

UNION DES COMORES

Unité – Solidarité – Développement

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



جمهورية القمر المتحدة

وحدة - تضامن - تنمية

**وزارة الصحة والتضامن و الحماية الاجتماعية
ومشاركة المرأة**



COMPTES DE LA SANTE DE L'UNION DES COMORES 2011 révisés, 2015 et 2019



*

Juillet 2021



**Organisation
mondiale de la Santé**



JOINT SDG FUND

Table des matières

<i>LISTES DES TABLEAUX</i>	<i>iii</i>
<i>LISTES DES GRAPHIQUES</i>	<i>iii</i>
<i>PREFACE</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
<i>SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS</i>	<i>vi</i>
<i>INTRODUCTION</i>	<i>8</i>
<i>1.1. Situation géographique et démographique</i>	<i>9</i>
<i>1.2. Situation politique et administrative</i>	<i>10</i>
<i>1.3. Situation économique</i>	<i>10</i>
<i>1.4. Profil sanitaire et épidémiologique</i>	<i>11</i>
<i>1.4.1. Profil sanitaire</i>	<i>11</i>
<i>1.4.2. Profil épidémiologique</i>	<i>13</i>
<i>2.1. Questions de recherche des Comptes de la santé</i>	<i>16</i>
<i>2.2. Objectifs des Comptes de la santé</i>	<i>16</i>
<i>3.1. Définitions des concepts des CS</i>	<i>17</i>
<i>3.2. Dispositif de financement de la santé dans les Pays En Développement</i>	<i>18</i>
<i>3.3. Démarche méthodologique</i>	<i>19</i>
<i>3.4. Etapes de pré-collecte des données</i>	<i>19</i>
<i>3.5. Type d'étude et de collecte</i>	<i>20</i>
<i>3.6. Formation des équipes de collecte</i>	<i>23</i>
<i>3.7. Estimation des dépenses des ménages</i>	<i>23</i>
<i>3.8. Méthode de détermination des clés de répartition</i>	<i>24</i>
<i>3.9. Période de l'étude</i>	<i>24</i>
<i>3.10. Traitement et analyse des données</i>	<i>24</i>
<i>3.11. Limite de l'étude</i>	<i>24</i>
<i>5.1. Volume de financement de la santé</i>	<i>25</i>
<i>5.2. Comparaison régionale de la Dépense Totale de Santé</i>	<i>26</i>
<i>5.3. Dépenses Courantes de Santé</i>	<i>27</i>
<i>5.3.1. Dimension « Financements »</i>	<i>27</i>
<i>5.3.2. Dimension « Prestations de services et de soins »</i>	<i>30</i>
<i>5.3.3. Dimension « Consommation »</i>	<i>33</i>
<i>5.4. Formation Brute de Capital</i>	<i>40</i>
<i>5.4.1. Régimes de financement</i>	<i>40</i>
<i>5.4.2. Dépenses de prestataires</i>	<i>41</i>

5.4.3. Dépenses de fonctions.....	41
5.5. Principaux indicateurs des CS.....	41
CONCLUSIONS.....	43
RECOMMANDATIONS.....	44
ANNEXES	46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs socio-économiques du pays	11
Tableau 2 : Densité de personnel de santé selon les régions sanitaires et le milieu, SARA 2020	
Union des Comores	13
Tableau 2 : Notions des définitions et concepts des CS	17
Tableau 3 : Sources des données selon le type de collecte des CS	21
Tableau 4 : Plan de collecte des données des CS	22
Tableau 5 : Estimation des dépenses des ménages sur les CS	23
Tableau 6 : Comparaison régionale de la DTS avec certains pays	26
Tableau 7 : Répartition des DCS par type de régime de financement (KMF)	27
Tableau 8 : Répartition des DCS par types d'Agents de financement (KMF)	29
Tableau 9 : Répartition des DCS par type de prestataire en (KMF)	30
Tableau 10: Répartition des DCS par facteurs de prestation (KMF)	32
Tableau 11: Répartition des DCS par fonction de service (KMF)	34
Tableau 12: Répartition des DCS par Maladie/Affection (KMF)	36
Tableau 13: Répartition des DCS par âge (en KMF)	38
Tableau 14: Répartition des DCS par région sanitaire (en KMF)	39
Tableau 15: Répartition des DCS par tête et par région sanitaire (en KMF)	39
Tableau 16: Répartition des DCS par Genre (en KMF)	39
Tableau 17: Répartition des dépenses en FBC par régime (en KMF)	40
Tableau 18: Répartition des dépenses en d'investissement par prestataires (KMF)	41
Tableau 19: Répartition des dépenses d'investissement par fonctions de soins (KMF)	41
Tableau 20 : Principaux Indicateurs des Comptes de la santé	42

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure1 Carte géographique de l'Union des Comores	9
Figure 2 : Schéma du Système de référence par niveau de la pyramide sanitaire	12
Figure 3 : Schéma du Dispositif du financement de la santé dans les Pays en développement	19
Figure 4 : Evolution en volume de la Dépense Totale de Santé (KMF)	25
Figure 5 : Evolution des composantes de la DTS en %	26
Figure 6 : Part des différents régimes de financement dans les DCS en %	28
Figure 7 : Part des différents Agents de financement dans les DCS en %	29
Figure 8 : Part des DCS par type de prestataires de soins en %	31
Figure 9 : Part des DCS par facteur de prestation en %	33
Figure 10 : Part des DCS par fonction de service en %	35
Figure 11 : Part des DCS par Maladie/Affection en %	37
Figure 12 : Part des DCS par âge en %	38

PREFACE



L'Union des Comores vient de produire la deuxième édition du rapport des Comptes de la Santé. Ce document présente les dépenses du secteur de la Santé au cours des périodes 2015 et 2019 avec les données révisées des Comptes de la Santé de 2011. Les résultats de ce rapport, montrent, de manière transparente et approfondie, l'évolution des différents flux de financement et des dépenses du système de Santé, en vue de mieux évaluer sa performance. Les données compilées au cours de ces années sont analysées de manière à donner un portrait global de la situation, et ce, afin de nous aider à trouver les meilleures solutions possibles pour faire face aux enjeux actuels et futurs en matière de financement de la Santé. Ces comptes indiquent l'origine et la distribution des ressources ainsi que la façon dont elles sont utilisées ; et permettent également d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la Santé et leur impact dans le temps.

Puisque la Couverture Sanitaire Universelle est une priorité nationale portée par Son Excellence Monsieur le Président de l'Union des Comores, il est désormais crucial de procéder à cet exercice de reddition de comptes de manière régulière. Celui-ci contribue non seulement à appuyer nos efforts pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services mis à la disposition de la population Comorienne mais surtout à atteindre l'objectif de renforcement du cadre et de l'écosystème du financement des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Aussi, il est admis que la transparence, l'efficacité et l'efficience dans le financement de Santé font partie des préoccupations majeures de tout système de Santé afin d'améliorer sa performance dans un environnement en évolution permanente. C'est ainsi que le Ministère de la Santé s'est engagé dans la production et l'institutionnalisation des comptes de la santé et l'instauration d'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) pour renforcer le cadre des dépenses publiques du secteur de la Santé.

Je voudrais ici traduire ma satisfaction personnelle pour l'aboutissement de cet exercice et féliciter l'ensemble des acteurs pour la qualité des résultats obtenus. Je souhaite vivement que les résultats de cette étude puissent contribuer à une meilleure compréhension de l'impact des flux financiers sur l'amélioration de la qualité des services et soins de santé ; et renforcer la définition et la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Je félicite également le travail remarquable réalisé par l'équipe nationale des Comptes de la Santé et renouvelle toute ma gratitude à nos partenaires au développement du secteur de la Santé, notamment, l'OMS qui, dans le cadre du Projet d'Appui au Renforcement du Cadre et de l'Ecosystème du Financement des ODD aux Comores, financé conjointement par Joint SDG Fund OMS-PNUD-Gouvernement, a apporté les appuis techniques et financiers ayant permis la réussite de ce processus. Je remercie sincèrement toutes les parties prenantes ayant collaboré à la réussite de ce processus pour leur dévouement et leur passion.

Par la même occasion, j'exhorte tous les intervenants du secteur de la santé dans le pays de n'avoir aucune réserve pour contribuer à une large diffusion de ce document partout où le besoin se fera sentir pour le plus grand bien de la population.

Mme Loub-Yakouti ATTOUMANE
Ministre de la Santé



ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
ANAMEV	Agence Nationale des Médicaments et des Evacuations Sanitaires
ASCOBEF	Association Comorienne pour le Bien Être de la Famille
BAD	Banque Africaine de Développement
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHN	Centre Hospitalier National
CHRI	Centre Hospitalier Référence Insulaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COMPASS	Comores Projet Approche Globale de Renforcement du Système de Santé
CNSPS	Caisse Nationale de Solidarité et de Prévoyance Sociale
CNR	Caisse Nationale des Retraites
CS	Comptes de la Santé
CRPS	Caisse Régionale de Solidarité et de Prévoyance Sociale
CSD	Centre de Santé de District
CSF	Centre de Santé Familiale
CTNS	Comité Technique National de Santé
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DIS	Maladie et Affection
DTS	Dépenses Totales de Santé
DS	District Sanitaire
EDS	Enquête Démographie Santé
EVASAN	Evacuation 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
E123	Enquête 123
HACC	Hôpital de l'Amitié Comoro-Chinoise
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
MNT	Maladies Non transmissibles
Ocopharma	Office Comorien des Produits Pharmaceutiques et des Médicaments
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PASCO	Programme d'Appui au secteur de la Santé aux Comores
PCE	Plan Comores Emergent
PDI	Plan de Développement Intérimaire
PED	Pays en Développement
PIB	Produit Intérieur Brut
PIP	Programme d'Investissement Public
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaires Techniques de Financiers
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SHA	System of Health Accounts ou Système des comptes de la santé
SDG	Joint SDG Fund
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	United Nation Funds for Children

SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Les résultats présentés dans ce rapport concernent les Comptes de la santé (CS) des années 2011, 2015 et 2019. Ils sont basés sur le nouveau Système des comptes de la santé appelé System of Health Accounts (SHA) 2011.

Les informations utilisées pour produire ces comptes proviennent, d'une part, de données primaires collectées auprès d'entreprises privées, des prestataires de soins, des compagnies d'assurance et mutuelles, des partenaires techniques et financiers et des ONG internationaux ; et d'autre part, de données secondaires issues des différents Ministères, des autres Institutions nationales et des enquêtes nationales effectuées auprès des ménages.

La Dépense Totale de Santé (DTS) a évolué légèrement durant la période étudiée en passant de 19,18 milliards KMF (5,30% du PIB) en 2011 à 19,25 milliards KMF (4,39% du PIB) en 2015, et à 35,15 milliards KMF (6,56% du PIB) en 2019. La DTS par tête est estimée durant cette période à 27.195 KMF (63 \$US) en 2011, 24.527 KMF (55 \$US) en 2015 et 44.554 KMF (106 \$US) en 2019.

Les dépenses courantes de santé (DCS) représentent 19,17 milliards KMF en 2011, puis 19,04 milliards KMF en 2015 et 27,68 milliards KMF en 2019, soit respectivement 99,95%, 98,91% et 78,76% des dépenses totales de santé. Quant aux dépenses en capital, elles sont de 0,01 milliards KMF en 2011, 0,20 milliards KMF en 2015 et 7,46 milliards KMF en 2019, soit respectivement 0,05%, 1,09% et 21,24% des DTS.

Les principales sources de financement dans les dépenses courantes de santé (DCS) au cours de ces différentes périodes sont les ménages, l'administration publique et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). En effet, les dépenses des ménages représentent 64,04% en 2011, 77,63% en 2015 et 61,83%, en 2019. Celles de l'administration publique sont évaluées à 17,98%, 10,35% et 15,40% respectivement en 2011, 2015 et 2019. Quant aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF), leurs dépenses sont évaluées à 14,30% en 2011, 11,17% en 2015 et 17,57% en 2019.

Compte tenu de l'absence de certaines informations détaillées, notamment, sur les dépenses d'évacuations sanitaires, les dépenses courantes de santé sont dominées par la santé de la reproduction, les maladies évitables par la vaccination et les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). Il est à noter que les évacuations sanitaires sont essentiellement liées à l'insuffisance des services de soins et à la mauvaise qualité de l'offre des soins, notamment pour les pathologies traumatiques, neurochirurgicales, cardiovasculaires et oncologiques, qui représentent une part non négligeable des dépenses de santé des ménages.

Les principales dépenses courantes de santé par prestataire de services concernent essentiellement les Hôpitaux, les détaillants et autres prestataires de biens médicaux ainsi que les prestataires de soins préventifs. A cet effet, la part des dépenses des Hôpitaux représentent 43,16% en 2011, 42,71% en 2015 et 49,31% en 2019, suivie des détaillants et autres prestataires de biens médicaux, soit 17,48% en 2011, 21,01% en 2015 et 17,18% en 2019, et enfin 15,20%, 4,32% et 12,99%, respectivement en 2011, 2015 et 2019 pour les prestataires de soins préventifs.

Les dépenses courantes de santé par fonction sont en grande partie orientées vers les soins curatifs entre 2011 et 2019 plus particulièrement les soins hospitaliers. En effet, les dépenses des soins hospitaliers s'élèvent à 6,39 milliards KMF (33,54%) en 2011, 6,14 milliards KMF (32,24%) en 2015 et 8,25 milliards KMF (30,58%) en 2019.

