du pays. Il faut noter que plusieurs fonctionnaires de l'Etat travaillent aussi dans le privé. L'examen des ressources humaines en quantité et en qualité, montre qu'il se pose un problème de gestion et d'administration de celles-ci en relation avec la performance du système de santé.

Les principales pathologies sont les Maladies diarrhéiques, les Infections respiratoires aiguës (IRA), le Paludisme et les Parasitoses. Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans. En 2012⁶, 21% des enfants ont eu de la fièvre, 17% ont souffert de diarrhées et 2,8% ont présenté des symptômes des IRA au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête.

La Lèpre est endémique aux Comores avec une prévalence de 4 pour 10 000 habitants. Il est important de signaler que 90% des cas sont dépistés à Ndzuwani où la prévalence est estimée à 11,8 pour 10 000 habitants. La prévalence de la Tuberculose⁷ est de 37 pour 100 000 habitants avec un taux de guérison de 94%.

Les données de l'enquête sur les facteurs de risque des Maladies non Transmissibles en 2011, montrent que 39,4% des adultes ont un Indice de Masse Corporel⁸ supérieur ou égal à 25 kg/m², 25,9% sont en surcharge pondérale et 13,5% sont obèses ; 25,4% ont une tension

⁶ EDS-MICSII, 2012

⁷ Rapport de l'Organisation Mondiale de la santé, 2011

⁸ Enquête STEP Wise sur les facteurs de risque des Maladies non Transmissibles en Union des Comores, 2011

artérielle élevée et parmi eux, 86% ne suivaient aucun traitement médical. 61,7% des adultes ne pratiquaient aucune activité physique.

La prévalence du VIH/SIDA reste très faible (inférieur à 1%)⁹. 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'Indice Synthétique de Fécondité (ISF)¹⁰ est estimé à 4,3 enfants par femme ; l'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (4,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,5 enfants).

Dix-neuf pour cent (19%) des femmes en âge de procréer ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête, et la plupart utilise une méthode moderne (14% contre 5% pour les méthodes traditionnelles), contre 21% en 1996.

Dans l'ensemble, 30% des enfants souffrent de malnutrition chronique : 15 % sous la forme sévère. Le niveau du retard de croissance augmente rapidement avec l'âge. Les enfants du milieu rural accusent plus fréquemment un retard de croissance que ceux du milieu urbain (32% contre 25%).

En matière de vaccination, l'EDS-MICS II a montré que 62% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 11% n'ont reçu aucun vaccin. Les autres (27%) ont donc été partiellement vaccinés. En outre, 75% des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été donnée à plus de la majorité des enfants (81%).

La couverture vaccinale complète varie énormément d'une île à l'autre. À Ngazidja (78%) et Mwali (63%), la majorité des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés. À l'opposé, dans l'île de Ndzuwani (50%), la proportion est seulement près de la moitié des enfants. C'est également dans l'île de Ndzuwani (13%) que l'on trouve la proportion la plus élevée d'enfants de 12-23 mois n'ayant reçu aucun vaccin. La couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos est peu élevée : près de quatre femmes sur dix (43%) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal.

⁹ *Enquête de séroprévalence de Sherbrooke, 2003*

¹⁰ *Selon les résultats de l'EDS-MICSII, Comores, 2012*

II. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

II.1 Définition des concepts

Les concepts clés pour décrire la structure du système de financement de la santé et de ses principales transactions sont les suivants :

Comptes nationaux de santé (CNS) : «Les comptes nationaux de la santé constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. En effet, ils représentent un outil spécialement élaboré pour informer le processus de politique de santé, processus qui comprend la conception et la mise en œuvre de politique, le dialogue politique et le suivi et l'évaluation des interventions de santé. Ils fournissent les preuves qui aident les décideurs, les parties prenantes non gouvernementales, les dirigeants et cadres à prendre de meilleures décisions dans leurs efforts pour améliorer la performance du système de santé.»¹¹.

Utilité des CNS

- Plus d'équité dans le financement des services de santé ;
- Plus grande efficacité dans la gestion des ressources disponibles.

Les actions possibles après l'exploitation des résultats des CNS sont :

- Elargir l'accessibilité aux soins de santé aux populations pauvres ;
- Mettre en place des stratégies pour l'accélération des progrès vers l'atteinte des OMD relatifs à la santé ;
- Suivre de la réalisation des objectifs nationaux de développement sanitaire.

Dépenses nationales de santé (DNS) : Selon la méthodologie standard décrite dans le guide d'élaboration des comptes de la santé, les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée.

Dépenses courantes de santé (DCS) : couvrent toutes les dépenses en santé qui relèvent de la délimitation fonctionnelle (hormis la formation de capital)

Formation brute de capital (HK) : dans le système de santé, elle se mesure par la valeur totale des actifs que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal (moins la valeur des ventes d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé.

Recettes des régimes de financement (FS) : Ce sont des types de recettes mobilisées au profit du secteur la santé. Par exemple : Les recettes publiques, cotisations de l'assurance sociale, etc.

Une recette est l'augmentation des fonds d'un régime de financement de la santé, au moyen de mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la classification sont des types de transactions particulières au moyen desquelles les régimes de financement obtiennent leurs recettes.

¹¹ Guide d'élaboration des CNS, OMS, OCDE, 2000.

- Donnent des informations exhaustives sur la mobilisation des recettes ;
- Reflètent mieux les dispositifs actuels de financement de la santé ;
- Permettent d'analyser qui porte la charge du financement de la santé par les régimes ;
- Peuvent révéler les différences entre les recettes perçues et les paiements effectués ;

Régimes de financement (HF) : sont définis comme étant l'ensemble de règles qui régissent le mode de participation au régime, la base des droits d'accès aux services de santé et les règles sur la mobilisation et la mise en commun des revenus octroyés au régime.

- Mode de participation :
 - Les gens sont-ils automatiquement inscrits ?
 - Les gens sont-ils obligés par la loi à s'inscrire (participation obligatoire) ?
 - Les gens s'inscrivent-ils volontairement ?
 - Fondement du droit (droit aux prestations)
 - Dois-je contribuer pour être couvert (ou quelqu'un contribue-t-il en mon nom?)
 - Puis-je être couvert sans contribuer ?
- Méthode de base pour la collecte des fonds
 - Comment le Système collecte-t-il des fonds? Au travers de paiements obligatoires telles les taxes ou le prépaiement obligatoire ?
- Mise en commun des fonds
 - Est-elle interpersonnelle (c'est-à-dire que les fonds sont mis en commun et utilisés au profit de tous) ou uniquement pour l'individu/la famille ?

Agents de financement (FA) : Les agents de financement sont les institutions ou entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou pour acheter des activités incluses dans le champ des comptes de la santé. Ils contrôlent également leur utilisation.

Prestataires de soins de santé (HP) : Les prestataires de soins sont les entités qui perçoivent des fonds en contrepartie ou en prévision de la réalisation d'activité incluses dans le champ des comptes de la santé. Elles fournissent ou administrent des soins de santé et des services en rapport avec la santé. Le SHA 2011 distingue deux catégories :

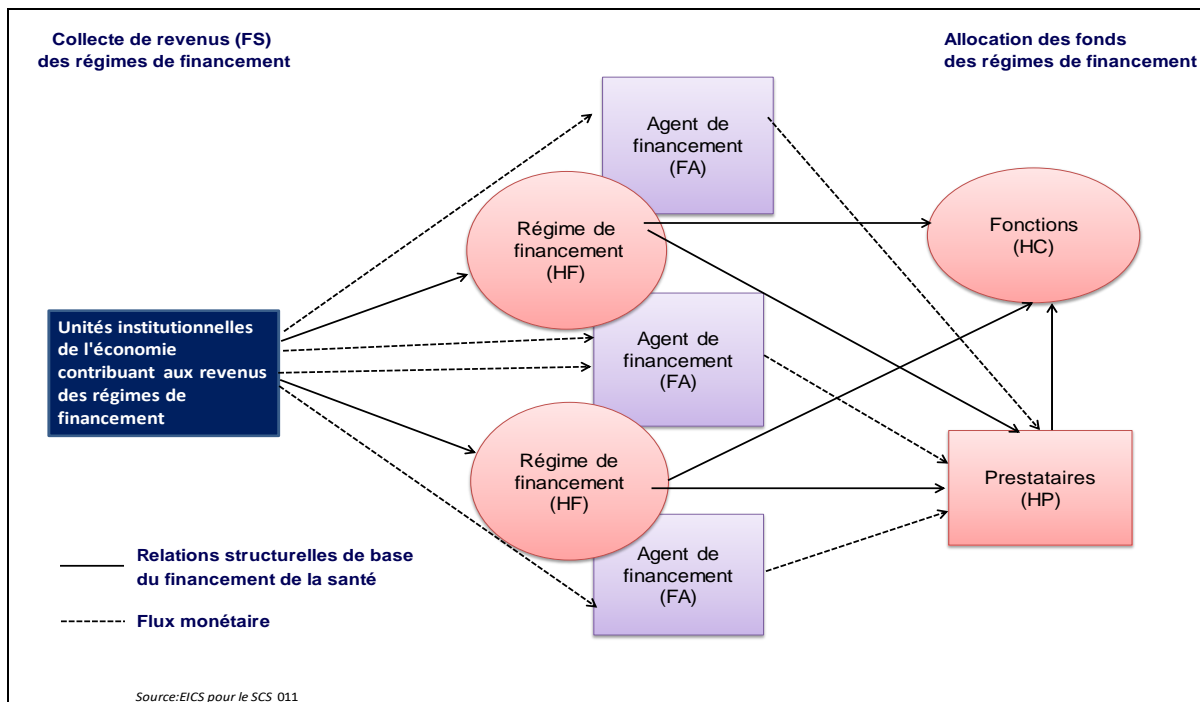
- les prestataires primaires : leur activité principale consiste en l'offre des biens et services médicaux (cliniques, hôpitaux, centres de santé, pharmacies, ...) ;
- les prestataires secondaires : Ils offrent des services de santé en plus de leurs activités principales (supermarchés avec des rayons des produits pharmaceutiques, services de santé des prisons, etc.).