En analysant la part des dépenses courantes de santé par maladie, on constate que les affections liées à la santé de la reproduction occupe la première place par rapport aux autres. Elle constitue 7,43 milliards KMF (38,76%) en 2011, 7,14 milliards KMF (37,51%) en 2015 et 9,91 milliards KMF (36,66%) en 2019, suivie des infections des voies respiratoires avec 3,34 milliards KMF (17,42%) en 2011, 3,99 milliards KMF (20,97%) en 2015 et 4,54 milliards KMF (16,79 %) en 2019. Ensuite, viennent les dépenses liées aux traumatismes qui représentent 2,15 milliards KMF (11,22%) en 2011, 2,55 milliards KMF (13,40%) en 2015 et 2,91 milliards KMF (10,79%) en .2019.

Par ailleurs, les Maladies Non Transmissibles (MNT) (Diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques affections\maladies buccodentaires) représentent les plus faibles dépenses avec des poids de 5,32% en 2011, 7,03% en 2015 et 6,19% en 2019 par rapport aux dépenses courantes de santé.

Par rapport à l'âge, les dépenses courantes pour les soins de santé des enfants de moins de 5 ans sont évaluées à 5,48 milliards KMF en 2011, 4,72 milliards KMF en 2015 et 7,36 milliards KMF en 2019, représentant respectivement 22,05%, 20,29% et 23,93%. Quant aux dépenses courantes pour les 15-49 ans, elles sont évaluées à 9,06 milliards KMF en 2011, 8,98 milliards KMF en 2015 et 12,76 milliards en 2019, soit respectivement 47,26%, 47,20 % et 47,17%.

Les dépenses en capital sont constituées essentiellement des dépenses pour les infrastructures (40,76% en 2011, 24,03% en 2015 et 96,60% en 2019) et l'achat de machines et équipements, (59,24% en 2011, 75,97% en 2015 et 3,40% en 2019).

INTRODUCTION

Les systèmes de santé continuent d'évoluer dans la plupart des pays. Face à l'influence des déterminants sociaux de la santé (changements démographique et climatiques, apparition des nouvelles pathologies et progrès rapides des technologies), la question du financement du système de santé reste une préoccupation majeure pour les acteurs du système de santé. Beaucoup d'efforts sont consentis pour l'atteinte de certains des objectifs communs du système de santé : l'équité, l'efficacité, et l'efficience. Ainsi, pour répondre à une des questions essentielles que les décideurs politiques se posent à savoir « **combien dépensons-nous en santé et comment cela se mesure de façon comparable ?** », le Ministère de la Santé de l'Union des Comores s'est engagé à promouvoir la production des Comptes de la Santé (CS) qui contribuera également à l'atteinte de la Vision du Plan Comores Emergent à l'horizon 2030 et la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Dans un tel contexte, les décideurs du pays comme leurs partenaires au développement ont besoin d'informations fiables sur les sources et les usages des fonds du secteur de la santé afin d'améliorer la performance du système de santé et de renforcer le cadre et l'écosystème du financement des ODD aux Comores.

Les Comptes de la santé sont conçus pour répondre à des questions précises sur le système de de financement de santé d'un pays. Ils fournissent une compilation et une estimation méthodique de la dépense en santé. Ils peuvent faire le suivi de : (i) combien est dépensé, (ii) où, (iii) sur quoi, (iv) pour qui, (v) comment la dépense évolue dans le temps, et (vi) comment elle se compare à la dépense des pays à revenus similaires. Ils constituent donc un outil d'aide à la prise des décisions et contribuent à l'élaboration des politiques de santé, au suivi et à l'évaluation des interventions en matière de santé.

La disponibilité des données des Comptes de la Santé pour les années 2011, 2015 et 2019, permet d'analyser l'évolution du financement du secteur de la santé en lien avec la mise en œuvre des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) de 2010-2014 et 2015-2019. Ces comptes ont été établis à travers la compilation des données recueillies pour les années 2011 révisées d'une part et 2015 et 2019 d'autre part, présentant ainsi un cycle de quatre années.

Il est ressorti du présent rapport que le système de santé comorien est financé essentiellement à travers le recouvrement des coûts auprès des ménages, l'allocation budgétaire de l'Etat à la santé, les contributions diverses des partenaires techniques et financiers et celles du secteur privé. Force est de constater que la masse globale des flux financiers mobilisés et des dépenses engagées pour le secteur de la santé n'est pas suffisamment documentée.

Le rapport s'articule autour de six grandes parties : (I) Contexte général ; (II) Questions de recherche et objectifs des Comptes de la santé, (III) Définitions des concepts et démarche méthodologique, (IV) Résultats des comptes des années 2011 révisés, 2015 et 2019, (V) Conclusions, (VI) Recommandations.

I. CONTEXTE GENERAL

Le contexte général décrit les caractéristiques géographique et démographique, administrative, économique et le profil sanitaire et épidémiologique de l'Union des Comores.

1.1. Situation géographique et démographique

Figure1 Carte géographique de l'Union des Comores.



L'Union des Comores se situe dans l'océan Indien, à l'entrée septentrionale du canal de Mozambique, entre le Nord-ouest de Madagascar et la côte sud-est du continent africain. Il est constitué de quatre îles qui s'étendent sur une superficie de 2,236 Km² en l'occurrence Mwali (Mohéli, 290 Km²), Ndzuwani (Anjouan, 374 km²), Ngazidja (Grande Comores, 1 148 km²), et Maoré (Mayotte, 424 km²), cette dernière étant restée sous administration française depuis l'indépendance du pays en 1975. Le climat est tropical maritime.

Source : SCA2D 2018-2021

Le pays est doté d'une diversité physique. Son climat tropical est caractérisé par deux grandes saisons : une saison chaude et humide, marquée par de fortes pluies et des vents violents, et une saison sèche et fraîche caractérisée par des vents de mousson avec une température variant entre 24 et 37°C.

La population est de 820 830 habitants en 2021¹ (55 815 habitants à Mwali, 354 371 habitants à Ndzuwani et 410 638 habitants à Ngazidja). Le taux de croissance annuel moyen est de 2,1%. La densité moyenne démographique des trois îles est d'environ 440 habitant /km² et varie d'une île à l'autre : 836 habitants/km² (Ndzuwani), 192 habitants/km² (Mwali), et 358 habitants/km² (Ngazidja).

Par rapport à la présente étude, il est important de noter ce qui suit :

- En 2011, la population comorienne est estimée à 705 376 habitants (52,4% à Ngazidja, 43,5% à Ndzuwani et 6,8% à Mwali). Avec un taux de croissance annuel de 2,1%, elle est passée à 784 745 habitants en 2015 (58,2% à Ngazidja, 48,4% à Ndzuwani et 7,6% à Mwali)² et 788 952 habitants en 2019³ (50% à Ngazidja, 43,2% à Ndzuwani et 6,8% à Mwali) ;
- En 2019, la répartition par âge indique que les moins de 5 ans représentent environ 14% dont 3% pour les moins d'un an et 56% pour les 15-64 ans.

¹ Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en décembre 2017, Comores

² RGPH 2003, Comores

³ RGPH 2017, Comores

1.2. Situation politique et administrative

L'Union des Comores est un pays fragile qui a connu pendant plusieurs décennies une instabilité politique. Après l'Accord de Paix de 2001 suivi de l'adoption d'une nouvelle Constitution, des alternances démocratiques se succèdent de 2001 à 2018 et portent à croire que les processus de démocratisation et consolidation de la paix sont sur la bonne voie. Avec les efforts et l'engagement de l'Etat, une conférence internationale sur le développement des Comores tenue en décembre 2019 à Paris relance la mobilisation politique et socio-économique avec les partenaires au développement et de la communauté internationale afin de consolider les acquis.

En outre, le pays est subdivisé en 3 régions (Ngazidja, Ndzuwani et Mwali), 16 préfectures et 54 communes par la loi n°11-006/AU du 02 mai 2011 portant organisation administrative et Territoriale en Union des Comores. Chaque région correspond à une île et, est placée sous l'autorité d'un Gouverneur élu. La région de Ngazidja compte 8 Préfectures subdivisées en 28 Communes. Ndzuwani, qui constitue la deuxième région en termes de superficie, est composé de 05 préfectures et 20 Communes. Et, Mwali, la petite Ile compte 03 Préfectures et 06 Communes. Dans ce mode décentralisé, les préfectures sont sous l'autorité de préfets nommés et les communes sont gérées par des Maires avec des conseils communaux élus.

1.3. Situation économique

L'Union des Comores fait partie des Petits États Insulaires en Développement (PEID). En 2019, l'Indice de Développement Humain (IDH) est estimé à 0,554⁴, plaçant ainsi le pays au 156^{ème} rang sur 189 pays dans le classement mondial. La croissance économique est faible tournant en moyenne autour de 2,2%. Concernant les périodes de l'étude, l'activité économique en Union des Comores a été marquée par un faible taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB)⁵, passant de 2,6% en 2011 à 1% en 2015 pour s'établir à 2% en 2019.

Le PIB réel est évalué à 361,576 milliards KMF en 2011, à 438,331 milliards KMF en 2015 et à 536,223 milliards KMF en 2019. Le PIB par habitant est passé de 512 629 KMF en 2011, à 558 566 KMF en 2015 et 613 721 KMF en 2019.

L'inflation quant à elle passe de 1,8 % en 2011, à 1,3 % en 2015 et 3,0 % en 2019. Les investissements ont tourné autour de 16% du PIB entre 2011 et 2015 pour atteindre 24% en 2019. Le solde de la balance des biens et services s'est détérioré en 2011 et 2019, soit respectivement de 4,331 milliards KMF et de 2,042 milliards KMF. En revanche, il s'était amélioré en 2015 de 9,544 milliards KMF.

Le budget de l'Etat progresse régulièrement et les dépenses exécutées passent de 35,785 milliards KMF en 2011 à 42,123 milliards KMF en 2015 et à 64,505 milliards KMF en 2019.

⁴ Rapport sur le développement humain, PNUD, 2020

Tableau 1 : Principaux indicateurs socio-économiques du pays

Agrégats	2011	2015	2019
Population	705 376	784 745	788 952
PIB (en million KMF)	361 596	438 331	536 223
Consommation privée	337 755	406 519	459 952
Consommation publiques	38 546	45 370	59 909
Formation brute du capital fixe	57 933	61 542	99 109
Solde de la balance commerciale	-72 638	-75 100	-82 746
PIB/habitant (en millier KMF)	512 629	558 565	613 721
Taux d'inflation	1,80%	1,30%	3,00%
Budget exécuté de l'Etat	35 785	42 123	64 505
Part du budget exécuté à la santé		2 538	9 781
Budget exécuté de l'Etat/PIB (%)	10%	10%	12%

1.4. Profil sanitaire et épidémiologique

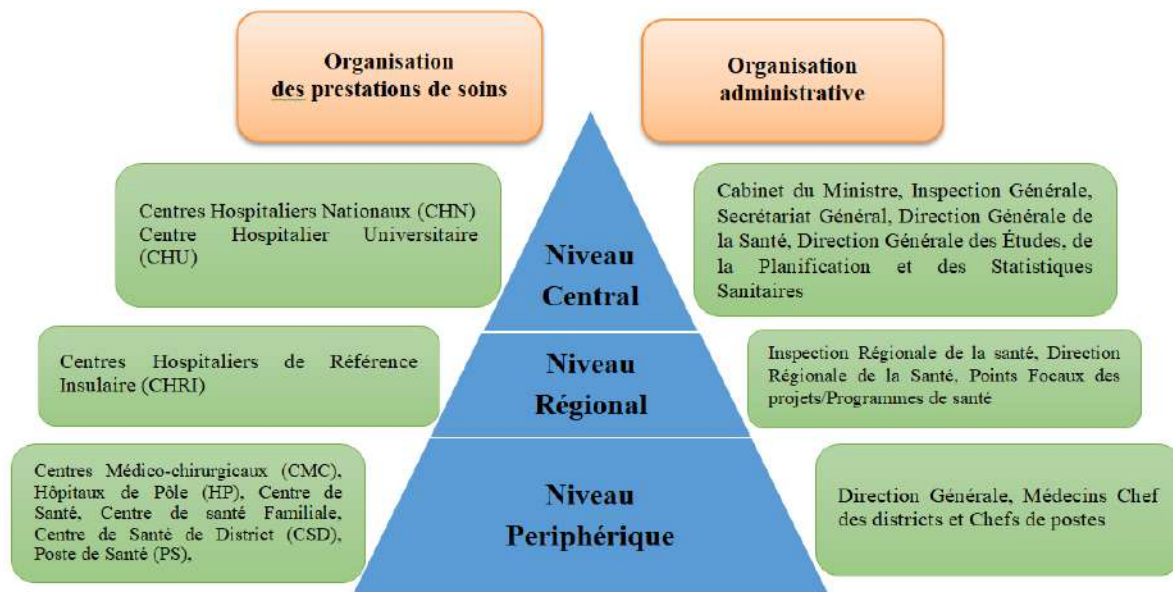
1.4.1. Profil sanitaire

Organisation administrative

Le dispositif actuel du système de santé en Union des Comores est de type pyramidal avec trois niveaux : central, régional et périphérique :

- Le niveau central comprend : Cabinet du Ministre, Inspection Générale de la Santé, Secrétariat Général, Direction Générale de la santé, Direction Générale des Études, de la Planification et des Statistiques Sanitaires, Office Comorien des Produits Pharmaceutiques (Ocopharma), Agence Nationale des Médicaments et des Evacuations sanitaires (ANAMEV), Centre Hospitalier Universitaire (CHU) El-Maarouf et Centre Hospitalier National (Hôpital de l'Amitié Comoro-Chinoise de Bambao-Mtsanga) ;
- Au niveau régional on retrouve : Délégués à la santé au niveau du Gouvernorat, Directions régionales de santé (DRS) par île, Centres Hospitaliers de Référence Insulaire (CHRI) ;
- Au niveau de district : Centres Médico-Chirurgicaux/Hôpitaux de Pôles, Centres de Santé de District, Centres de Santé, les Centres de Santé Familiale, et Postes de Santé.