Fonctions de soins (HC) : Il s'agit de types de biens et services fournis et les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de la santé. Exemples : Soins hospitaliers, soins ambulatoires, produits pharmaceutiques, prévention des maladies, formation du personnel de santé, contrôle sanitaire, recherche, etc.

Facteurs de prestation des soins de santé (FP) : ce sont les intrants utilisés par le prestataire pour produire les biens et services de santé. Le prestataire utilise de la main d'œuvre, des équipements, du matériel, paye des impôts, utilise des services externes etc. Les FP représentent la valeur totale des ressources (en nature ou en espèces) utilisées dans la production du bien et service de santé.

Le cadre conceptuel du système des Comptes de la santé (SHA 2011) est décrit dans le graphique ci-dessous :

Graphique 1: Cadre conceptuel du système des Comptes de la santé (SHA 2011)



Sources : Guide du système des comptes de la santé (SHA 2011), OMS, OCDE, 2012

II.2 Processus d'élaboration des CNS

Le processus d'élaboration des Comptes de la Santé des Comores a été lancé en 2012 après la création d'un Sous-Comité Technique des Comptes Nationaux de la Santé et la mise en place de l'équipe technique en charge de ce dossier. Pour atteindre l'institutionnalisation de ces comptes, le Comité Technique National de Santé créé par arrêté n°07-022/VP-MSSPG/CAB du Ministre de la Santé de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et de la Promotion du Genre, a été choisi pour jouer le rôle de Comité de pilotage du processus de mise en place des CNS-Comores. Il se fonde sur la base de la nomenclature internationale du système des comptes de la santé (SHA 2011) en conformité avec la méthodologie internationalement reconnue du Système de comptes de la santé 2011 (SHA 2011), publié conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Eurostat et l'OCDE en décembre 2011.

Cette étude a été menée au niveau central et dans les trois Iles (Ngazidja, Mwali et Ndzuwani). Il s'agit d'une étude à visée descriptive, quantitative et transversale.

Les activités préliminaires réalisées sont :

- Sensibilisation des autorités du Ministère pour le bien fondé de la production des rapports des comptes de la santé ;
- Mobilisation des ressources auprès des partenaires, notamment, l'OMS et l'AFD ;
- Création du Sous-comité des CS par arrêté du Ministre et mobilisation des ressources auprès des partenaires ;

- Elaboration des outils de collecte : Protocole, Questionnaires, méthodologie, nomenclatures, etc.) avec l'appui technique d'un Expert de l'OMS ;
- Formations sur les notions du processus d'élaboration des CS : dix huit (18) membres du Sous-comité et les équipes de collecte, vingt et un (21) Enquêteurs, six (6) Superviseurs et cinq (5) personnes à l'étranger (Directeur Administrateur et Financier et Directeur National des Statistiques au Commissariat Général au Plan, Chargé des finances à la DAF, Point Focal des comptes de la santé et Point Focal chargé du système de santé/OMS ;

Après les activités de sensibilisation et de formation, les questionnaires utilisés dans le cadre des enquêtes ont été élaborés par le sous-comité technique et développés sur la base des quatre (4) tableaux principaux des CS. Les treize (13) Questionnaires élaborés sont les suivants :

1. Questionnaire Ministères (Administration publique centrale)
2. Questionnaire Commissariats des Iles
3. Questionnaire Assurances Commerciales et Caisse de prévoyance Sociale
4. Questionnaire Entreprises
5. Questionnaire Bailleurs de fonds
6. Questionnaire ONG et Agences d'exécution
7. Questionnaire Cliniques et Cabinets privées
8. Questionnaire hôpitaux publics
9. Questionnaire Prestataires de soins privés (Cabinets, Cliniques, Pharmacies et Laboratoires)
10. Questionnaire Tradipraticiens
11. Questionnaire Mutuelles de santé
12. Questionnaire centres de santé
13. Questionnaire postes de santé

Les données des différentes entités enquêtées ont été collectées et traitées conformément aux procédures standards des Comptes de la santé. Des résultats préliminaires issus de ce premier niveau de traitement ont été présentés aux responsables du Ministère de la Santé et aux partenaires lors d'une réunion. Par la suite, d'autres données ont été fournies par certains partenaires, ce qui a permis de compléter celles manquantes. Par la suite, l'ensemble des informations collectées ont été traitées et analysées. Un premier draft du document avait été élaboré par une équipe restreinte, puis soumis au sous-comité des comptes de la santé pour enrichissement. Ce draft amélioré a été soumis à la validation lors d'un atelier national. Il faut noter que le processus a été participatif avec l'implication des principaux acteurs et partenaires du secteur de la santé aux différentes étapes.

II.3 Echantillonnage

Un choix délibéré de 349 unités statistiques a été fait parmi les unités statistiques de l'ensemble des trois Iles.

II.4 Collecte des données

La collecte des données pour les CNS a été précédée par une étude sur la cartographie des acteurs du système de santé dont l'objectif principal était d'identifier, de dénombrer, de

localiser et d'actualiser les informations sur les intervenants du système de santé comorien en vue de faciliter la collecte des données aux enquêteurs.

Ces informations collectées ont été mises à la disposition des différentes équipes mises en place pour la collecte des données. Un plan de collecte a été élaboré et validé par l'équipe du sous-comité technique avec l'appui technique d'un Consultant International et le Point Focal Officiel des Comptes Nationaux de la Santé.

Deux types de collectes des données (Secondaire et primaire) ont été définis : (i) Les données secondaires ont été mises en commun par l'équipe du sous-comité technique des CNS à partir des informations déjà existantes et disponibles. Ces données sont celles issues des institutions publiques (Ministère de la Santé, autres Ministères, Institutions publiques et parapubliques, etc.) et celles du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2003), de l'Enquête Intégrale auprès des Ménages (EIM 2004), des Enquêtes sur les prix des produits sanitaires 2010, des données de la comptabilité nationale et (ii) les données primaires ont été collectées auprès des partenaires au développement, des entreprises du secteur privé et des assurances privées.

Les enquêtes auprès de ces unités statistiques, ont été réalisées par une équipe d'enquêteurs et de superviseurs.

Les équipes de collecte ont récupéré 314 questionnaires sur les 349 questionnaires déposés, soit 89,97% d'unités ayant répondu. Les questionnaires récupérés et remplis ont été au nombre de 215, soit 61%. Il s'agit de :

- Entreprises privées et institutions financières : trente et un (31) employeurs qui effectuent de dépenses de santé) ;
- Partenaires techniques et financiers : sept (7) partenaires bilatéraux et multilatéraux (OMS, UNFPA, AFD, FM, BID, PNUD, GAVI) ;
- ONG et associations : sept (7) entités
- Compagnies d'assurance, des mutuelles de santé : 10 entités
- Autres départements ministériels et commissariats : Vice-présidence en charge du Ministère de la Santé, Assemblée Nationale, Défense Nationale, Ministères de Finances, Ministère de la Justice, Commissariats en charge de la santé.
- Ménages : Le pays ne disposant pas d'une enquête récente sur les dépenses des ménages (la dernière enquête datant de 2004) , celles-ci ont été captées auprès des entités suivantes : vingt et neuf (29) prestataires de soins privés dont : dix sept (17) Pharmacies, sept (7) Cabinets Médicaux et Dentaires, cinq (5) Cliniques, un (1) Tradipraticiens et deux (2) Laboratoires) et quarante quatre (44) formations sanitaires publiques, notamment : un (1) CHN, deux (2) CHRI, quatre (4) HP, deux (2) CMC, deux (2) CS, dix (10) CSD, deux (2) CS, trois (3) CSF et vingt et cinq (25) PS ;

II.5 Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été codifiées suivant la nomenclature du SHA 2011. La saisie des données a été faite à l'aide des tableurs Excel avant d'importer les données sur l'outil de production du système des comptes de la santé NHAPT 2011 avec l'expert de l'OMS. Les données ont été ensuite épurées pour vérifier leur cohérence et éliminer les doubles enregistrements éventuels. Le traitement et l'analyse des données ont ainsi permis de dégager les flux entre ces diverses entités et de décrire à travers des tableaux bidimensionnels

standardisés des CS pour les comptes généraux et pour les dépenses de santé de la reproduction.

Il s'agit de :

- Types de régimes de financement par régions (HF x REG)
- Type de régime de financement et par fonction (HC x HF).
- Type de prestataire et par fonction (HC x HP)
- Type de fonction par maladie (HC x DIS)

Les travaux d'interprétation des résultats et la rédaction du rapport des CS 2011 des Comores ont permis l'élaboration du premier draft du document qui a été soumis pour validation.

II.6 Méthode de détermination des clés de répartition

La répartition de certaines dépenses relatives à plusieurs facteurs de production/prestations de services et soins de santé nécessite très souvent l'établissement des clés de répartition. Cette détermination des clés se fait en général de façon consensuelle par les membres de l'équipe technique qui doivent se baser sur un certain nombre d'éléments et de pratiques admis par les professionnels dans le fonctionnement du système de santé du pays.

Pour ce premier exercice des CNS, les dépenses salariales ont été obtenues directement à travers les informations recueillies auprès des structures enquêtées.

Dans le cadre de la répartition des dépenses par maladie, les clés ainsi établies sont les suivantes :

- DIS.2.1-60% formation SR ; DIS.2.2.nec-40% Autres formation
- DIS.2.1-45% affections maternelles ; DIS.2.2-30% affections périnatales ;
- DIS.2.3-10% contraception ; DIS.2.nec-15% autres maladies et problèmes de santé liés à la SR

Pour la répartition des dépenses par âge, les clés ainsi établies se présentent comme suit : AGE.1 (0 à 5ans) 60%; AGE.2 (5 ans et plus) 40% et autres âge AGE.2 nec

II.7 Limite de l'étude

La limite de l'étude a été surtout marquée par le biais de «non réponse» dû d'une part au fait que la cartographie des entités à enquêter ne soit pas exhaustive et d'autre part au refus par certains enquêtés de répondre. Ces deux facteurs ont entraîné un taux de complétude des questionnaires relativement inférieur à celui généralement admis pour ces genres d'exercices.

Les résultats préliminaires de l'enquête ont été présentés lors de la réunion de coordination des hauts responsables de la santé et ce malgré les limites sus-citées. Quelques données comme celles relatives aux dépenses du VIH/SIDA ont été complétées par la suite.

L'équipe de rédaction devra estimer le taux de complétude définitif après cette réunion qui a sensibilisé la plupart des parties prenantes sur l'importance de l'exercice. Il y a eu d'énormes difficultés à disposer des données exhaustives au niveau de certaines structures privées ou institutions, notamment les assurances et les prestataires de soins privés.

La faiblesse du système d'information existant au niveau de plusieurs structures a rendu difficile l'accès à l'information recherchée. Certaines données des partenaires n'ont pas été prises en compte dans cette étude pour non disponibilité des informations.

L'absence d'informations précises permettant d'identifier une masse critique de Tradipraticiens n'a pas permis d'enquêter cette unité statistique qui devrait permettre de disposer des données sur les dépenses dans ce domaine. En outre, les données relatives au financement de la Diaspora et des dépenses liées aux soins des comoriens à l'étranger n'ont pas été disponibles.

III. RESULTATS DE L'ETUDE

L'analyse des résultats des Comptes de la Santé (CS) selon le SHA 2011 de l'Union des Comores au titre de l'exercice 2011, fait ressortir deux grands agrégats qui permettent d'apprécier la dépense nationale de santé. Ce sont :

- Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) qui comprennent toutes les dépenses en santé qui relèvent de la délimitation fonctionnelle (hormis la formation de capital) ;
- Les Dépenses en capital ou compte de capital (HK) qui regroupe toutes les dépenses d'investissement, y incluant la formation brut du capital fixe.

La somme de ces deux agrégats constitue la Dépense nationale de santé (DNS). Elle est la somme des dépenses engagées par l'ensemble des financeurs du système de santé (État, collectivités locales, Ménages, Partenaires techniques et financiers, Sécurité sociale, organismes de protection complémentaire, Mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance, ONGs etc.). La dépense nationale de santé englobe toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée.

La dépense globale de santé est estimée en 2011 à 12 650 464 465 KMF. Elle représente 17 943 KMF, soit 49,57 USD par tête d'habitant. En pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) elle représente 13,27%.

Les DCS forment le plus large agrégat. C'est la somme des dépenses engagées par l'ensemble des sources de financement du système de santé hormis les investissements : Etat, collectivités locales, Ménages, Partenaires techniques et financiers, Sécurité sociale, organismes de protection complémentaire -Mutuelles, sociétés d'assurances, entreprises privées, institutions de prévoyance sociale, ONG etc). Les dépenses courantes en santé sont estimées en 2011 à Onze Milliards Cinq Cent quatre vingt treize Millions cinq cent Soixante treize mille cent dix-huit (11 593 513 118) de francs Comoriens (KMF), soit 91,64% de la dépense totale de santé.

Les dépenses en capital (HK) ou les dépenses d'investissement du système de santé ont été estimées à Un milliard cinquante six million neuf cent cinquante un mille trois cent quarante sept (1 056 951 347) KMF, soit 8,36% de la dépense totale de santé.

III.1 Comparaison sous-régionale de la dépense nationale de santé

En 2011, la dépense nationale de santé par tête d'habitant était estimée à 49,57 USD. En comparaison avec quelques pays africains, cet indicateur donne une position assez importante par rapport aux autres pays (voir tableau ci-dessous). Cette comparaison de la dépense nationale de santé en pourcentage du PIB par rapport aux pays cités dans le tableau ci-après met le pays en première position avec 13,27%.

Tableau 2: Comparaison des Indicateurs socio-économiques avec certains pays de la sous région, année 2011

Pays	DNS/habitant en \$ US	DNS en % du PIB	Espérance de vie	TMI
Niger	26	6,7	58,4	81‰
Mali	45	6,8	55	98‰
Burkina-Faso	37	6,5	56,7	81‰
Sénégal	67	6	63	56‰
Benin	37	4,6	59	62‰
Comores	49	13,3	65,5	50‰

Sources : Rapport Mondial des Statistiques, OMS, 2011 et CNS 2011 Comores

III.2 Régimes de financement de la santé

Comme précédemment définis dans les concepts, les régimes de financement selon le SHA 2011, constituent l'ensemble de règles qui régissent le mode de participation au mode de financement en se basant sur des droits d'accès aux services de santé et les règles sur la mobilisation et ensuite la mise en commun des revenus octroyés au régime. Le tableau ci-dessous indique les principaux régimes de financement de la santé en 2011.

Tableau 3: Dépense nationale de santé selon les Régimes de financement en 2011

Codes	Régimes de financement	Dépenses en KMF
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	7 742 817 640
	HF.1.1 Régimes publics	7 329 604 786
	HF.1.2 Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	413 212 854
HF.2	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	513 287 730
	HF.2.1 Régimes d'assurance maladie facultative	173 579 467
	HF.2.2 Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)	335 964 288
	HF.2.3 Régimes de financement des entreprises	3 743 975
HF.3	Paiement direct des ménages	3 615 659 351
	HF.3.1 Paiement direct sans partage de coûts	3 615 659 351
HF.4	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	778 699 743
	HF.4.2 Régimes facultatifs (non-résidents)	778 699 743
Dépenses Totales _ HF		12 650 464 465

Les principaux régimes de financement de la santé en 2011 aux Comores sont : les régimes de l'administration publique, les régimes volontaires de paiement privés de soins de santé, les paiements directs des ménages et le financement du reste du monde. On constate que les

régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé occupent la première place en matière de financement de la santé avec 61,21% dont 57,94% pour les régimes publics et 3,27% pour les régimes contributifs. Les ménages viennent en deuxième position avec 28,58% des dépenses totales. Presque la totalité des dépenses des ménages est constituée de paiements directs, ce qui dans un contexte où 44,8%¹² de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté, constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins et services de santé. Une telle situation n'est pas sans effet sur le système de santé. Dans ce cadre, il serait urgent d'alléger aux ménages, le fardeau des dépenses de santé pesant sur eux par la mise en place d'un mécanisme d'assurance maladie obligatoire et une prise en charge des personnes pauvres et indigentes par un tiers.

La part du régime de financement du reste du monde a représenté 6,16% du financement total. Les entreprises privées et les assurances ont contribué à hauteur de 1,40% au financement de la santé en 2011. En effet les employeurs privés contribuent au financement de la santé à travers :

- des souscriptions des employés à l'assurance maladie ;
- des paiements directs auprès des prestataires de soins au profit des employés ;
- des remboursements des frais médicaux effectués aux employés ;
- des opérations d'investissement et de dons au profit du système de santé.

Les régimes d'assurance maladie facultative ont contribué à hauteur de 1,37% au financement de la santé, ce qui montre la faible utilisation de ce régime de financement de la santé dans le pays. En effet, ce régime de financement reste encore limité à quelques individus aisés qui souscrivent pour eux-mêmes et les organismes bilatéraux et multilatéraux pour leur personnel. La part du régime de financement à travers les ISBLSM a été estimée à 2,66% du total des dépenses de santé au cours de l'année 2011.

III.3 Recettes des régimes de financement de la santé

Selon la nomenclature décrite dans le SHA 2011, une recette d'un régime de financement est l'augmentation des fonds induite par ce régime de financement de la santé au moyen de mécanismes de contributions spécifiques.

Les catégories de la classification sont des types de transactions particulières au moyen desquelles les régimes de financement obtiennent leurs recettes.

Le tableau suivant fait état de la distribution de la dépense nationale de santé selon les recettes des régimes de financement en 2011.

¹² Source : SCADD 2014

Tableau 4 : Dépense nationale de santé selon les recettes des régimes de financement des soins de santé, 2011

Codes	Recettes des régimes de financement des soins de santé	Dépenses en KMF
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	3 437 155 107
FS.1.1	Transferts internes et allocations	3 437 155 107
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	2 358 242 125
FS.3	Cotisations d'assurance sociale	389 368 599
FS.3.1	Cotisations d'assurance sociale venant des employés	1 991 300
FS.3.2	Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs	357 770 404
FS.3.3	Cotisations d'assurance sociale venant des travailleurs indépendants	1 194 738
FS.3.4	Autres cotisations d'assurance sociale	28 412 157
FS.4	Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)	23 844 255
FS.4.1	Prépaiement obligatoire venant des individus/des ménages	23 844 255
FS.6	Autres revenus nationaux n.c.a.	6 276 274 912
FS.6.1	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	6 183 264 429
FS.6.3	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	92 638 483
FS.6.nec	Différents autres revenus nationaux (n.c.a.)	372 000
FS.nec	Autres recettes (n.c.a.)	165 579 467
Dépenses Totales _ DNSXFS		12 650 464 465

En matière de contribution aux recettes des régimes de financement de la santé en 2011, les autres revenus non classés ailleurs dont ceux provenant des ménages ont constitué environ 50% des dépenses totales de santé. Ceci dénote une fois de plus le fardeau que constitue la part du financement des ménages dans le secteur de la santé.

Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la Santé) occupent la deuxième place avec 27,17% des dépenses totales de santé.

Les transferts d'origine étrangère représentent globalement 18,64% des dépenses totales de santé. Il faut noter que les cotisations sociales ont représenté seulement 3,08% des dépenses totales de santé. Enfin, la part des prépaiements obligatoires autres que ceux provenant des assurances n'a représenté que 0,19% tandis que les autres recettes non classées ailleurs ont représenté 1,31%.