Figure 2 : Schéma du Système de référence par niveau de la pyramide sanitaire



Le système de santé de l'Union des Comores est composé de 17 districts sanitaires dont :

- Ngazidja composé de 7 districts sanitaires : Centre (Bambao, Itsandra et Hamavou), Hambou, Mbandjini Ouest, Mbandjini Est, Oichili-Dimani, Hamahamet-Boinkou et Mitsamiouli-Mboudé ;
- Ndzuwani composé de 7 districts sanitaires : Mutsamudu, Ouani, Tsembehou, Domoni, Mremani, Sima et Pomoni ;
- Mwali composé de 3 districts sanitaires : Fomboni, Djando et Nioumachouoi.

Organisation de l'offre de soins

L'offre de soins obéit à l'architecture pyramidale conformément au schéma ci-dessus. L'accessibilité géographique à une structure de prestations de soins 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.

Toutefois, l'accessibilité des populations à des services de santé de qualité est limitée. Cela s'explique, notamment, par la mauvaise qualité des routes, les formations sanitaires non fonctionnelles, l'insuffisance en personnels qualifiés et les difficultés d'approvisionnement en eau et en électricité. De plus, nombreux sont les établissements qui continuent de fonctionner avec du personnel et des équipements qui ne répondent pas aux normes requises en quantité et en qualité. Ce phénomène engendre une augmentation des évacuations sanitaires très coûteuses pour les familles. Elles sont beaucoup plus à destination de la Tanzanie, Madagascar, Maurice, Inde, France, Egypte, Mayotte, etc. Cette situation est liée, entre autres, aux insuffisances de la disponibilité et de l'offre des soins qualité, notamment, pour les pathologies traumatiques, neurochirurgicales, cardiovasculaires, oncologiques, etc.

Par conséquent, les taux de fréquentation des structures sanitaires sont très bas. Ils sont respectivement de 14,7%, de 20,21% et de 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

Tableau 2 : Densité de personnel de santé selon les régions sanitaires et le milieu, SARA 2020 Union des Comores

Régions sanitaires	Population (2020)	1 Médecins /10000 habts	1 Infirmier /3000 habts	1 Sage-Femme /5000 habts	1 Personnel principal/10000 habts	Ratio/10000 habts (Norme)
Mwali	54723	5,30	3,07	4,48	24,49	23,00
Ndzuwani	347421	3,57	2,72	3,60	19,83	23,00
Ngazidja	402588	4,99	2,32	3,56	19,87	23,00
Total	804732	4,40	4,24	2,18	20,17	23,00

Depuis 2014, et dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), l'Union des Comores a adhéré au Partenariat International pour la Santé et les Initiatives apparentées (IHP+). Le pays a inscrit les objectifs de la politique et les stratégies de développement sanitaire dans le Plan Comores Emergent (PCE) pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle (Universal Health Coverage- UHC) d'ici 2030. De plus, le pays s'est engagé dans un processus de mise en place de l'Assurance Maladie Généralisée (AMG)⁶ afin de ne laisser personne pour compte en matière de couverture sanitaire.

Cette dernière décennie, l'Union des Comores enregistre des avancées en matière de réhabilitation et d'augmentation des infrastructures, de croissance du personnel de santé et du budget de l'Etat alloué à la santé (CNS 2011 révisé, 2015 et 2019). De plus, le pays dispose des normes et standards pour tous les établissements de santé par niveau, validés par le Comité National de la Santé. Malgré leur adoption, de nombreux établissements continuent de fonctionner avec du personnel et des équipements qui ne répondent pas aux normes requises en quantité et en qualité.

1.4.2. Profil épidémiologique

Santé de la Mère et de l'enfant

Indicateurs	%
Espérance de vie à la naissance	68,4 ans
Indice Synthétique de Fécondité (ISF) par femme	4,3 enfants
Taux Brut de Mortalité (‰)	7,1
Quotient de mortalité infantile (0 à 1 en ‰)	43,6
Quotient de mortalité juvénile (1 à 4 en ‰)	12,6
Quotient de mortalité infanto-juvénile (0 à 5 en ‰)	55,5
Taux de mortalité maternelle (décès de femmes pour 100.000 naissances vivantes)	195
Taux de mortalité maternelle selon la méthode indirecte (100 000)	137

Source : Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2017 (RGPH 2017), INSEED, Comores

⁶ Loi No.17-012/AU portant Couverture Sanitaire Universelle, Comores, 2017.

Les Infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques représentent 39,5% des pathologies enregistrées dans les structures sanitaires dont 53,5% d'enfants de 1 à 4 ans.

VIH-SIDA

En ce qui concerne le VIH/SIDA, depuis la découverte du premier cas en 1988, sa prévalence est estimée à moins de 0,05%⁷. Cependant le risque d'exposition à l'épidémie demeure réel dans la mesure où les cas d'IST se manifestent surtout chez les jeunes et que le nombre des populations à risque notamment, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les travailleurs de sexes (TS) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) continuent de s'étendre dans le pays.

En outre, on constate une faible utilisation des préservatifs et un degré de stigmatisation et de discrimination aux PVVIH élevé. On note aussi une augmentation de la prévalence des Hépatites à 6% chez les jeunes de 15-24 ans⁸. A cet effet, les données montrent que des progrès remarquables ont été réalisés dans l'atteinte des objectifs 90-90-90. En effet, 88% des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2018. Parmi elles, 83% avaient accès au traitement antirétroviral et 80% d'entre elles avaient supprimé leur charge virale.

Tuberculose

L'Union des Comores présente un taux d'incidence de la tuberculose estimée à 16 cas pour 100 000 habitants en 2018. Des efforts ont été faits dans la détection des cas et l'introduction de la gratuité des médicaments et produits dédiés. Les données épidémiologiques montrent une diminution dans la notification des cas. Chaque année, le pays enregistre moins de 150 nouveaux cas de Tuberculose diagnostiqués sur les 300 cas attendus.

Paludisme

L'Union des Comores est résolument engagé dans l'élimination du Paludisme depuis plusieurs années. La prévalence du paludisme est estimée à 0,5%, ce qui place l'Union des Comores parmi les pays éligibles pour son élimination d'ici 2025. Cependant, on constate une baisse sensible des cas de Paludisme enregistrés qui sont passés de 103 670 en 2010 à 1072 en 2015 avec une incidence qui est passée de 89,94‰ à 1‰ pour la même période. Depuis 2015, on note une augmentation progressive des cas de paludisme atteignant les 18 985 cas en 2019.

Vaccination

La couverture vaccinale administrative rapportée au titre de l'année 2019 est de : 72,20% pour le BCG, 72,50% pour le Penta 3, et 67,00% pour le VPI. La proportion d'enfants ayant reçu le vaccin antirougeoleux est de 70,50%. Concernant la surveillance des maladies, le pays a déclaré une épidémie de rougeole en juin 2019 avec 221 cas notifiés dont 65 cas positifs au total. Sur les 8 maladies cibles du PEV (Tétanos Maternel et Néonatal, Poliomyélite, Diphtérie, Coqueluche, Rougeole, Tuberculose, Hépatite B et les infections liées à l'Haemophilus influenza de type B), 4 sont sous surveillance à savoir le Tétanos Maternel et Néonatal, la Poliomyélite, la Rougeole et la Tuberculose. Il est à noter que le taux d'affections éruptives non

⁷ Rapport enquête de séroprévalence et comportemental, DLS 2020

⁸ Enquête DLS, Comores, 2018

rougeoleuses en 2019 est de 17,9%. On note une bonne performance des indicateurs majeurs de surveillance de la rougeole dans les îles où le taux d'affections éruptives non-rougeoleuses a augmenté cette année, dépassant le seuil attendu de 2 cas pour 100 000 habitants.

Maladies non transmissibles

En Union des Comores, le secteur de la santé est marqué par une transition épidémiologique avec l'émergence de nouvelles maladies chroniques qui ces derniers constituent une nouvelle préoccupation du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées. Ce phénomène constitue le premier motif d'évacuations sanitaires⁹. Il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, de l'insuffisance rénale et du cancer.

Selon les résultats de l'enquête STEPS de 2011, le taux de prévalence du diabète est de 4,8%, l'HTA de 24% et l'obésité de 36%. Pour l'hypercholestérolémie, la prévalence dans la population générale est estimée à 19,2% avec une fréquence plus élevée en zone rurale (22,5%) qu'en zone urbaine (16,1%). Bien qu'il n'existe pas des données probantes sur les cancers, ce phénomène existe et constitue le premier motif d'évacuation sanitaire¹⁰.

Santé mentale

Le programme de santé mentale est quasi inexistant. Toutefois, il existe un seul psychiatre, deux psychologues et trois infirmiers référents insulaires. Il est important de noter que la plupart des patients ont recours au traitement des tradipraticiens. Certains partent à l'extérieur étant donné l'insuffisance de spécialistes en santé mentale.

Nutrition

La Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans reste un grand problème de santé publique. 30,1% des enfants souffrent de malnutrition chronique dont 14,5% sous forme sévère. La malnutrition aigüe sévère est quant à elle à 3,8% ; et la malnutrition modérée à 7,3%. Le faible poids à la naissance est estimé à 16% ; et le taux d'allaitement maternel exclusif à 12%¹¹.

Traumatisme et violence

Les accidents de la route constituent un problème de santé publique aux Comores. L'insuffisance des données publiées sur la sécurité routière, la faible sensibilisation des conducteurs et de la population ainsi que la faible coordination des acteurs dans ce domaine sont dues en grande partie à l'absence d'une stratégie nationale sur la sécurité routière. Les données issues de la Gendarmerie nationale montrent qu'en 2019, 136 accidents ont été recensés au niveau national avec une baisse de 47 % par rapport à 2018 (286 accidents)¹².

Concernant la Violence Basée sur le Genre, le phénomène prend d'ampleur avec 144 cas enregistrés dont 127 concernent des mineurs (rapport premier trimestre 2020). Le cadre de prise en charge médicale n'est pas adéquat dans la mesure où les victimes ne bénéficient pas des soins gratuits dans les établissements sanitaires.

⁹ Rapport ANAMEV, Comores, 2019

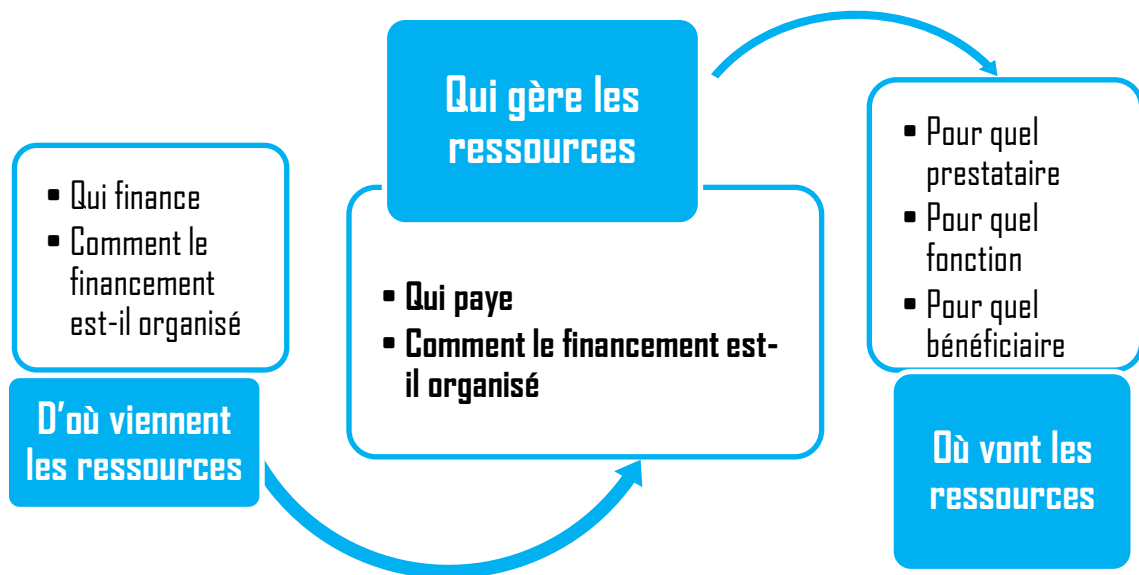
¹⁰ Rapport ANAMEV, Comores, 2019

¹¹ EDS-MICS, Comores, 2012

¹² Rapport annuel annuel, Gendarmerie, Comores, 2020

QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Questions de recherche des Comptes de la santé¹³



2.2. Objectifs spécifiques des Comptes de la santé

- Déterminer les régimes de financement impliqués dans le financement du secteur de la santé et évaluer comment ils collectent leurs revenus et allouent le fonds mis à leur disposition ;
- Déterminer les recettes ou revenus des régimes de financement en faisant le lien entre l'origine des fonds injectés dans le système de santé et leurs utilisations finales ;
- Déterminer les agents de financement (acteurs ayant la charge de la gestion de ces fonds), quantifier leur contribution et leur répartition parmi les prestataires et les types de fonction ;
- Déterminer les différents prestataires et estimer comment les biens et services de santé consommés, sont répartis entre différents bénéficiaires ;
- Analyser la répartition des ressources financières entre les différentes prestations de soins dispensées ;
- Formuler des recommandations pour une meilleure allocation des ressources dans le cadre le financement de la santé.