III.4 Agents de financement de la santé

Les agents de financement sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement. Le tableau ci-dessous indique la répartition des dépenses de santé par agent de financement en 2011.

Tableau 5: Dépenses de santé selon les Agents de financement, 2011

Codes		Agents de Financement	Dépenses en KMF
FA.1		Administration publique	3 437 527 107
	FA.1.1	Administration centrale	2 156 267 898
	FA.1.2	Administration Régionale	1 280 887 210
	FA.1.nec	Autres régimes publics (n.c.a.)	372 000
FA.1		Sociétés d'Assurance	321 209 929
	FA.2.1	Sociétés d'assurances commerciales	27 333 096
	FA.2.2	Mutuelles et autres organismes d'assurance sans but lucratif	128 297 366
	FA.2.nec	Autres sociétés d'assurance (n.c.a.)	165 579 467
FA.3		Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	257 582 392
	FA.3.2	Sociétés (hors prestataires de services de santé)	257 582 392
FA.4		Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	92 638 483
	FA.4.1	Fondation et ONG Nationales	92 638 483
FA.5		Ménages	6 183 264 429
FA.6		Reste du monde	2 358 242 125
	FA.6.1	Organisations internationales	977 152 284
	FA.6.2	Gouvernements étrangers	1 009 408 615
	FA.6.3	Autres entités étrangères	371 681 226
Dépenses Totales _ DNSXFA			12 650 464 465

La classification des dépenses totales de santé selon les agents de financement montre que la distribution des ressources dans le système de santé est essentiellement assurée par les ménages avec 49,80% de la dépense totale de santé dont 48,88% représente les dépenses de paiement direct des ménages. L'Etat occupe la deuxième place avec 27,17% ; vient ensuite le reste du monde constitué d'unités non résidentes.

Par ailleurs, il est noté que seules 2,54% des ressources ont été gérées par le biais de l'assurance maladie et des mutuelles de santé. Cette faiblesse de la couverture maladie à travers un système assurantiel doit préoccuper les autorités sanitaires du pays dans un contexte d'accélération des progrès vers l'atteinte des OMD liés à la santé à l'horizon 2015 et celui de la couverture universelle en santé auquel les pays de la région africaine de l'OMS se sont engagés.

III.5 Prestataires de soins de santé

Les prestataires de soins constituent les entités qui fournissent les biens et services médicaux au profit de la population. Le tableau ci-dessous indique la répartition de la dépense nationale de santé par type de prestataire.

Tableau 6 : Dépenses de santé par type de prestataire des services et soins de santé

Codes	Prestataires de soins de santé	Dépenses en KMF
HP.1	Hôpitaux	7 861 041 098
	HP.1.1 Hôpitaux généraux	7 861 041 098
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	105 923 397
	HP.3.1 Cabinets médicaux	99 683 397
	HP.3.2 Cabinet dentaire	240 000
	HP.3.3 Autres praticiens de soins de santé	6 000 000
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	46 826 850
	HP.4.2 Laboratoires Médicaux et de diagnostique	46 826 850
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	629 773 542
	HP.5.1 Pharmacies	629 773 542
HP.6	Prestataires de soins préventifs	68 699 835
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	3 026 516 816
	HP.7.1 Agences étatiques de l'administration de la santé	2 779 773 559
	HP.7.2 Agences d'assurance maladie sociale	201 912 563
	HP.7.9 Autres agences administratives	44 830 694
HP.8	Reste de l'économie	449 448 579
	HP.8.3 Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communautaires, agents de santé des villages, etc.)	449 448 579
HP.9	Reste du monde	2 863 000
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	459 371 349
Dépenses Totales _ HP		12 650 464 465

L'examen de ce tableau montre que les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires occupent la première place en matière d'absorption de ressources constituant la dépense totale de santé avec respectivement 62,14% et 0,84%. Viennent ensuite les prestataires des services administratifs et de financement du système de soins de santé avec 23,92%. Le reste de l'économie, constitué des agents communautaires et les autres prestataires de soins non classés ailleurs, représentent respectivement 3,55% et 3,63%. Les détaillants et autres prestataires de biens médicaux et prestataires des soins préventifs bénéficient de flux financiers relativement faibles avec respectivement 4,98% et 0,54%. Cette situation doit interpellier les décideurs afin de mettre en place de véritables stratégies en matière de prévention en vue de mieux faire face à la réurgence de certaines maladies non transmissibles qui prennent de plus en plus d'importance dans le profil épidémiologique.

III.6 Fonctions de soins de santé

Les fonctions de soins de santé sont un ensemble de biens et services produits par les prestataires en combinant les différents facteurs de prestation des soins et services de santé. Le tableau ci-dessous donne la répartition de la dépense nationale de santé selon les fonctions.

Tableau 7 : Dépenses de santé selon les Fonctions des soins de santé en 2011

Codes	Fonctions de soins de santé	Dépenses en KMF
HC.1	Soins curatifs	8 459 491 896
	HC.1.1 Soins curatifs hospitaliers	7 789 010 946
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	670 480 951
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	43 606 850
	HC.4.1 Services de Laboratoire d'analyses médicales	43 606 850
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	1 376 571 270
	HC.5.1 Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	884 981 470
	HC.5.2 Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	482 163 096
	HC.5.nec Autres biens médicaux (n.c.a.)	9 426 705
HC.6	Soins préventifs	1 560 584 588
	HC.6.1 Programmes d'information, d'éducation et de conseil	142 795 573
	HC.6.2 Programmes de vaccination	35 707 246
	HC.6.4 Programme de suivi de l'état de santé	72 996 710
	HC.6.5 Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	571 770 544
	HC.6.6 Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	60 042 807
	HC.6.nec Autres soins préventifs (n.c.a.)	677 271 707
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	644 848 313
	HC.7.1 Gouvernance et administration du système de santé	138 275 951
	HC.7.nec Autres gouvernance, administration du système de santé et des financements (n.c.a.)	506 572 362
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	565 361 547
Dépenses Totales _DNSXHC		12 650 464 465

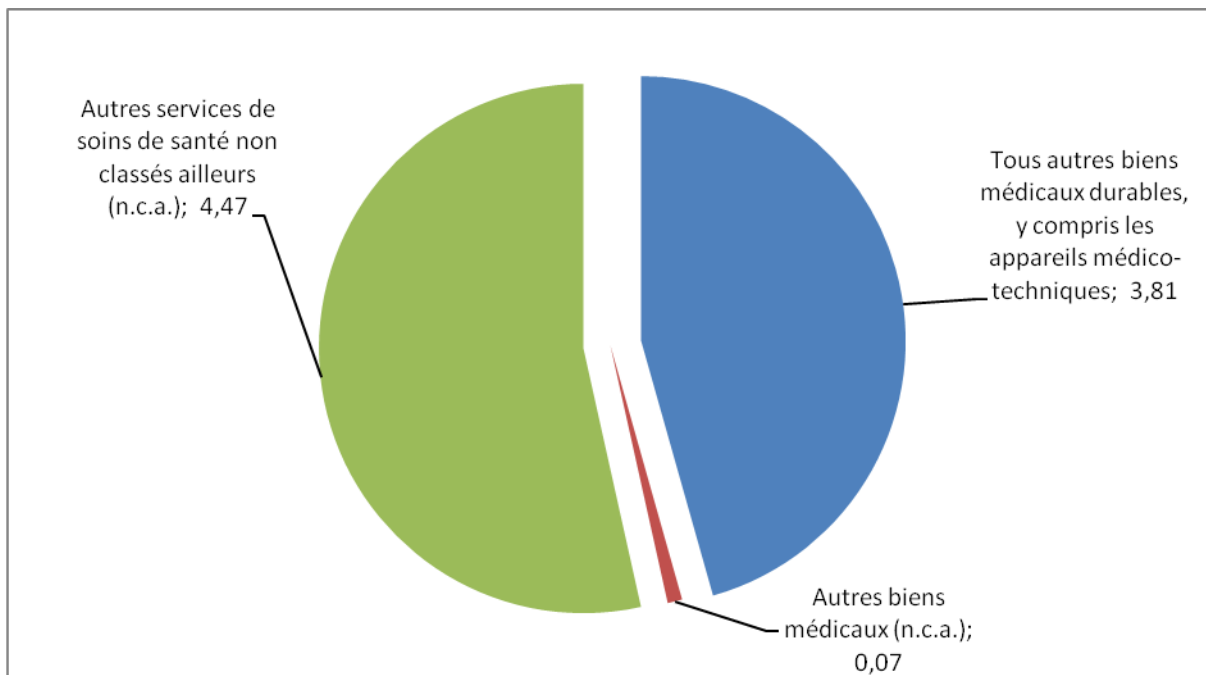
De l'examen du tableau ci-dessus, il ressort que les soins curatifs représentent environ 2/3 des dépenses totales de santé avec 61,57% pour les soins curatifs en milieu hospitalier et 5,30 % pour les soins curatifs ambulatoires. Les soins préventifs produits au niveau des différents programmes, y compris les préparations pour les urgences et catastrophes ont représenté 12,34%. Les biens médicaux, constitués essentiellement de produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables, ont représenté 10,88% de la dépense totale de santé.

La part de dépense occupée par la Gouvernance et l'administration du système de santé a été estimée à 5,10% et les autres services de soins de santé non classés ailleurs ont été estimés à 4,47%.

III.7 Dépenses en Formation de capital

La formation brute de capital dans le système de production des biens et services de santé se mesure par la valeur totale des actifs que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal déduction faite de la valeur des ventes d'actifs de même nature et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des biens et services de santé.

Le graphique ci-dessous indique la répartition des dépenses en capital par rapport aux dépenses totales de santé au cours de l'année 2011.