¹³ Guide de production des Comptes de la santé, OMS

II. DEFINITIONS DES CONCEPTS ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Pour répondre aux objectifs de l'étude, la méthodologie et les outils développés de SHA-2011 sont adaptés au contexte de l'Union des Comores.

3.1. Définitions des concepts des CS

Tableau 3 : Notions des définitions et concepts des CS

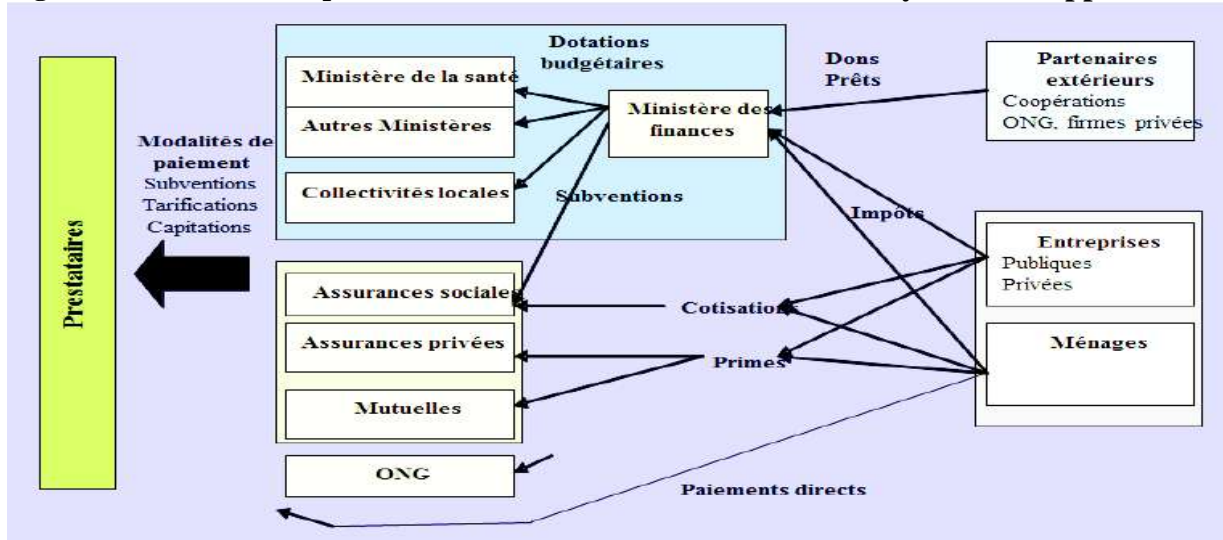
Concepts	Définitions
<i>Comptes de la Sante (CS)</i>	Instrument de mesure des flux de ressources financières dans le secteur de la santé (de la source de financement au service fourni) d'un pays pendant une période définie.
<i>Dépenses de santé (DS)</i>	Toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de promouvoir la santé, prévenir les maladies, guérir les maladies, soigner les états de santé chroniques ou des personnes vivant avec un handicap, gérer des programmes de santé publique, l'assurance maladie et les soins palliatifs.
<i>Dépense totale de santé (DTS)</i>	Sommes totales des dépenses de fonctionnement et d'investissement de l'exercice N en termes d'année civile. Elle est égale à la somme des dépenses courantes de santé (DCS) et des dépenses d'investissement (HK).
<i>Dépenses courantes en santé (DCS)</i>	Toutes les dépenses en santé qui relèvent de la délimitation fonctionnelle (hormis la formation de capital). Ce sont les dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé
<i>Formation du capital (HK)</i>	Valeur totale des actifs que les prestataires ont acquis pendant l'exercice N (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.
<i>Recettes des régimes de financement (FS)</i>	Types de recettes mobilisées au profit du secteur la santé. Autrement dit, c'est l'augmentation des fonds d'un régime de financement de la santé, à travers les mécanismes de contribution spécifiques. Par exemple : Les recettes publiques, cotisations de l'assurance sociale, etc.
<i>Régimes de financement</i>	Principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé
<i>Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique</i>	Fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé. Les pays dont l'administration publique est décentralisée peuvent ressentir le besoin de souligner le rôle joué par les administrations centrale et locale dans l'allocation des revenus aux régimes de financement des soins.
<i>Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique</i>	Fonds des organisations et organismes bilatéraux et multilatéraux y compris les ONGs distribués par l'administration publique
<i>Transferts directs étrangers</i>	Transactions de revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces Financements sont normalement en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers, ou des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins.
<i>Agents de financement (FA)</i>	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. Ce sont donc les unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement.

Paiements directs des ménages	Paiements directs pour des services prélevés sur la principale source de revenus ou sur l'épargne du ménage (aucun tiers payant n'est impliqué). Les paiements sont faits par le ménage au moment de l'utilisation des services
Reste du monde	Ressources d'origine étrangère injectées directement ou indirectement dans le secteur de la santé.
Partenaires Techniques Financiers (PTF)	Fonds des organisations et organismes bilatéraux et multilatéraux y compris les ONG, essentiellement composés des transferts issus des revenus étrangers remis à l'administration publique et des transferts directs étrangers.
Prestataires (HP)	Ensemble des organisations et acteurs qui offrent des biens et services médicaux. L'outil des comptes distingue deux catégories : - les prestataires primaires : 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.).
Facteurs de prestations (FP)	Intrants utilisés par le prestataire pour produire les biens et services de santé. 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.
Fonctions (HC)	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.
Employeurs privés	Contribuent au financement de la santé à travers des : - souscriptions des employés à l'assurance maladie ; - paiements directs auprès des prestataires de soins au profit des employés ; - remboursements des frais médicaux effectués aux employés ; - opérations d'investissement et de dons au profit du système de santé.
Biens médicaux	Constitués des médicaments, des lunettes et autres produits de vision, des aides auditives, des appareils orthopédiques et prothèses et tous autres produits médicaux durables y compris les appareils médico techniques.
Formations et recherche en santé	Dépenses en formation du personnel de santé à long durée et la recherche en santé
Données primaires	Données obtenues à partir d'enquêtes
Données secondaires	Données tirées de l'exploitation des rapports d'activité ou financiers des structures

3.2. Dispositif de financement de la santé dans les Pays En Développement

Le dispositif de financement de la santé est traduit dans le graphique ci-après en s'appuyant au cadre conceptuel du Système des Comptes de la santé (SHA 2011).

Figure 3 : Schéma du Dispositif du financement de la santé dans les Pays en développement



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

3.3. Démarche méthodologique

La méthodologie de production des Comptes de la santé pour les années 2011 révisées, 2015 et 2019 a été basée sur la nomenclature internationale des Comptes nationaux de la santé en conformité avec la nouvelle méthodologie internationalement reconnue du Système des comptes de la santé de 2011 (SHA 2011)

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 de la Santé par Arrêté n°12-015/MSSCSPG/CAB sous le pilotage du Comité Technique National de Santé mis en place par arrêté n°07-092/VP-MSSCSPG/CAB. Une note de service n°20-037/MSSPSPG/SG du 03 décembre 2020 a été signée par le Secrétaire Général pour mettre en place une équipe technique de production des Comptes de la santé 2015 et 2019 y compris de réviser les données des CS de 2011,

3.4. Etapes de pré-collecte des données

- Mobilisation des ressources auprès des partenaires, notamment, l'OMS ;
- Révision et adaptation des outils de collecte : Protocole, Questionnaires, base de sondage, nomenclatures, etc.) avec l'appui technique des experts techniques nationaux et international de l'OMS ;
- Conception de l'outil de collecte de données avec le logiciel CSPro avec l'appui technique d'un Expert national en statistique et économie de la santé ;
- Installation de l'application CSEntry dans les tablettes ;
- Formation de l'équipe technique de coordination en charge de la production des CS sur les outils HAPT et HAAT ;
- Sensibilisation des parties prenantes sur le bien-fondé de la production des comptes de la santé.

3.5.Type d'étude et de collecte

La production des comptes de la santé est une étude transversale avec recueil de données à partir d'entretiens avec les responsables des unités statistiques. Outre les entretiens, d'autres données sont recueillies par les équipes de collecte à partir des documents sources (Registres, rapports d'activités, bases de données financières, etc.).

La collecte des données pour les CS a été précédée d'un recensement des acteurs du système de santé. L'objectif principal a été d'identifier, dénombrer, localiser et actualiser les informations sur les intervenants du système de santé comorien en vue de faciliter la collecte des données pour les enquêteurs. Ces informations collectées ont été mise à la disposition des différentes équipes de collecte. Un plan de collecte a été élaboré et validé par l'équipe technique de coordination et de production des Comptes de la santé en Union des Comores avec l'appui technique d'un consultant international.

La collecte a été réalisée par une équipe de 21 enquêteurs, 6 superviseurs et 4 Coordonnateurs dont trois au niveau des Iles et une Coordinatrice/Point Focal CS au niveau national.

Les enquêteurs et superviseurs ont été sélectionnés sur la base des dossiers (personnel de santé et domaines connexes) et expériences acquises en matière de collecte des données. L'appui technique a été assuré par les experts nationaux des comptes de la santé (Voir note de service en annexe)

Deux types de collecte des données (Secondaire et primaire) ont été choisis :

- (i) **Données secondaires** : mises en commun par l'équipe technique des CS à partir des informations déjà existantes et disponibles. Ces données sont celles issues des administrations publiques (Ministère de la Santé, autres Ministères, Institutions publiques et parapubliques, etc.) et celles du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2017), de la comptabilité nationale (2016 & 2019) et de l'enquête sur la pauvreté et consommation des ménages (2015). Il est à noter que les rapports de l'INSEED ont servi à calculer les dépenses des Ménages en vue de prendre certaines données non disponibles dans les structures enquêtées.
- (ii) **Données primaires** : collectées auprès des partenaires techniques et financiers, des entreprises privées, des assurances privées, des mutuelles de santé, des ONG, des prestataires de soins et des tradipraticiens.

Tableau 4 : Sources des données selon le type de collecte des CS

Sources	Type de collecte	Description des données
Prestataires des soins	Primaire	Dépenses et recettes des établissements de soins dont : CHN, CHRI, HP/CMC et autres CSD, PS, cliniques privées, cabinet médical...
Pharmacies, Laboratoires et Imagerie médicale,	Primaire	Dépenses et recettes issues des activités des Pharmacies, Laboratoires et Imagerie médicale.
Employeurs	Primaire	Dépenses de santé des employeurs
Assurances	Primaire	Dépenses de santé des assurances
Mutuelles de santé	Secondaire/primaire	Dépenses de santé des mutuelles de santé
ONGs	Secondaire/primaire	Dépenses de santé des ONGs
Programmes et directions techniques de Santé	Primaire/secondaire	Dépenses de santé des programmes et directions techniques de santé
Ministère des Finances et du Budget (MFB)	Secondaire	Dépenses du gouvernement sur les dépenses de santé
Ministère de la santé	Primaire/secondaire	Dépenses de santé du Ministère de la santé
Autres administrations publiques	Primaire/secondaire	Dépenses de santé des autres administrations publiques
Partenaires Techniques et Financiers	Primaire/secondaire	Dépenses de santé des Partenaires

Tableau 5 : Plan de collecte des données des CS

Types	Ngazidja				Ndzuwani				Mwali				Taux de réponse Global (%)
	Prévues	Vues	Ayant répondu	Taux de réponse(%)	Prévues	Vues	Ayant répondu	Taux de réponse (%)	Prévues	Vues	Ayant répondu	Taux de réponse (%)	
Prestataires de soins	95	81	79	97,53	67	63	63	100,00	16	11	11	100,00	98,71
Employeurs privés	62	25	24	96,00	27	27	27	100,00	16	12	12	100,00	98,44
Administration publique	35	19	18	94,74	8	6	6	100,00	8	8	4	50,00	84,85
Assurances privées	16	12	12	100,00	1	1	1	100,00	2	0	0	0,00	100,00
Mutuelles de santé	25	25	25	100,00	9	9	9	100,00	0	0	0	0	100,00
ONG	35	7	6	85,71	11	11	11	100,00	7	7	7	100,00	96,00
Pharmacies, Laboratoire et Imagerie médicale	19	16	13	81,25	82	79	79	100,00	10	10	10	100,00	97,14
Partenaires Techniques et Financiers	25	19	12	63,16	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	63,16
Total	312	204	189	?	205	196	196	?	59	48	44	?	95,76

Dans le cadre de l'enquête, 576 structures ont été pré-identifiées. Seules 448 (77,78%) ont été vues. Certaines a été non fonctionnelles au moment de l'enquête et d'autres absents lors du passage des enquêteurs. Parmi ces 448 structures/Institutions visitées, 429 ont accepté de répondre à l'enquête, soit un **taux de réponse de 95,76%**.

3.6. Formation des équipes de collecte

La formation des enquêteurs et des superviseurs a été organisée successivement dans les trois îles durant 5 jours dans chaque île. Au total 40 personnes ont été formées pour la collecte des données :

- **Ngazidja** : 15 enquêteurs dont 11 femmes, 4 superviseurs dont 3 femmes et 1 coordinateur régional ;
- **Ndzuwani** : 10 enquêteurs dont 6 femmes, 2 superviseurs dont 1 femme et 1 coordinatrice régionale ;
- **Mwali** : 5 enquêtrices, 1 superviseur et 1 coordonnateur régional

A la fin de chaque formation, des enquêtes pilotes ont été organisées en vue de renforcer les capacités opérationnelles des équipes de collecte. Les formations ont été assurées par des membres de l'équipe nationale de coordination de la production des comptes.

Les objectifs spécifiques assignés à la formation des équipes de collecte sont de :

- Renforcer les capacités techniques de l'équipe de collecte des données, notamment les coordinateurs régionaux, les superviseurs et les enquêteurs aux méthodes d'enquête et à l'administration des différents questionnaires ;
- Apprendre aux agents l'utilisation de l'application CSentry sur tablettes et à la synchronisation des données sur Dropbox.

3.7. Estimation des dépenses des ménages

Tableau 6 : Estimation des dépenses des ménages sur les CS

Types	Montant
Appareils et matériels thérapeutiques	184 038 030
Services hospitaliers	6 050 182 768
Médicaments modernes	3 141 840 647
Médicaments traditionnels	802 304 849
Produits médicaux divers	174 351 852
Services médicaux	2 368 959 200
Services dentaires	430 814 473
Services de laboratoire et de radiologie	1 264 261 954
Services des auxiliaires médicaux	361 691 966
Total	14 778 445 739

Source INSEED, enquête 1, 2,3 phases 3 « pauvreté et consommation des ménages » Comores, 2015

Selon l'enquête sur la pauvreté et la consommation des ménages de 2015, le poids que représentent les dépenses de santé sur la consommation totale des ménages est de 4,47% (14 778 445 738 KMF). Considérant que cette structure était stable sur plusieurs années, nous avons premièrement appliqué ce poids sur l'ensemble des dépenses des ménages et Institution Sans But Lucratif au service des Ménages (ISBLM) dès 2011 à 2019 pour l'estimation des dépenses de santé des ménages. Connaissant les dépenses de consommation des ménages en matière de soins et services de santé en 2015, nous avons estimé le poids du volume des dépenses de santé des ménages à hauteur de 81,3% et celle des ISBLM à 18,7%.

3.8.Méthode de détermination des clés de répartition

Les clés de répartition permettent de répartir les dépenses transversales entre les «sous-classes ». Nous avons utilisé les données collectées sur les dépenses de structures et services de santé pour déterminer les clés de répartition. Les estimations des clés de répartition des dépenses de soins et services de santé sur les maladies ont été déterminées en utilisant les données de l'annuaire statistique du Ministère de la santé de 2015.

3.9.Période de l'étude

La collecte des données des comptes de la santé s'est déroulée de décembre 2020 à avril 2021. Les périodes de référence choisies pour l'étude sont les années 2015 et 2019.

3.10. Traitement et analyse des données

La collecte des données a été réalisée à travers les questionnaires électroniques installés sur des tablettes. Les versions électroniques des questionnaires ont été développées à partir du logiciel CSpro et installées sur les tablettes à l'aide de l'application CSEntry. Toutefois, pour pallier aux éventuelles pannes techniques des tablettes, un stock de questionnaires imprimés a été mis à la disposition de chaque équipe. Les données saisies sur-site ont été régulièrement synchronisées dans la plateforme Dropbox gérée par un membre de l'équipe. Les méthodes d'analyse des données de cette enquête sont décrites dans les chapitres de présentation des résultats.

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 SHA 2011 avec l'expert de l'OMS. Les données ont été ensuite épurées pour vérifier leur cohérence en éliminant les doubles enregistrements éventuels.

Le traitement et l'analyse des données ont ainsi permis de dégager les flux entre ces diverses entités et de les décrire à travers des tableaux bidimensionnels standardisés des CS pour les comptes généraux et pour les dépenses de santé de la reproduction

3.11. Limite de l'étude

L'absence d'informations précises permettant d'estimer les dépenses de santé auprès des tradipraticiens n'a pas permis d'enquêter cette unité statistique qui devrait permettre de disposer des données sur les dépenses dans ce domaine. Les données relatives au financement de la Diaspora et des dépenses liées aux soins des comoriens à l'étranger n'ont pas été disponibles. Elles ont quand même été prises en compte dans les dépenses de consommation des ménages dans les enquêtes de l'INSEED.

III. RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE DE 2011 révisés, 2015 et 2019

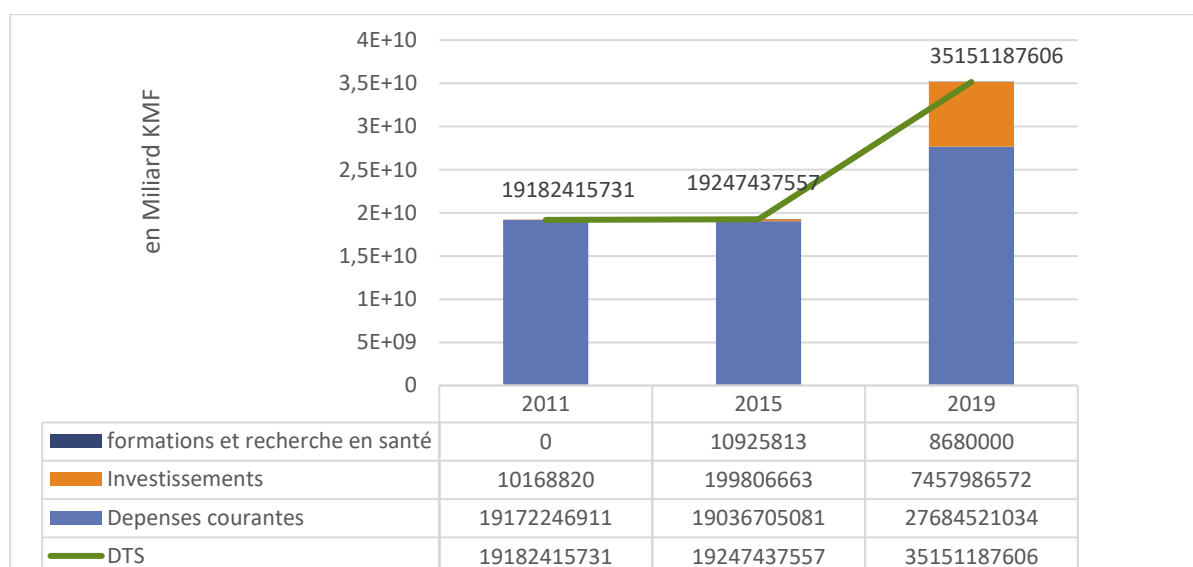
Ce chapitre est consacré à l'analyse des résultats des Comptes de la Santé (CS) de l'Union des Comores au titre de l'exercice 2011, 2015 et 2019.

3.1. Volume de financement de la santé

Le volume de financement de la santé est évalué à travers la Dépense Totale de Santé (DTS). Les principaux agrégats des dépenses de santé qui permettent de déterminer la DTS sont :

- Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) qui comprennent toutes les dépenses de santé qui relèvent de la délimitation fonctionnelle (hormis la formation de capital) ;
- Les Dépenses de Formation Brute de Capital (FBC) ou Compte de capital (HK) qui regroupe toutes les dépenses d'investissement ;
- Les dépenses de formation et recherche en santé.

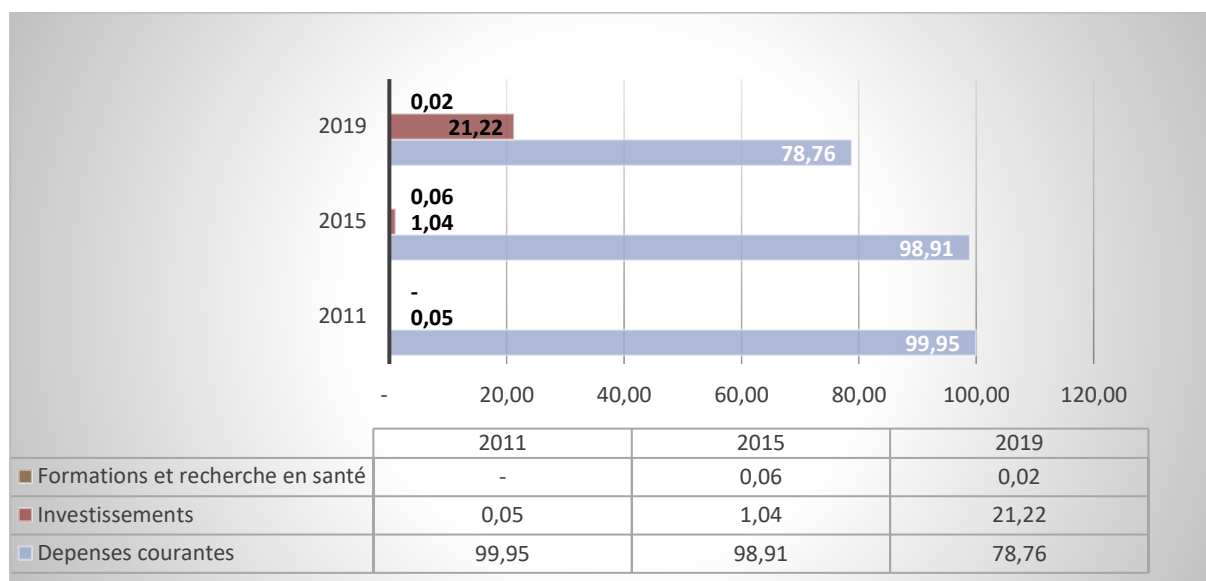
Figure 4 : Evolution en volume de la Dépense Totale de Santé (KMF)



En Union des Comores, la Dépense Totale de Santé (DTS) est passée de 19,18 Milliards de Francs comoriens (KMF) à 19,24 Milliards de KMF entre 2011 et 2015, soit une augmentation de 0,34% et de 19,24 Milliards de KMF à 35,15 Milliards de KMF entre 2015 et 2019, soit une augmentation de 45,24%. La DTS a représenté 5,3% du PIB en 2011, 4,4% en 2015 et 6,6% en 2019. Ainsi, la dépense totale de santé rapportée au PIB a connu une baisse de 0,9 point entre 2011 et 2015 contre une faible augmentation de 2,2 points entre 2015 et 2019. Rapportée à la taille de la population, la DTS est estimée à 49 \$ US par tête en 2011, à 55 \$ US en 2015 et 105,8 \$ US en 2019. Il est à noter que le minimum recommandé par l'OMS est de 60¹⁴ \$US par tête.

¹⁴ http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/

Figure 5 : Evolution des composantes de la DTS en %



La proportion de dépenses de santé liées à l'investissement varie de 0,99 point entre 2011 et 2015, 20,10 points entre 2015 et 2019 et 21,18 points entre 2011 et 2019. En revanche, les dépenses courantes de santé ont augmenté de 1,04 point entre 2011 et 2015 et accusent une forte baisse de 20,15 points entre 2015 et 2019 et 21,15 points entre 2011 et 2019.

En analysant les dépenses par domaine en 2019 par rapport à la Dépenses Totale de Santé, on constate que :

- Peu de ressources sont allouées à la formation et à la recherche, soit 0,02% ;
- Une forte augmentation des investissements est enregistrée en 2019 qui s'explique essentiellement par les fonds publics alloués à la construction du CHU El-Maarouf.

3.2. Comparaison régionale de la Dépense Totale de Santé

La part de la dépense totale de santé dans le PIB permet de comparer les pays à travers l'affectation de la richesse nationale attribuée au secteur de la santé. Il en est de même pour la dépense totale de santé par tête d'habitant.

Tableau 7 : Comparaison régionale de la DTS avec certains pays

Pays	DTS/Tête (en \$ US)			DTS en % du PIB			Espérance de vie			Taux de mortalité infantile		
	2011	2015	2019	2011	2015	2019	2011	2015	2019	2011	2015	2019
Comores	63	55	106	5,3	4,4	6,6	65,5	65,5	67	50	50	50-
Sénégal	67	42	-	6,0	5,6	-	63	57	-	56	61	-
Mali	45	26,5	-	6,8	5,8	-	55	54	-	98	96	-
Burkina	37	23,5	-	6,5	6,0	-	56,7	52	-	81	81	-

En comparant les données disponibles de ces quatre pays, on constate une corrélation positive entre les DTS/tête et l'espérance de vie à la naissance. Plus la DTS/tête est élevée et plus l'espérance de vie à la naissance augmente.

De même, une corrélation négative est perceptible entre les DTS/tête et les taux de mortalité infantile ; plus la DTS/tête est élevée et moins le taux de mortalité infantile est élevé.

3.3. Dépenses Courantes de Santé

Les Dépenses courantes de santé (DCS) sont égales aux dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé. Elles sont composées de trois dimensions :

- **Financements des soins de santé** : Recettes de régimes de financement, Régimes de financement et agents de financement) ;
- **Prestataires et facteurs de prestations de service** ;
- **Consommations de prestation de soins** : Fonction de soins, Maladies/Affection et bénéficiaires (Ages, genres et régions).

3.3.1. Dimension « Financements »

La dimension des financements est composée de : Régimes de financement (HF), Recettes des régimes de financement (FS), Agents de financement (FA) et Unités institutionnelles (FS, RI).