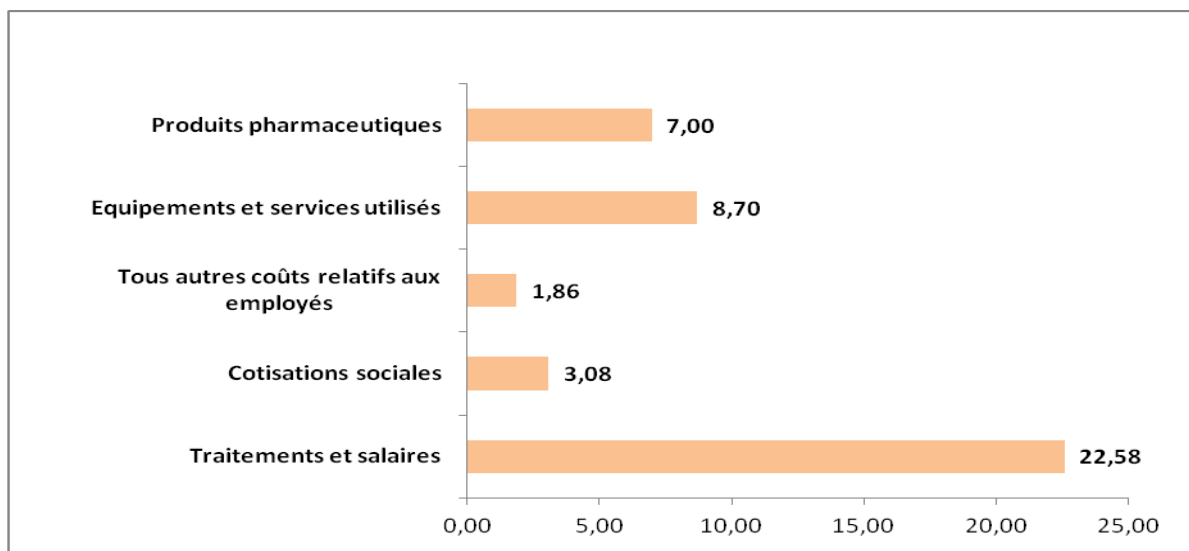


Graphique 2 : Dépendance Nationale de Santé (DNS) selon Formation de capital (HK) en Francs comoriens, Comores, 2011

La part des dépenses relatives à la formation de capital représente 8,34% des dépenses totales de santé. Ces dépenses comprennent essentiellement le renouvellement d'une partie du parc automobile, du plateau technique dans certaines formations sanitaires et les constructions/réhabilitations des infrastructures. Il faut toutefois remarquer une sous-estimation de ces dépenses liée probablement à un problème de collecte des données.

III.8 Facteurs de prestation

Les facteurs de prestations sont les intrants utilisés par le prestataire pour produire les biens et services de santé. Le prestataire utilise de la main d'œuvre, des équipements, du matériel, paye des impôts, utilise des services externes. Les FP représentent la valeur totale des ressources (en nature ou en espèces) utilisées dans la production du bien et service de santé. Le graphique ci-dessous indique les dépenses de santé au cours de l'année 2011 selon les facteurs de prestations.



Graphique 3 : Dépenses Nationales de Santé selon les principales rubriques des Facteurs de Prestation en %

III.9 Situation des principaux indicateurs des CNS 2011

Il s'agit des indicateurs de base issus des comptes de la santé de l'Union des Comores, afin de permettre la comparaison des efforts fournis par les parties prenantes au développement du secteur de la santé pour l'amélioration de la performance du système de santé.

Tableau 8 : Principaux Indicateurs des CNS 2011

Indicateurs CNS 2011	Valeur
Dépenses de l'Etat allouées à la santé en % du Budget Global de l'Etat	10,00
Dépenses totales de santé en dollars US par habitant	49,57
Dépenses de santé en % du Produit interieur Brut (PIB)	13,27
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	27,17
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	18,64
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	49,80
Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses totales de santé	48,88
Dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses de santé des menages	98,15
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	12,34
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	66,87
Dépenses de produits pharmaceutiques en % des dépenses totales de santé	7,00
Dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales de santé	5,10
Ratio en % formation de capital sur dépense nationale de santé	8,36
Dépenses courantes de santé en % des dépenses nationales de santé	91,64
Ratio en % salaires payés par l'Etat au personnel de santé sur les dépenses nationales de santé	22,09
Ratio en % des soins préventifs sur les soins curatifs	18,45
Dépenses de santé des collectivités territoriales en % des dépenses totales de santé	10,13

IV. RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE LA REPRODUCTION 2011

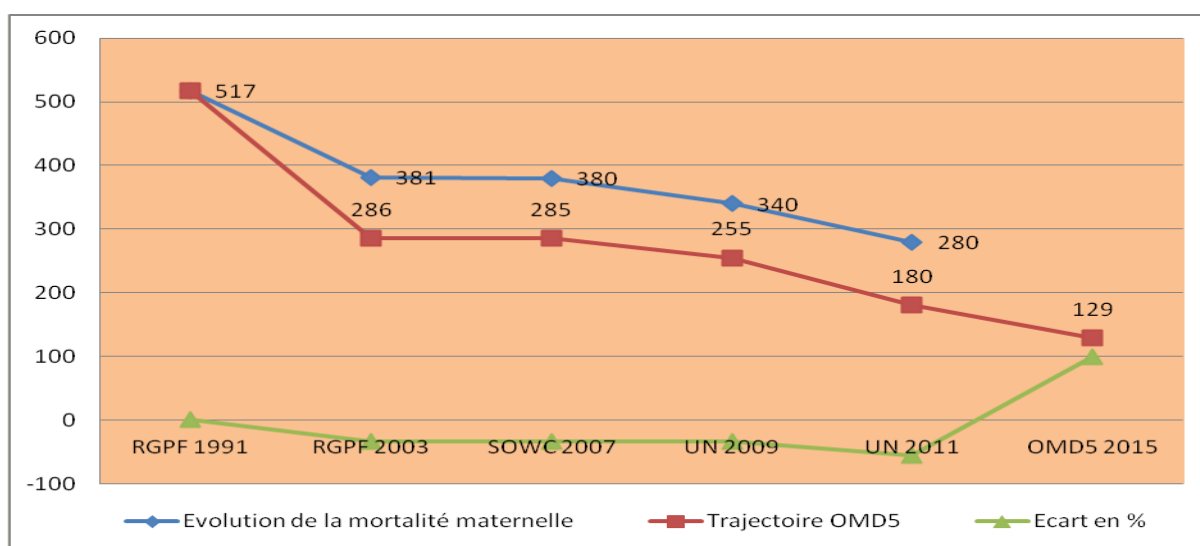
IV.1 Analyse de situation de la SR aux Comores

La mise en œuvre des objectifs du Millénaire pour le Développement, particulièrement l'OMD5 : «Améliorer la santé maternelle» a connu une évolution positive aux Comores depuis une vingtaine d'années. Cela a été possible grâce à l'engagement de l'Etat et de ses partenaires, qui n'ont pas hésité à fournir des efforts nécessaires pour mettre en œuvre un certain nombre de stratégies et d'interventions sûres et ambitieuses.

En moyenne l'Indice Synthétique de Fécondité¹³ (ISF) est estimé à 4,3 enfants par femme. Il est beaucoup plus élevé en milieu rural (4,8 enfants par femme) qu'en milieu urbain (3,5 enfants).

Dix-neuf pour cent (19 %) des femmes en âge de procréer ont déclaré utiliser une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête, et la plupart utilise une méthode moderne (14 % contre 5 % pour les méthodes traditionnelles), contre 21 % en 1996. Par contre, en ce qui concerne les méthodes modernes, y compris la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), la prévalence a augmenté, en passant de 11 % en 1996 à 14 % en 2012. En outre, 21 % des femmes en union utilisent actuellement une méthode moderne en milieu urbain contre 11 % en milieu rural.

En Union des Comores, le ratio de mortalité maternelle est passé de 517 pour 100.000 naissances vivantes en 1991 à 380 pour 100.000 naissances en 2003, puis à 340 pour 100.000 naissances vivantes en 2009, avant de s'établir à 280 pour 100.000 naissances vivantes en 2011. Le graphique ci-dessous indique l'évolution du taux de la mortalité maternelle de 1991 à 2011.



Graphique 4 : Evolution de la mortalité maternelle, Comores, 1990-2011

Ce graphique montre que les décès maternels représentent une proportion élevée de l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer et restent liés aux principales causes¹⁴

¹³ Selon les résultats de l'EDS-MICS II

que sont : les hémorragies (34%), les infections (16%), l'éclampsie (9%) et les avortements compliqués (4%).

Après analyse des comptes de la santé relatifs à la Santé de la Reproduction, les résultats sont définis dans les rubriques ci-après désignées par composante du système des comptes de la santé (SHA 2011).

IV.2 Recettes des Régimes de Financement de la SR

Les recettes des régimes de financement constituent l'ensemble des revenus contribuant à la production de biens et services de santé de la reproduction. En 2011, ces revenus ont été estimés à 1 192 915 941 KMF, soit environ 9,43% des dépenses nationales de santé. La non disponibilité des données relatives au financement de la SR n'a pas permis de disposer d'un nombre assez exhaustif de bailleurs ayant financé les activités de la SR en 2011.

IV.3 Régimes de financement de la SR

Les principaux régimes ayant contribué au financement des dépenses de la SR en 2011 sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Régimes de Financement des Soins de Santé selon la Santé de la Reproduction par Maladie/Affection en 2011

Codes		Régimes de financement	Dépenses en KMF
HF.1		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	1 135 756 976
	HF.1.1.1	Régimes de l'administration centrale	536 047 624
	HF.1.1.2	Régimes de l'administration locale/régionale/des états fédérés	599 709 353
HF.2		Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	23 425 520
	HF.2.2.1	Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)	23 425 520
HF.4		Régimes de financement du reste du monde (non résidents)	33 733 445
	HF.4.2.2	Autres régimes (non-résidents)	33 733 445
Dépenses Totales _ HC			1 192 915 941

L'examen du tableau ci-dessus indique que les régimes de financements de la SR en 2011 ont été essentiellement de trois types : régimes de l'administration publique, régimes de paiement privé de soins de santé et régimes du reste du monde.