3.3.1.1. Dépenses par Régimes de financement de la santé

Les régimes de financement (HF) selon le SHA 2011 sont constitués par :

- Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique ;
- Les cotisations obligatoires ;
- Les revenus des ménages ;
- Les contributions des entreprises ;
- Les contributions des Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLM) ;
- Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et les transferts directs étrangers

Tableau 8: Répartition des DCS par type de régime de financement (KMF)

Régimes de financement	2011	2015	2019
Administration publique	3 448 038 465	1 970 112 806	4 164 193 938
Contributions obligatoires	11 430 738	26 520 207	181 560 848
Assurance Maladie Facultative	174 853 266	9 965 265	830 167 883
Organisations Non Gouvernementales	159 700 136	10 451 260	114 435 801
Entreprises	357 774 379	115 356 275	281 284 926
Ménages	12 278 634 784	14 778 445 738	16 720 911 456
Partenaires Techniques et Financiers	2 741 815 143	2 125 853 529	4 751 702 426
Dépenses Totales _ HF	19 172 246 911	19 036 705 081	27 044 257 279

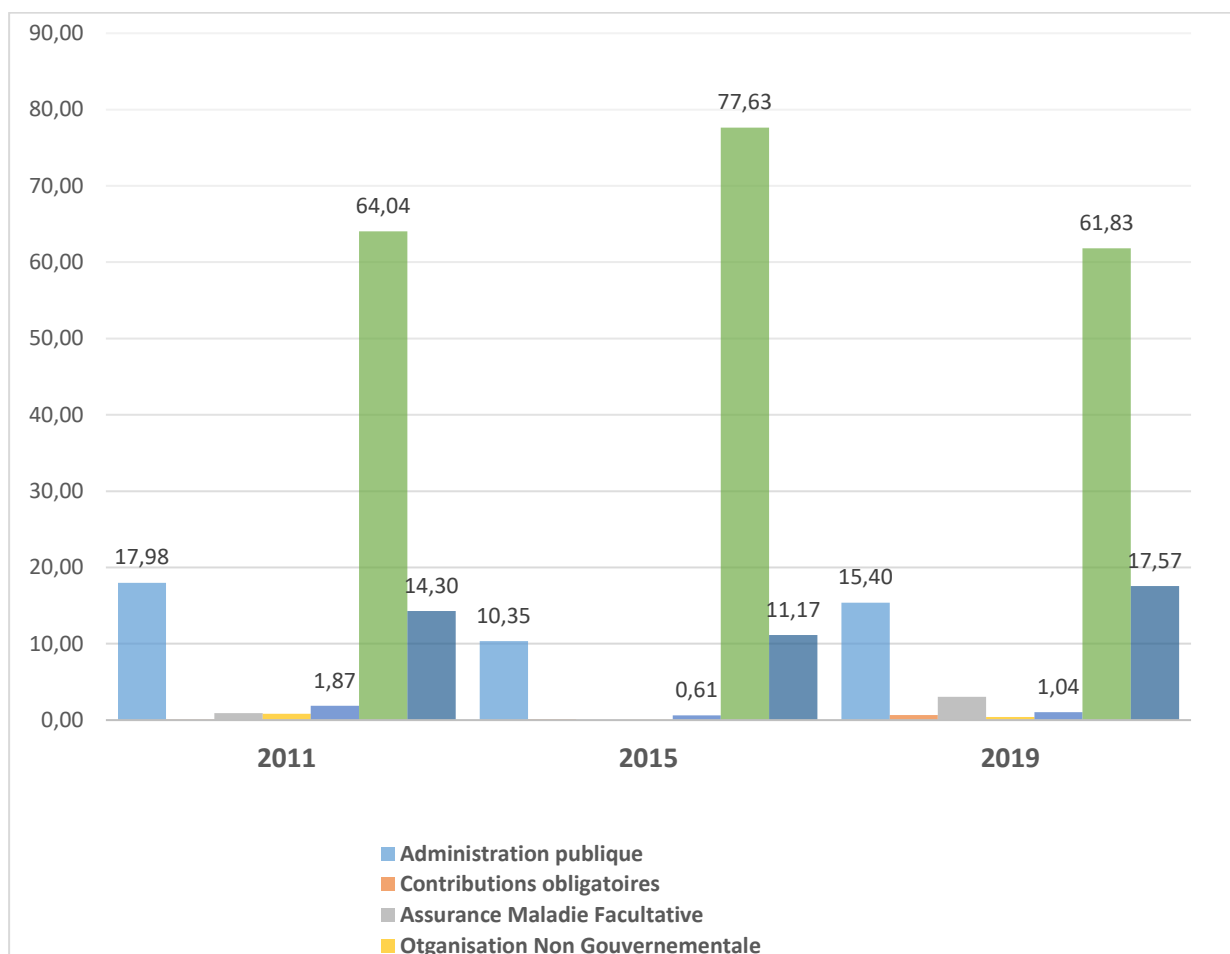
L'examen des données ci-dessus montre une amélioration significative des dépenses courantes de santé passant de 19,17 milliards en 2011 à 27,04 milliards en 2019 soit une augmentation de 41,06%. Cette amélioration significative est due à la nette augmentation constatée au niveau des rubriques suivantes :

- Les Contributions obligatoires sont passées de 0,026 à 0,18 milliards KMF de 2015 à 2019, soit une progression de 585%. Cette évolution très significative peut être expliquée par la révision du mode de calcul des prélèvements obligatoires des contribuables et les contributions de sociétés privées, publiques et parapubliques nouvellement créées ;
- Concernant les Assurances maladies facultatives, l'analyse fait apparaître une progression très importante (8231%) en 2019. Cette dynamique est due à une

augmentation des structures d'assurance (Mutuelles de santé et les assurances privées) ;

- Pour l'administration publique, on observe le doublement des dépenses dans le secteur de la santé. Cette performance s'est traduite par l'augmentation des subventions des structures sanitaires et autres institutions créées (service de dialyse, ANAMEV, HACC de Bambao Mtsanga) ;
- Les dépenses des Ménages sont légèrement en hausse de 13%, à cause de la faiblesse de prise en charge de certaines pathologies, des évacuations sanitaires et du tourisme médical ;
- La contribution des Partenaires Techniques et Financiers a doublé (124%). Cette hausse s'est traduite par leurs contributions sur la riposte post-Kenneth, les subventions de lutte contre les maladies (paludisme, VIH/Sida, TB, Vaccination...).

Figure 6 : Part des différents régimes de financement dans les DCS en %



Ces résultats révèlent que les financements des ménages, de l'administration publique et des partenaires techniques et financiers représentaient respectivement 64,04%, 17,98%, 14,30% pour 2011, 77,63%, 10,35%, 11,17% pour 2015 et 61,83%, 15,40%, 17,57% pour 2019 sur l'ensemble des contributions des régimes de financement de la santé.

3.3.1.2. Dépenses par agent de financement de la santé

Les Agents de financement (FA) sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financements.

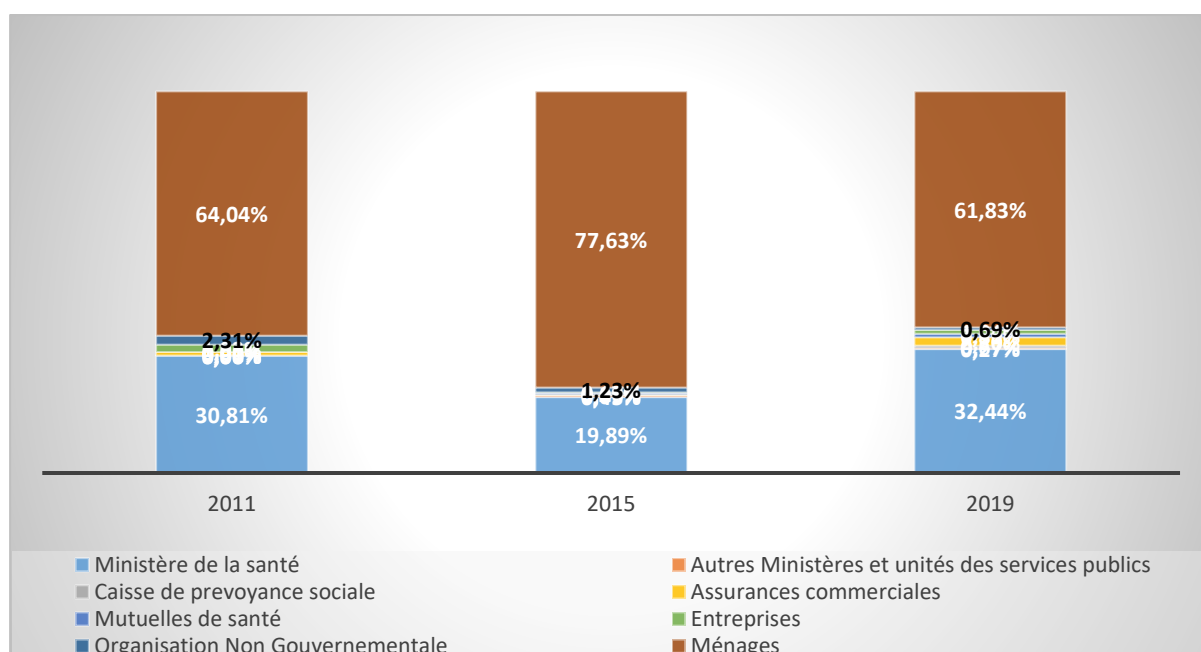
Tableau 9: Répartition des DCS par types d'Agents de financement (KMF)

Agents de financement	2011	2015	2019
Ministère de la santé	5 906 174 417	3 786 615 455	8 773 056 321
Autres Ministères et unités des services publics		86 338 191	72 000 000
Caisse d'assurance sociale	97 500	13 877 907	181 560 848
Assurances commerciales	174 853 266	18 042 300	593 997 208
Mutuelles de santé		88 295 903	236 170 675
Entreprises	369 107 617	31 625 637	281 284 926
Organisations Non Gouvernementales	443 379 327	233 463 949	185 275 844
Ménages	12 278 634 784	14 778 445 738	16 720 911 456
Dépenses Totales _ FA	19 172 246 911	19 036 705 081	27 044 257 279

Les principaux agents de financement de la santé sont :

- les ménages à travers les paiements directs avec un poids moyen de 67,09% (43,78 milliards) sur la période de 2011, 2015 et 2019.
 - L'administration publique (Ministère de la santé) avec 18,47 milliards soit un poids moyen de 28,30% sur la période 2011, 2015 et 2019 ;
- Par ailleurs, la contribution des assurances a nettement augmenté à hauteur de 593 997 208 KMF en 2019, soit un poids moyen de 1,55%.

Figure 7 : Part des différents Agents de financement dans les DCS en %



Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) sont essentiellement assurées par les paiements directs des ménages avec 64,04% en 2011, 77,63 % en 2015 et 61,83 % en 2019, suivi par les contributions de l'Etat avec 33,38% en 2019, 20,42% en 2015 et 30,81 % en 2011.

Par ailleurs, il est à noter que seules 3,07 % en 2019, 0,56 % en 2015 et 0,91 % en 2011 des ressources ont été gérées par le biais des assurances commerciales et mutuelles de santé. Cette faible couverture de maladie doit préoccuper les autorités nationales du pays dans un contexte d'accélération des progrès vers l'atteinte des ODD et la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030.

3.3.2. Dimension « Prestations de services et de soins »

La dimension de prestation de service et de soins (HP) est évaluée à travers les dépenses des prestataires de service et des facteurs de prestation (HP).

3.3.2.1. Dépenses des prestataires de service

Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres.

Tableau 10: Répartition des DCS par type de prestataire en (KMF)

Prestataires	2011	2015	2019
Hôpitaux	8 275 068 823	8 129 868 441	13 335 204 775
Soins de santé ambulatoire	1 150 735 768	1 036 969 959	1 431 902 513
Laboratoires Médicaux et de diagnostic	1 050 408 892	1 265 658 755	1 437 754 843
Imagerie Médicale	598 278 207	720 784 909	826 047 730
Détaillants de produits de santé	3 351 645 776	4 000 421 515	4 646 843 102
Soins préventifs	2 914 040 074	822 398 710	3 512 866 272
Services administratifs et de financement de santé	1 722 321 403	2 928 080 718	1 773 857 895
Partenaires Techniques et Financiers	109 747 968	132 522 074	79 780 150
Dépenses Totales _ HP	19 172 246 912	19 036 705 081	27 044 257 279

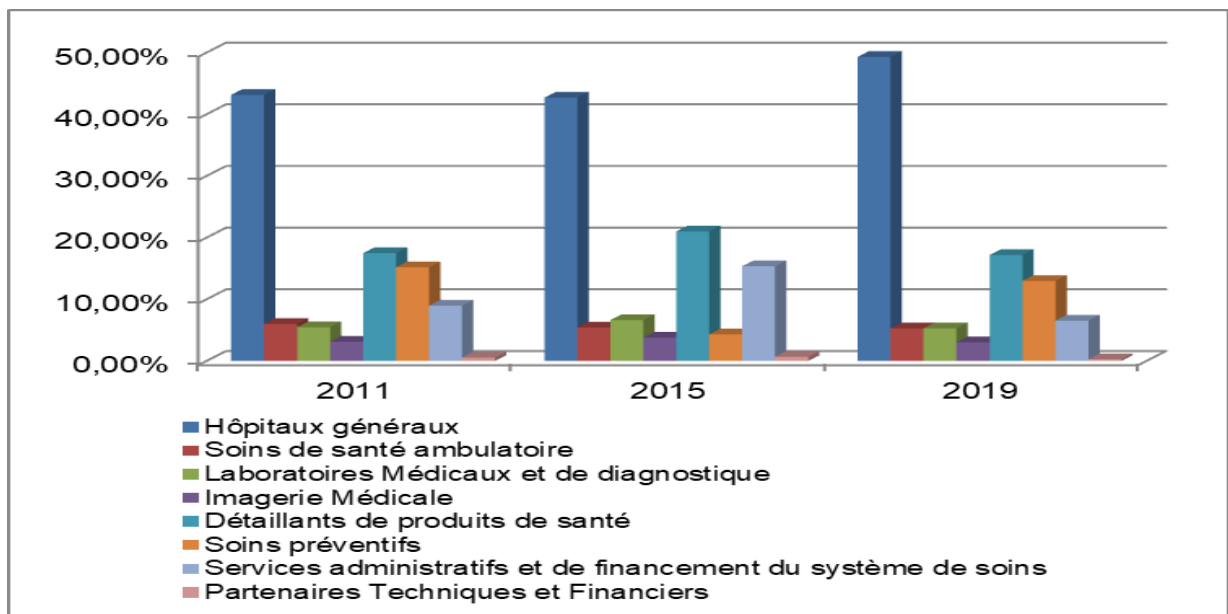
L'analyse de la répartition des dépenses de santé pour les prestataires de soins et services de santé montre que, les dépenses courantes de santé pour les prestataires de soins et services hospitaliers ont diminué de 1,75% par rapport à 2011. Toutefois, on a assisté à une augmentation de 64,03% en 2019 par rapport à 2015. On constate aussi que les dépenses de santé pour les détaillants de produits de santé ont augmenté de 19,36% en 2015 par rapport à 2011. Ces mêmes dépenses ont augmenté de 16,16% en 2019 par rapport à 2015.