Les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé ont occupé la première place en matière gestion des dépenses en SR avec 95,20% dont 44,93% à travers le régime de l'administration centrale et 50,27% par les régimes de l'administration locale.

Les régimes de financement du reste du monde (non-résidents) ont quant à eux représenté 2,82% des dépenses de la SR tandis que les régimes de financement des ISBLSM ont été estimés à 1,94%.

¹⁴ Stratégie nationale de survie de l'Enfant 2013-2015, Comores, 2013

IV.4 Prestataires de Soins de Santé de la SR

Le tableau ci-dessous indique la répartition des dépenses en SR par les différents prestataires.

Tableau 10 : Prestataires de Soins de Santé selon la Santé de la Reproduction par Maladie/Affection en 2011

Codes		Prestataires de soins de santé	Dépenses en KMF
HP.1		Hôpitaux	713 867 654
HP.1.1		Hôpitaux généraux	713 867 654
	HP.1.1.1	Centre Hospitalier National	43 422 413
	HP.1.1.2	Centres Hospitaliers de Référence Insulaire	165 716 328
	HP.1.1.3	Hôpitaux de District	470 995 467
	HP.1.1.nec	Autres Hôpitaux généraux	33 733 445
HP.5		Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	51 458 691
HP.5.1		Pharmacies	51 458 691
HP.6		Prestataires de soins préventifs	47 228 109
HP.7		Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	331 285 968
HP.7.1		Agences étatiques de l'administration de la santé	331 285 968
HP.8		Reste de l'économie	49 075 520
HP.8.3		Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communautaires, agents de santé des villages, etc.)	49 075 520
Dépenses Totales _HPXDIS_SR			1 192 915 941

L'analyse des chiffres présentés dans le tableau ci-dessus montre que les hôpitaux généraux ont consommé près de deux tiers des dépenses de SR (59,84%) avec respectivement 39,48% pour les hôpitaux de district, 13,89% pour les centres hospitaliers de référence insulaire, 3,64% pour le centre hospitalier national et 2,82% pour les autres hôpitaux généraux.

Les prestataires des services administratifs et de financement du système de soins de santé ont représenté 27,77% des dépenses de la SR.

Les détaillants et autres prestataires de biens médicaux, en particulier les pharmacies ont consommé 4,31% des dépenses de la SR.

Les agents de santé communautaire (ou travailleurs de santé communautaire, agents de santé des villages, etc) ont représenté 4,11%.

Les prestataires de soins préventifs ont utilisé 3,95% des dépenses de la SR, ce qui dénote une insuffisance de la prévention en matière de la SR comme l'indique le faible taux de contraception. Il y a lieu de mettre un accent particulier sur le développement des programmes de prévention en matière de santé de la reproduction en vue d'infléchir significativement la mortalité maternelle dans l'optique de l'atteinte de l'OMD 5 à l'échéance de 2015.

IV.5 Fonctions de Soins de Santé de la SR

Selon la définition utilisée dans le SHA 2011, les fonctions sont les types de biens et services et les activités réalisées par les prestataires.

Le tableau ci-dessous indique la répartition des dépenses de santé de la SR par type de fonction.

Tableau 11 : Fonctions de Soins de Santé selon la Santé de la Reproduction par Maladie/Affection en 2011

Codes		Fonctions des soins de santé	Dépenses en KMF
HC.1		Soins curatifs	
	HC.1.1	Soins curatifs hospitaliers	5 813 794
HC.5		Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	
	HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	136 131 819
HC.6		Soins préventifs	
	HC.6.1	Programmes d'information, d'éducation et de conseil	40 989 488
	HC.6.2	Programmes de vaccination	33 980 445
	HC.6.4	Programme de suivi de l'état de santé	60 780 169
	HC.6.5.1	Planification & Gestion	141 257 107
	HC.6.5.nec	Autres surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie (n.c.a.)	6 000 000
	HC.6.nec	Autres soins préventifs (n.c.a.)	75 741 984
HC.7		Gouvernance, administration du système de santé et des financements	
	HC.7.1	Gouvernance et administration du système de santé	112 824 447
HC.7.nec		Autres gouvernance, administration du système de santé et des financements (n.c.a.)	98 640 092
Dépenses Totales _ HCXDIS_SR			712 159 346

Il ressort de l'examen de ce tableau, ce qui suit :

- La fonction de planification et de gestion des programmes de santé a occupé la première place en termes de poids en matière de dépenses de la SR en 2011 avec 19,84%. Puis viennent les dépenses relatives aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables avec 19,12%.
- La gouvernance et l'administration du système de santé ont occupé la troisième place en termes de consommations des dépenses de la SR avec 15,84%. Les autres dépenses d'administration et de gouvernance ont consommé 13,85% des dépenses de fonctionnement en matière de SR.
- Les soins curatifs hospitaliers ont consommé seulement 1% des dépenses de santé de la SR. Cette situation qui ne semble pas refléter la réalité, mérite une analyse approfondie de la part des responsables afin de déterminer ses causes réelles.

IV.6 Dépenses de la SR selon les régions sanitaires

Le tableau ci-dessous montre la répartition des dépenses de santé entre les différentes affections et selon les régions sanitaires en 2011.

Tableau 12 : Dépenses de santé de la SR selon les Régions en 2011

Codes	Santé de la reproduction	REG.1. Mwali	REG.2. Ndzouani	REG.3. Ngazidja	REG.4. Union	Dépenses en KMF
DIS.2.1	Affections maternelles	12 924 775	212 659 605	50 626 277	237 538 054	513 748 710
DIS.2.2	Affections périnatales	8 616 516	141 773 070	33 750 851	158 358 703	342 499 140
DIS.2.3	Prise en charge d'une contraception (planning familiale)	1 233 448	35 877 485	10 682 541	101 060 451	148 853 924
DIS.2.nec	Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction (n.c.a.)	1 850 171	54 056 228	49 785 256	82 122 512	187 814 167
Dépenses de santé_DIS X REG		24 624 910	444 366 387	144 844 925	579 079 719	1 192 915 941

L'examen de ce tableau indique que les affections maternelles ont constitué le premier poste des dépenses de santé avec 43,07% des dépenses, suivies des affections périnatales avec 28,71%. Les autres maladies et problèmes liés à la santé de la reproduction ont consommé 15,74% des dépenses de la SR. Les services et prestations liés à la SR ont quant à eux consommé 12,48% de la dépense de la SR en 2011.

En termes de consommation des dépenses de santé de la SR, l'Union occupe la première place avec 48,54% des dépenses totales en SR, puis la région de Ndzouani avec 37,25% des dépenses. La région de Ngazidja occupe la troisième place avec une part des dépenses totales de 12,14% et enfin la région de Mwali avec 2,06% de dépenses.

IV.7 Dépenses d'investissement de la SR

Les dépenses d'investissement liées à la SR ont été estimées à 480 756 595 KMF, soit 40,30% de la dépense totale en SR en 2011. Les appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables, y compris les appareils médico-techniques ont constitué l'unique rubrique de ce poste des dépenses d'investissement pour l'année 2011 comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13: Formation de capital selon la Santé de la Reproduction par Maladie/Affection en 2011

Codes	Formation de Capital (HK)	DIS.2.1. Affections maternelles	DIS.2.2. Affections périnatales	DIS.2.3. Prise en charge d'une contraception (planning familiale)	DIS.2.nec. Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction (n.c.a.)	Dépenses en KMF
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	216 340 468	144 226 978	48 075 659	72 113 489	480 756 595
HC.5.2.9	Tous autres biens médicaux durables, y compris les appareils médico-techniques	216 340 468	144 226 978	48 075 659	72 113 489	480 756 595
Dépenses Totales _ HKXDIS		216 340 468	144 226 978	48 075 659	72 113 489	480 756 595

CONCLUSION

Le processus d'élaboration des comptes de la santé dans lequel les autorités sanitaires de l'Union des Comores s'étaient engagées en 2012, a marqué une étape importante dans les réformes du système de santé du pays. Ce premier exercice des comptes de la santé a ainsi permis au pays de disposer d'informations essentielles sur les différents flux financiers engagés dans le fonctionnement du système de santé au cours de l'année 2011. Les principaux agrégats en matière de financement de santé ont été renseignés; ce qui permettrait aux décideurs de mieux orienter les politiques et stratégies de santé à court, moyen et long terme en vue d'accroître la performance du système de santé et d'atteindre ainsi les objectifs de développement sanitaire du pays.

Au terme de cet exercice, les constats suivants ont été établis :

- La dépense nationale de santé a été estimée à 12,65 milliards de KMF, soit environ 34 968 445 USD. En termes de dépenses par habitant, elle représente 49,57 USD ce qui dépasse la dépense moyenne par tête d'habitant préconisée par la Commission Macro-économie mise en place en 2001 par l'OMS qui l'estimait à un minimum de 34 USD par habitant ;
- La dépense nationale de santé a été répartie en deux grands agrégats à savoir les dépenses courantes de santé et les dépenses en capital avec les parts respectives suivantes : 91,64% pour les DCS et 8,36% pour les dépenses en capital ;
- La part du budget total de l'Etat consacrée à la santé est estimée à 10% en 2011, part dépassant les 15% que les chefs d'Etat africains avait recommandé en 2001. Ces deux indicateurs montrent l'effort important de l'Etat comorien en faveur du développement sanitaire du pays, effort appuyé fortement par la communauté internationale ;
- Malgré cet effort significatif de l'Etat dans le financement de la santé, les ménages constituent la source principale de financement du système de santé avec 49,61 % de la dépense totale de santé dont 98,15% de dépenses directes. Cette situation montre la faiblesse du mécanisme de prépaiement ayant comme conséquence l'appauvrissement des ménages qui devront faire face à des dépenses catastrophiques. En effet, le risque d'exclure les plus démunis et d'appauvrir les classes moyennes reste très élevé. Face à cette situation, beaucoup de familles s'endettent lourdement pour s'offrir des soins et des services de qualité. Il y a lieu de mettre en place une stratégie nationale en matière de couverture universelle en santé afin d'assurer à la majorité de la population des soins de santé de qualité en mettant en avant les principes de droits et d'équité en santé ;
- L'analyse des dépenses de santé à travers les régimes de financement a montré que que les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé occupent la première place en matière de financement de la santé avec 61,21% dont 57,94% pour les régimes publics et 3,27% pour les régimes contributifs ;
- La même analyse concernant les agents de financement a fait ressortir que la distribution des ressources dans le système de santé est essentiellement assurée par les ménages avec 48,88% de la dépense totale de santé. L'Etat occupe la deuxième place avec 27,17% ;

- Concernant les prestataires de soins, les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires ont occupé la première place en matière d'absorption de ressources constituant la dépense totale de santé avec respectivement 62,14% et 0,84% ;
- L'analyse à travers les fonctions a fait ressortir que les soins curatifs représentent environ 2/3 des dépenses totales de santé avec 61,57% pour les soins curatifs en milieu hospitalier et 5,30 % pour les soins curatifs ambulatoires ;
- L'examen du sous-compte santé de la reproduction a fait ressortir une dépense en SR estimée à 9,43% des dépenses nationales de santé. Les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé ont essentiellement géré les dépenses de SR au cours de l'année 2011. Pour la répartition de ces dépenses, on constate que près de deux tiers des dépenses de SR, soit 59,84% ont été utilisées respectivement à 39,48% pour les hôpitaux de district, à 13,89% pour les centres hospitaliers de référence insulaire, à 3,64% pour le centre hospitalier national et à 2,82% pour les autres hôpitaux généraux.

Ces principaux résultats issus des comptes de la santé ont ainsi donné la photographie des différentes transactions financières menées dans le secteur de la santé du pays et les principales utilisations qui en sont faites au cours de l'année 2011. L'exploitation judicieuse de ces résultats orienterait davantage aussi bien les responsables politiques que les principaux acteurs et partenaires du développement sanitaire du pays.

RECOMMANDATIONS

Les constats faits dans l'analyse des dépenses nationales de santé de ce rapport ont permis de formuler les recommandations suivantes en vue d'améliorer la performance du système de santé en Union des Comores :

A l'endroit de l'Etat :

- Institutionnaliser les CNS par la mise en place de cadres juridiques et la mobilisation des ressources à tous les niveaux, notamment, la création d'une ligne budgétaire allouée à l'élaboration des CNS ;
- Augmenter respectivement les ressources budgétaires de l'Etat en faveur du secteur de la santé conformément aux engagements et recommandations internationaux auxquels le pays a souscrit ;
- Mettre en place un système de couverture universelle en santé en vue d'une meilleure prise en charge globale de la santé de la population comorienne ;
- Créer une ligne budgétaire pour l'élaboration des Comptes de la santé dans le budget de l'Etat alloué à la santé dans la perspective de son institutionnalisation;
- Réaliser d'autres études et enquêtes pour mesurer l'impact des interventions en vue d'accroître la performance du système de santé à tous les niveaux.

A l'endroit de la Vice-présidence en charge du Ministère de la Santé :

- Faire le plaidoyer auprès des autorités politiques pour une augmentation progressive de la part du budget alloué à la santé ;

- Recommander aux acteurs du secteur privé de la santé de fournir les données et informations nécessaires à l'élaboration des CNS ;
- Dynamiser les Comités techniques en charge du suivi de la production des Comptes de la santé ;
- Sensibiliser les unités statistiques au niveau national et régional en vue de faciliter la collecte des données et d'informations pour la production régulière des Comptes de la santé ;
- Produire régulièrement les Comptes de la santé avec l'appui technique et financier de toutes les parties prenantes en mettant l'accent sur les dépenses par maladie et par bénéficiaire ;
- Poursuivre l'exercice de production des Comptes de la santé de 2012 et 2013 en 2014, mais, aussi pour les autres années ;
- Mettre en place un système de collecte des données de routine pour la production des futurs comptes ;
- Diffuser les résultats des comptes de la santé à tous les niveaux et auprès des différentes parties prenantes au développement du secteur de la santé.

A l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

- Accroître l'appui technique et financier en faveur de la santé dans le cadre de l'aide publique au développement ;
- Fournir régulièrement à la Vice-présidence en charge du Ministère de la santé, les données financières relatives à leurs interventions dans le secteur de la santé en vue de leur prise en compte dans les prochains exercices des Comptes de la santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 01 Guide pour l'élaboration des SHA 2011, OMS, OCDE, 2012 ;
- 02 Manuel des Finances publiques, Fonds Monétaire International, 2001 ;
- 03 Statistiques des Finances publiques : Compilation pour le Développement des Pays, sept 2011 ;
- 04 Rapport des Comptes de la Santé, Niger, 2011 ;
- 05 Outil de production des comptes de la santé SHA 2011 (NPHPT SHA 2011), OMS, OCDE, 2012 ;
- 06 Tableau des Opérations Financières de l'Etat, Comores, 2011 ;
- 07 Ministère de l'Economie et des Finances, Etats consolidés d'exécution financière des budgets de l'Etat, Comores, 2011
- 08 Annuaire des Statistiques Sanitaires 2011-2012, Comores, 2014
- 09 EDS-MICS, Direction Nationale des Statistiques, Comores, 2012
- 10 Rapports d'activités des différents programmes et directions de santé, 2011
- 11 Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable, Comores, 2014 ;
- 12 Manuel des Finances publiques, Fonds Monétaire International, 2001 ;
- 13 Enquête STEP Wise sur les facteurs de risque des Maladies non Transmissibles en Union des Comores, 2011
- 14 Statistiques Mondiales Sanitaires, OMS, 2011
- 15 Rapport annuel de la Banque Centrale des Comores, 2012.
- 16 Plan Stratégie de la Survie de l'Enfant, perspective 2013-2015

ANNEXES

Annexe 1: Répartition des dépenses de santé des Régimes de financement par Recettes des régimes de financements en 2011, Comores

Régimes de Financement	Recettes des Régimes de Financement des Soins de Santé										Tous FS	
	FS.1.1. Transferts internes et allocations	FS.2. Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	FS.3.1. Cotisations d'assurance sociale venant des employés	FS.3.2. Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs	FS.3.3. Cotisations d'assurance sociale venant des travailleurs indépendants	FS.3.4. Autres cotisations d'assurance sociale	FS.4.1. Prépaiement obligatoire venant des individus/des ménages	FS.6.1. Autres revenus venant des ménages n.c.a.	FS.6.3. Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	FS.6.nec. Différents autres revenus nationaux (n.c.a.)		FS.nec. Autres recettes (n.c.a.)
HF.1.1.1. Régimes de l'administration centrale	2 156 267 898	735 029 224						1 738 119 725				4 629 416 846
HF.1.1.2. Régimes de l'administration locale/régionale/des états fédérés	1 280 887 210	601 187 353						817 741 378				2 699 815 940
HF.1.1.nec. Autres régimes publics (n.c.a.)										372 000		372 000
HF.1.2.1. Régimes d'assurance maladie sociale			1 991 300	357 770 404	1 194 738	28 412 157						389 368 599
HF.1.2.2. Régimes d'assurances maladie privée obligatoire							23 844 255					23 844 255
HF.2.1.1.1. Assurance employeur (autres que les systèmes d'entreprises)								8 000 000				8 000 000
HF.2.1.2.nec. Autres régimes d'assurance maladie facultative (n.c.a.)											165 579 467	165 579 467
HF.2.2.1. Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)		232 842 600							92 638 483			325 481 083
HF.2.2.2. Régimes des agences de développement étrangères résidentes		10 483 205										10 483 205
HF.2.3.2. Régimes de financement des prestataires de services médicaux								3 743 975				3 743 975
HF.3.1. Paiement direct sans partage de coûts								3 615 659 351				3 615 659 351
HF.4.2.2.1. Régimes Philanthropiques / ONG internationales		138 838 626										138 838 626
HF.4.2.2.2. Régimes des institutions de développement étrangères		639 861 117										639 861 117
Tous HF	3 437 155 107	2 358 242 125	1 991 300	357 770 404	1 194 738	28 412 157	23 844 255	6 183 264 429	92 638 483	372 000	165 579 467	12 650 464 465

Annexe 2 : Répartition des dépenses de santé des Prestataires de soins de santé par Recettes des régimes de financement en 2011

Prestataires de soins de santé	Recettes des régimes de financement des soins de santé											Tous FS
	FS.1.1. Transferts internes et allocations	FS.2. Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	FS.3.1. Cotisations d'assurance sociale venant des employés	FS.3.2. Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs	FS.3.3. Cotisations d'assurance sociale venant des travailleurs indépendants	FS.3.4. Autres cotisations d'assurance sociale	FS.4.1. Prépaiement obligatoire venant des individus/des ménages	FS.6.1. Autres revenus venant des ménages n.c.a.	FS.6.3. Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	FS.6.nec. Différents autres revenus nationaux (n.c.a.)	FS.nec. Autres recettes (n.c.a.)	
HP.1.1.1. Centre Hospitalier National	690 172 835	43 422 413						135 842 830				869 438 078
HP.1.1.2. Centres Hospitaliers de Référence Insulaire	509 709 411	167 744 028	1 991 300				23 783 905	3 900 643 148				4 603 871 792
HP.1.1.3. Hôpitaux de District	372 826 855	470 995 467					54 350	1 415 946 539		372 000		2 260 195 211
HP.1.1.nec. Autres Hôpitaux généraux	92 000	127 414 016					6 000	24 000				127 536 016
HP.3.1.1. Cabinets des médecins généralistes								25 993 397				25 993 397
HP.3.1.3. Cabinets des médecins spécialistes (autres que les spécialistes en santé mentale)								73 690 000				73 690 000
HP.3.2. Cabinet dentaire								240 000				240 000
HP.3.3. Autres praticiens de soins de santé								6 000 000				6 000 000
HP.4.2. Laboratoires Médicaux et de diagnostique								46 826 850				46 826 850
HP.5.1. Pharmacies		59 715 877						570 057 665				629 773 542
HP.6. Prestataires de soins préventifs		68 699 835										68 699 835
HP.7.1. Agences étatiques de l'administration de la santé	1 864 354 006	915 419 553										2 779 773 559
HP.7.2. Agences d'assurance maladie sociale					1 194 738	27 138 358		8 000 000			165 579 467	201 912 563
HP.7.9. Autres agences administratives		44 830 694										44 830 694
HP.8.3. Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communitaires, agents de santé des villages, etc.)		369 097 671				1 273 799			79 077 109			449 448 579
HP.9. Reste du monde				2 863 000								2 863 000
HP.nec. Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)		90 902 571		354 907 404					13 561 374			459 371 349
Tous HP	3 437 155 107	2 358 242 125	1 991 300	357 770 404	1 194 738	28 412 157	23 844 255	6 183 264 429	92 638 483	372 000	165 579 467	12 650 464 465