Les dépenses des programmes et autres prestataires de soins et services préventifs ont drastiquement baissé de 72% en 2015 par rapport à 2011. Toutefois, en 2019 les dépenses chez les prestataires de soins et services de prévention ont quadruplé par rapport à 2015, soit une augmentation de 327,15%. Cela peut être expliqué par l'augmentation des subventions des partenaires notamment en termes de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la TB, la Lèpre et les maladies évitables par la vaccination.

Pour les prestataires de soins et services ambulatoires, on observe une diminution des dépenses de santé de plus de 9,89% en 2015 par rapport à 2011, une augmentation de plus de 38% en 2019 par rapport à 2015.

Concernant les dépenses des prestataires de services administratifs et de financement du système de santé, la part des dépenses de santé a augmenté de 70% en 2015, puis une diminution de plus 39,42% en 2019 par rapport à 2015.

Figure 8 : Part des DCS par type de prestataires de soins en %



L'examen de ce graphique montre que les hôpitaux bénéficient de la plus grande part des flux financiers. Leur part dans les dépenses courantes de santé s'élève à 43,16 % en 2011, 42,71% en 2015 et 49,31% en 2019, suivis des détaillants des produits de santé (Pharmacies et les autres détaillants des produits médicaux) avec 17,48% des dépenses courantes de santé en 2011, 21,01% en 2015 et 17,18% en 2019. Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale et du renforcement de la pharmacovigilance, notre pays a intérêt à normaliser cette situation conformément à la réglementation nationale.

La part des soins préventifs pour les périodes de 2011, 2015 et 2019 est estimée respectivement à 15,20%, 4,32% et 12,99%.

Enfin, on retrouve les services administratifs et de financement du système de soins avec 8,98% en 2011, 15,38% en 2015 et 6,56% en 2019.

On note également à travers cette figure la part relativement faible des prestataires de diagnostic (laboratoires d'analyse médicale et imagerie) dans les dépenses courantes de santé. De même que celles des soins préventifs restent insuffisantes eut égard du profil sanitaire et épidémiologique du pays.

3.3.2.2. Dépense des facteurs de prestation

Les facteurs de prestation sont constitués de l'ensemble des intrants utilisés pour fournir des biens et services de santé.

Tableau 11: Répartition des DCS par facteurs de prestation (KMF)

Facteurs de prestation de soins de santé	2011	2015	2019
Traitements et Salaires	4 867 788 566	4 473 906 790	5 384 060 932
Cotisations sociales		1 320 736 332	1 895 828 734
Services de soins de santé	462 884 621	247 331 454	320 395 039
Biens de santé	6 310 319 919	6 422 767 648	9 571 937 184
Services non sanitaires	4 892 346 856	3 969 739 405	5 239 997 665
Biens non sanitaires	2 229 178 685	2 555 284 052	4 599 664 786
Autres rubriques de dépenses non spécifiées	409 728 264	46 939 400	32 372 939
Dépenses Totales _ FP	19 172 246 911	19 036 705 081	27 044 257 279

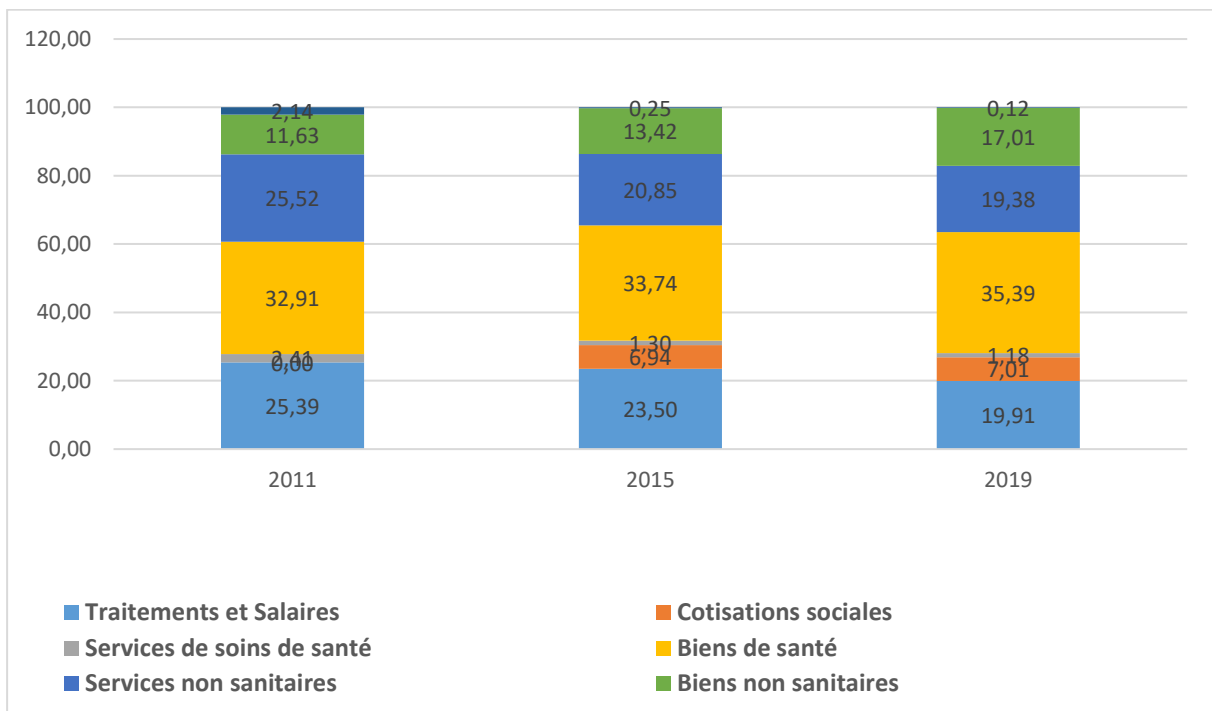
Pour les traitements et salaires les dépenses de santé connaissent une légère baisse en passant de 4,9 milliards en 2011 à 4,5 milliards KMF en 2015. Puis une hausse des dépenses à hauteur de 5,4 milliards KMF, soit 10,61% entre 2011 et 2019. Cela s'explique par la hausse des cotisations sociales qui a entraîné l'augmentation des dépenses à hauteur de 43,54% au cours de la période 2015 à 2019.

Dans le cadre des « Services des soins de santé », on remarque un faible financement par rapport aux autres facteurs de prestations mais aussi des dépenses faibles d'une période à l'autre, soit une diminution de 30,78% de 2011 à 2019.

Cependant, on constate une légère progression des dépenses des services non sanitaires à hauteur de 5,2 milliards KMF soit 7,11% entre 2011 et 2019.

Quant aux « Biens de santé », les résultats présentent une tendance à la hausse de 51,69% de 2011 à 2019 avec des montants respectifs de 6,3 milliards KMF à 9,6 milliards KMF. Par ailleurs, les « biens non sanitaires » restent progressifs de 2011 à 2019 en passant de 2,2 à 4,6 milliards KMF, soit une hausse de 106,34%.

Figure 9 : Part des DCS par facteur de prestation en %



Il est ainsi montré que les biens de santé concentrent la plus grande part des dépenses courantes de santé durant la période 2011, 2015 et 2019.

Bien que les dépenses de traitements de salaires augmentent en volume, on constate que leur poids dans les DCS diminue en faveur des biens de santé et des biens non sanitaires.

3.3.3. Dimension « Consommation »

La dimension de la consommation est composée de la fonction de service et des bénéficiaires (Ages, genres et régions sanitaires).

3.3.3.1. Dépenses de consommation par fonction de service

Les fonctions de service (HC) sont un ensemble de biens et services produits par les prestataires en combinant les différents facteurs de prestation des soins et services de santé.

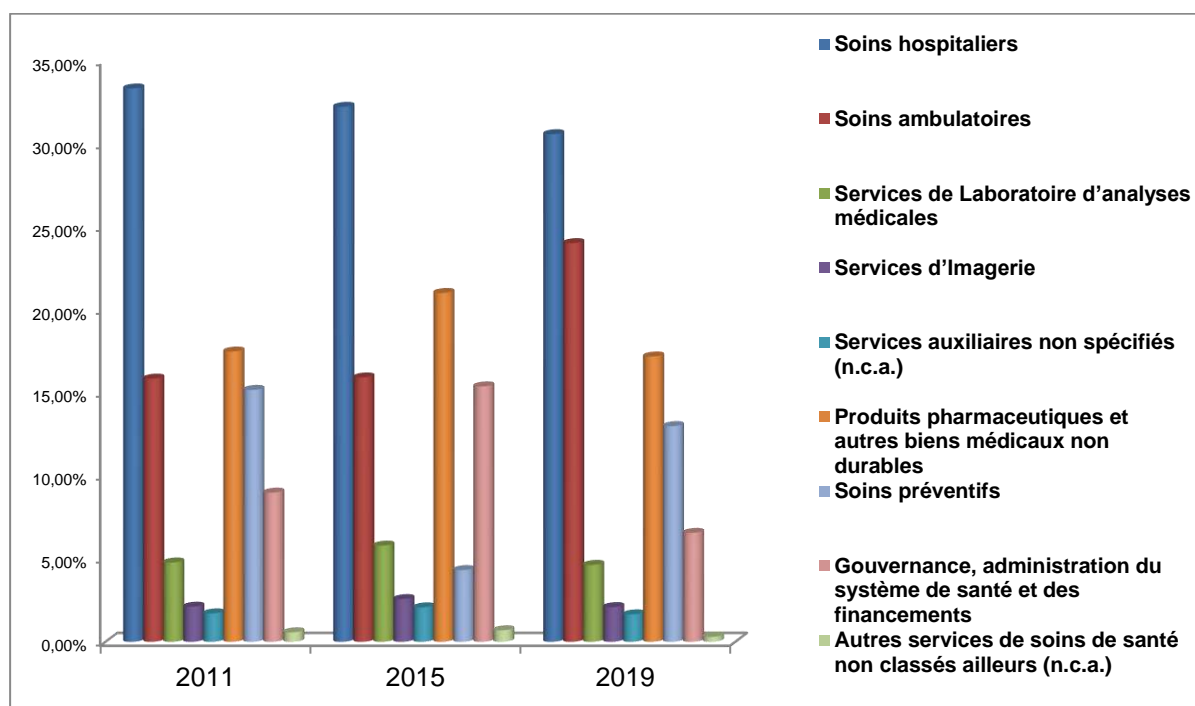
Tableau 12: Répartition des DCS par fonction de service (KMF)

Fonctions de service	2011	2015	2019
Soins hospitaliers	6 392 367 618	6 136 489 633	8 271 347 781
Soins ambulatoires	3 038 736 973	3 030 593 767	6 495 759 507
Services de Laboratoire d'analyses médicales	915 592 745	1 102 688 288	1 252 578 756
Services d'Imagerie	405 275 928	489 196 298	564 804 245
Services auxiliaires non spécifiés (n.c.a.)	327 818 426	394 559 079	446 419 572
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	3 351 645 776	4 000 421 514	4 646 843 102
Soins préventifs	2 908 769 592	822 153 710	3 512 866 272
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	1 722 291 885	2 928 080 718	1 773 857 895
Autres services de soins de santé non classés ailleurs	109 747 968	132 522 074	79 780 150
Dépenses Totales _ HC	19 172 246 911	19 036 705 081	27 044 257 279

Les soins hospitaliers et ambulatoires représentent les deux principales fonctions de soins vers lesquelles sont orientées les dépenses courantes de santé. On constate des variations entre les périodes. D'une part les soins hospitaliers enregistrent une diminution de 4,00% entre 2011 et 2015 et une augmentation significative de 34,79% entre 2015 et 2019 et d'autre part les soins ambulatoires connaissent une faible diminution de 0,27% entre 2011 et 2015 et une forte augmentation de 114,34% entre 2015 et 2019.

Par ailleurs, la variation des dépenses courantes de santé en termes de produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables pendant la période suit le même rythme que les dépenses des soins curatifs (soins hospitaliers et soins ambulatoires), soit 19,36% entre 2011 et 2015 et 16,16% entre 2015 et 2019 et 38,64% entre 2011 et 2019. En revanche, les dépenses des soins préventifs ont connu une forte baisse de 71,74 points entre 2011 et 2015 et une forte augmentation de 327,28% entre 2015 et 2019. Cela s'explique par la fin des programmes prioritaires appuyés par les partenaires techniques et financiers au cours de la période de 2011 à 2015 et la reprise de certains fonds de partenaires durant les périodes de 2015 et 2019, notamment, les subventions de lutte contre les trois maladies (VIH/Sida, Paludisme et Tuberculose), le PASCO 2, le projet COMPASS, etc.. . Enfin, on remarque que plusieurs programmes de santé publique dépendent fortement du financement des partenaires extérieurs.