Annexe 3: Répartition des dépenses de santé par Fonction de soins de santé et par Région en 2011

Codes	Fonctions de soins de santé	Régions				Tous REG
		REG.1. Mwali	REG.2. Ndzouani	REG.3. Ngazidja	REG.4. Union	
HC.1.1.1	Soins curatifs généraux hospitaliers	3 812 824 135	701 996 824	507 995 465	1 315 673 788	6 338 490 212
HC.1.1.2	Soins curatifs spécialisés hospitaliers	684 249 677	110 731 996	87 444 500	568 002 560	1 450 428 734
HC.1.1.nec	Autres soins curatifs hospitaliers (n.c.a.)		14 000	78 000		92 000
HC.1.3.1	Soins curatifs généraux ambulatoires	412 722 512	29 362 523	148 724 916		590 809 951
HC.1.3.2	Soins curatifs dentaires ambulatoires			61 770 000		61 770 000
HC.1.3.3	Soins curatifs spécialisés ambulatoires			11 895 000		11 895 000
HC.1.3.nec	Autres soins curatifs ambulatoires (n.c.a.)		6 000 000	6 000		6 006 000
HC.4.1	Services de laboratoire d'analyses médicales			43 606 850		43 606 850
HC.5.1.1	Médicaments délivrés sur ordonnance	118 947 310	106 055 890	472 976 925	101 475	698 081 600
HC.5.1.3	Autres biens médicaux non durables	3 946 591	56 915 028	29 556 511	96 481 740	186 899 870
HC.5.2.9	Tous autres biens médicaux durables, y compris les appareils médico-techniques	7 896 179	295 770 535	88 219 920	90 276 462	482 163 096
HC.5.nec	Autres biens médicaux (n.c.a.)				9 426 705	9 426 705
HC.6.1	Programmes d'information, d'éducation et de conseil	4 892 408	22 106 288	15 381 041	100 415 836	142 795 573
HC.6.2	Programmes de vaccination			33 733 445	1 973 801	35 707 246
HC.6.4	Programme de suivi de l'état de santé				72 996 710	72 996 710
HC.6.5.1	Planification & Gestion	706 705	7 018 970	92 273 921	430 787 573	530 787 170
HC.6.5.2	Supervision & Evaluation (S&E)				16 294 645	16 294 645
HC.6.5.3	Gestion des achats et des stocks	10 009 252	2 934 250	934 000		13 877 502
HC.6.5.nec	Autres surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie (n.c.a.)	3 257 108			7 554 120	10 811 228
HC.6.6	Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence				60 042 807	60 042 807
HC.6.nec	Autres soins préventifs (n.c.a.)	21 914 001	42 449 339	113 610 339	499 298 029	677 271 707
HC.7.1.1	Planification & Gestion				245 984	245 984
HC.7.1.2	Supervision & Evaluation (S&E)				10 914 607	10 914 607
HC.7.1.3	Gestion des achats et des stocks	61 400				61 400
HC.7.1.nec	Autres gouvernance et administration du système de santé (n.c.a.)	12 290 434	85 351 537	4 258 073	25 153 916	127 053 960
HC.7.nec	Autres gouvernance, administration du système de santé et des financements (n.c.a.)		26 044 684	407 932 270	72 595 408	506 572 362
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)		112 771 250	216 279 211	236 311 086	565 361 547
	Tous HC	5 093 717 712	1 605 523 114	2 336 676 387	3 614 547 252	12 650 464 465

Annexe 4 : Répartition des dépenses de santé par Maladie/affection et par Age en 2011

Codes		Classification des maladies / affections	Age			Tous AGE
			< 5 ans	≥ 5 ans	Autre age (n.c.a.)	
DIS.1		Maladies infectieuses et parasitiques	210 000	1 078 000	766 755 295	768 043 295
	DIS.1.1	VIH/SIDA		448 000	377 881 466	378 329 466
	DIS.1.3	Paludisme	210 000	630 000	388 873 829	389 713 829
DIS.2		Santé de la reproduction	68 025 225	1 120 956 412	3 934 304	1 192 915 941
	DIS.2.1	Affections maternelles	12 597 291	499 380 983	1 770 437	513 748 710
	DIS.2.2	Affections périnatales	8 398 194	332 920 655	1 180 291	342 499 140
	DIS.2.3	Prise en charge d'une contraception (planning familiale)	2 799 398	145 661 095	393 430	148 853 924
	DIS.2.nec	Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction (n.c.a.)	44 230 342	142 993 679	590 146	187 814 167
DIS.nec		Autres maladies / Affections (n.c.a.)	12 464 801	4 460 110	10 672 580 318	10 689 505 229
Tous DISxAGE			80 700 026	1 126 494 522	11 443 269 917	12 650 464 465

Annexe 5 : Répartition des Fonction de soins de santé par Maladie en 2011

Codes	Fonctions de soins de santé	Maladies / Affections						Tous DIS	
		DIS.1.1. VIH/SIDA	DIS.1.3. Paludisme	DIS.2.1. Affections maternelles	DIS.2.2. Affections périnatales	DIS.2.3. Prise en charge d'une contraception (planning familiale)	DIS.2.nec. Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction (n.c.a.)		DIS.nec. Autres maladies / affections (n.c.a.)
	HC.1.1.1 Soins curatifs généraux hospitaliers							6 338 490 212	6 338 490 212
	HC.1.1.2 Soins curatifs spécialisés hospitaliers			3 488 276	2 325 518			1 444 614 940	1 450 428 734
	HC.1.1.nec Autres soins curatifs hospitaliers (n.c.a.)							92 000	92 000
	HC.1.3.1 Soins curatifs généraux ambulatoires							590 809 951	590 809 951
	HC.1.3.2 Soins curatifs dentaires ambulatoires							61 770 000	61 770 000
	HC.1.3.3 Soins curatifs spécialisés ambulatoires							11 895 000	11 895 000
	HC.1.3.nec Autres soins curatifs ambulatoires (n.c.a.)							6 006 000	6 006 000
HC.4.1	Services de laboratoire d'analyses médicales							43 606 850	43 606 850
	HC.5.1.1 Médicaments délivrés sur ordonnance							698 081 600	698 081 600
	HC.5.1.3 Autres biens médicaux non durables	11 829 660		61 259 319	40 839 546	13 613 182	20 419 773	38 938 391	186 899 870
	HC.5.2.9 Tous autres biens médicaux durables, y compris les appareils médico-techniques	1 056 501		216 340 468	144 226 978	48 075 659	72 113 489	350 000	482 163 096
HC.5.nec	Autres biens médicaux (n.c.a.)	9 426 705							9 426 705
HC.6.1	Programmes d'information, d'éducation et de conseil	73 240 391	23 231 012	18 337 270	12 224 846	4 074 949	6 352 423	5 334 682	142 795 573
HC.6.2	Programmes de vaccination						33 980 445	1 726 801	35 707 246
HC.6.4	Programme de suivi de l'état de santé	2 284 698		24 631 366	16 420 911	5 473 637	14 254 255	9 931 843	72 996 710
HC.6.5	Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie								
	HC.6.5.1 Planification & Gestion	15 976 449	11 492 270	63 553 098	42 368 732	14 122 911	21 212 366	362 061 344	530 787 170
	HC.6.5.2 Supervision & Evaluation (S&E)	7 243 073	7 243 073					1 808 500	16 294 645
	HC.6.5.3 Gestion des achats et des stocks							13 877 502	13 877 502
	HC.6.5.nec Autres surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie (n.c.a.)	3 257 108		2 700 000	1 800 000	600 000	900 000	1 554 120	10 811 228
HC.6.6	Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence							60 042 807	60 042 807
HC.6.nec	Autres soins préventifs (n.c.a.)	253 655 574	347 634 150	11 356 204	7 570 802	53 029 577	3 785 401	240 000	677 271 707
HC.7.1	Gouvernance et administration du système de santé								
	HC.7.1.1 Planification & Gestion	245 984							245 984
	HC.7.1.2 Supervision & Evaluation (S&E)							10 914 607	10 914 607
	HC.7.1.3 Gestion des achats et des stocks							61 400	61 400
	HC.7.1.nec Autres gouvernance et administration du système de santé (n.c.a.)			67 694 668	45 129 779			14 229 513	127 053 960
HC.7.nec	Autres gouvernance, administration du système de santé et des financements (n.c.a.)			44 388 041	29 592 028	9 864 009	14 796 014	407 932 270	506 572 362
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	113 325	113 325					565 134 897	565 361 547
Tous HC		378 329 466	389 713 829	513 748 710	342 499 140	148 853 924	187 814 167	10 689 505 229	12 650 464 465