Figure 10 : Part des DCS par fonction de service en %



Il ressort que sur les trois périodes 2011, 2015 et 2019, les dépenses courantes de santé ont principalement concerné les soins curatifs, plus particulièrement, les soins hospitaliers. Le poids relatif de ces soins présente une tendance à la baisse de 33,54% en 2011, 32,24% en 2015 et 30,58% en 2019. En revanche, on constate une progression des dépenses de soins ambulatoires, soit 24,02% en 2019 contre 15,92% en 2015. Cette situation peut s'expliquer entre autres par le nombre élevé des cas de prise en charge des maladies/affections au niveau des établissements de santé, notamment en ce qui concerne la prise de soins relatifs aux accidents de circulation, aux actes gynéco-obstétriques, actes chirurgicaux, des maladies cardiovasculaires, aux infections respiratoires, etc.

Sur ce, les dépenses courantes de santé consacrées aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables sont de 21,01% en 2015 et 17,18% en 2019. Il est à noter que les dépenses liées aux produits de santé sont corrélées avec les dépenses des soins curatifs.

S'agissant des soins préventifs, ils ont bénéficié d'une hausse de 12,99% en 2019 contre 15,17% des dépenses courantes de santé en 2011.

La part des dépenses courantes consacrées à la Gouvernance et à l'administration du système de santé a été évaluée à 6,56% en 2019 accusant une forte baisse par rapport à 2015 où elle était de 15,38% en 2015. La part des autres services de soins de santé non classés ailleurs a été estimée à 0,29% en 2019.

Les parts relatives à l'administration du système de santé sont faibles à hauteur de 8,98% en 2011, 15,38% en 2015 et 6,56% en 2019.

Enfin, les services auxiliaires constitués principalement des services de laboratoire d'analyses médicales et d'imagerie présentent aussi des proportions faibles dans les dépenses courantes de santé, soit 8,60% en 2011, 10,43% en 2015 et 8,37% en 2019.

L'année 2015 a été marquée par des événements de campagnes d'informations et de sensibilisations en faveur de la lutte contre les mortalités maternelles et néonatales en collaboration avec les PTF.

3.3.3.2. Dépenses de consommation par Maladie/Affection

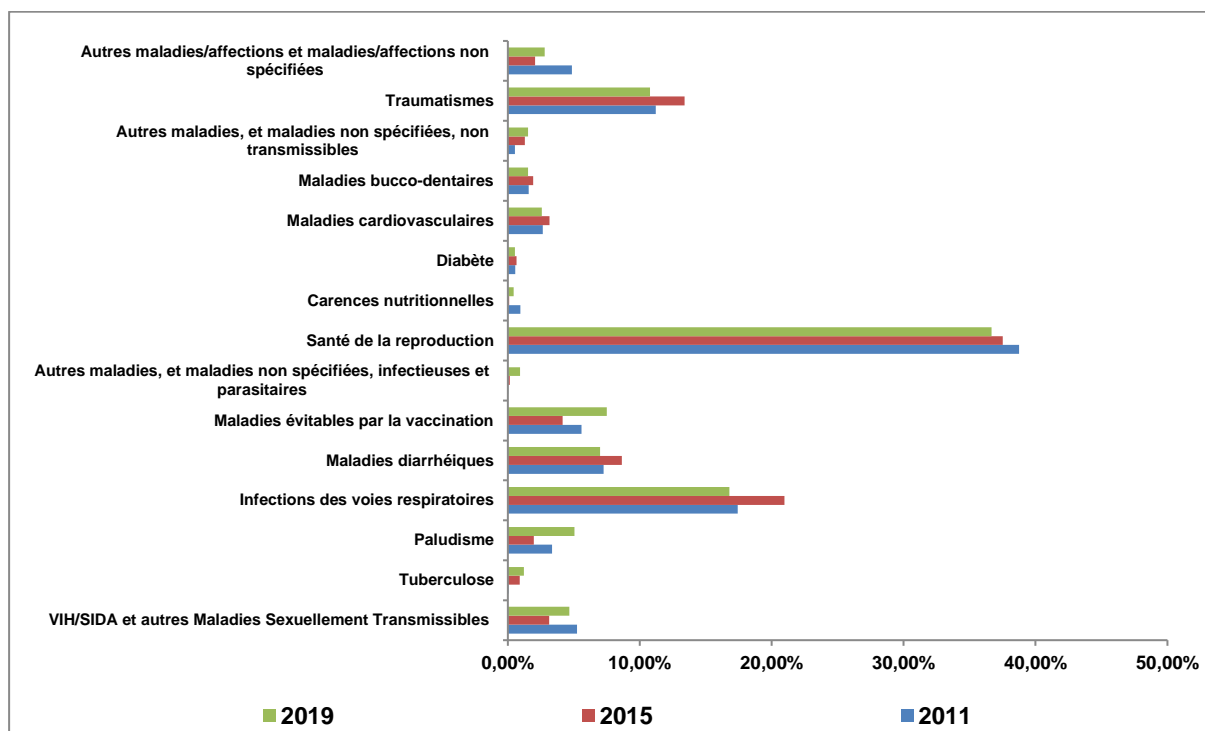
La consommation des dépenses par maladie/Affections est évaluée à travers les dépenses par groupe de maladies et par maladie, notamment pour les maladies infectieuses et parasitaires, la santé de la reproduction, les carences nutritionnelles, et maladies non transmissibles.

Tableau 13: Répartition des DCS par Maladie/Affection (KMF)

Types de Maladies	2011	2015	2019
VIH/SIDA et autres MST	1 005 137 793	597 645 912	1 261 658 532
Tuberculose	9 202 710	169 085 869	330 706 007
Paludisme	641 995 108	373 670 163	1 367 403 808
Infections des voies respiratoires	3 339 814 187	3 991 323 445	4 540 632 957
Maladies diarrhéiques	1 392 251 849	1 644 181 999	1 887 934 569
Maladies évitables par la vaccination	1 068 568 196	792 387 786	2 029 730 839
Autres maladies, infectieuses et parasitaires et non spécifiées,	97 901	28 566 739	248 701 224
Santé de la reproduction	7 430 781 771	7 139 826 539	9 914 217 224
Carences nutritionnelles	182 810 794	20 311 251	118 715 165
Diabète	107 752 854	127 248 084	146 199 410
Maladies cardiovasculaires	508 319 165	603 002 904	698 487 407
Maladies bucco-dentaires	302 674 708	364 296 343	413 229 569
Autres maladies, et non spécifiées, non transmissibles	102 167 870	244 049 009	416 164 118
Traumatismes	2 150 931 077	2 550 246 633	2 917 139 851
Autres maladies/affections et non spécifiées	929 740 927	390 862 404	752 215 239
Dépenses totales _DIS	19 172 246 911	19 36 705 081	27 44 257 279

L'analyse des comptes de santé montre une prédominance des financements consacrés à la santé de la reproduction, aux Infections des voies respiratoires, aux maladies diarrhéiques, ainsi qu'aux maladies évitables par la vaccination, alors que d'autres maladies présentant des plus grands défis en santé publiques comme les maladies cardiovasculaires, les traumatismes souffrent de sous-financement et sont laissés à la charge des ménages en charge par les ménages.

Figure 11 : Part des DCS par Maladie/Affection en %



En analysant ces résultats, la santé de la reproduction, les infections des voies respiratoires et les traumatismes sont les principales maladies ayant des parts importantes au niveau dépenses courantes de santé pendant la période de 2011, 2015 et 2019. La santé de la reproduction représente 38,76% en 2011, 37,51% en 2015 et 36,66% en 2019 suivi des infections des voies respiratoires, soit 17,42% en 2011, 20,97% en 2015 et 16,79 % en 2019. Viennent ensuite les traumatismes pour les périodes 2011, 2015 et 2019 avec respectivement 11,22%, 13,40% et 10,79%. Il faut noter que s'agissant de la santé de la reproduction, ces données reflètent la priorité accordée à ce domaine dans les politiques nationales alors que pour les deux autres, cela est dû plutôt à la charge de morbidité.

Quant aux dépenses des autres maladies, on constate que :

- Les maladies transmissibles (VIH/SIDA et MST, Paludisme, Tuberculose, etc...), représentent 8,64% en 2011, puis 5,99% en 2015 et 10,94% en 2019 ;
- la vaccination et la nutrition restent insuffisantes et occupent 6,53% en 2011, 4,27% en 2015 et 7,94% en 2019 ;
- les maladies non transmissibles (Diabète, maladies cardiovasculaires, maladies buccodentaires, autres MNT) représentent les dépenses les plus faibles, soit 5,32% en 2011, 7,03% en 2015 et 6,19% en 2019. Ces données sont particulièrement basses pour un domaine qui représente l'un des grands défis en matière de santé publique et qui représentent la troisième priorité dans les politiques et stratégies nationales.

3.3.3.3. Dépenses de consommation par bénéficiaire

Ages

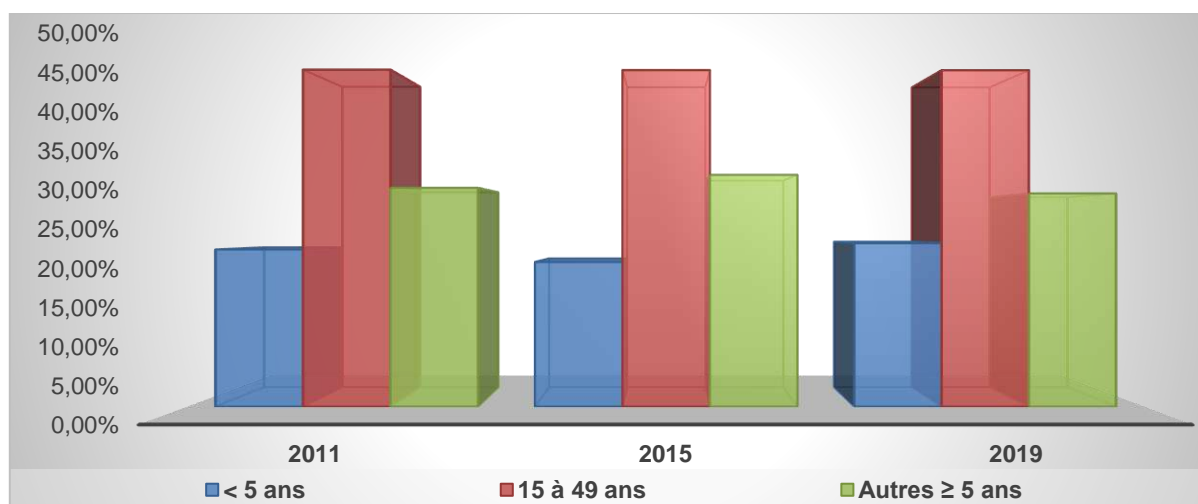
Les dépenses courantes de santé par tranche d'âge permettent d'effectuer des analyses par catégorie : enfants de moins de 5 ans ; jeunes et adultes ; et autres (5 à 14 ans et les plus de 50 ans).

Tableau 14: Répartition des DCS par âge (en KMF)

	2011	2015	2019
< 5 ans	4 226 700 583	3 862 303 645	6 200 158 647
15 à 49 ans	9 061 204 565	8 984 606 114	12 757 393 226
Autres	5 884 341 764	6 189 795 322	8 086 705 406
Dépenses Totales _ Age	19 172 246 911	19 036 705 081	27 044 257 279

Les dépenses courantes de santé liées à l'âge sont marquées par une variation instable. On constate une forte variation au niveau de la tranche d'âge des 15-49 ans, soit -0,85% entre 2011 et 2015, 41,99% entre 2015 et 2019 et 40,79% entre 2011 et 2019 suivi de la tranche d'âge de <5 ans, soit -8,62% entre 2011 et 2015, 60,53% entre 2015 et 2019 et 46,69% entre 2011 et 2019. La baisse générale constatée en 2015 correspond à la fin des cycles des grands programmes de santé notamment dans les domaines de la santé maternelle et infantile.

Figure 12 : Part des DCS par âge en %



Les principaux bénéficiaires des dépenses courantes de santé de 2011, 2015 et 2019 sont les 15-49 ans, avec des poids allant respectivement de 47,26%, 47,20 % et 47,17%. En revanche, les moins de 5 ans représentent des poids de 22,05% en 2011, 20,29% en 2015 et 23,93% en 2019. Le graphique illustre encore une fois la prépondérance des programmes de santé maternelle et infantile qui bénéficient prioritairement à la tranche d'âge des 15-49 ans qui comprend les femmes en âge de procréer.

Région sanitaire

Les dépenses courantes de santé par région sanitaire du pays présentent un profil très contrasté.

Tableau 15: Répartition des DCS par région sanitaire (en KMF)

Région	2011	2015	2019
Mwali	881 855 461	581 493 911	696 165 276
Ndzuwani	2 751 696 481	3 087 462 701	3 365 342 803
Ngazidja	10 824 817 275	11 384 967 116	13 188 839 542
Union	4 713 877 695	3 982 781 352	9 793 909 657
Dépenses totales _REG	19 172 246 911	19 036 705 081	27 044 257 279

La plus importante part des dépenses courantes de santé se trouve à Ngazidja avec 56,46% en 2011, 59,81% en 2015 et 48,77% en 2019. Rapportées aux dépenses par tête d'habitant, Ngazidja demeure toujours en tête avec 33.415 KMF (79 US\$) contre 12.976 KMF (31 US\$) Mwali et 9.880 KMF (23 US\$) à Ndzuwani.

Le poids des dépenses courantes de santé montre une augmentation appréciable et progressive des dépenses enregistrées, soit 5,17% entre 2011 et 2015, 15,84% entre 2015-2019 et 21,84% entre 2011-2019.

Cette évolution s'explique par l'amélioration de l'accessibilité et de la fréquentation des structures de santé. En revanche, les régions de Ndzuwani et Mwali enregistrent les plus faibles parts des dépenses. Cette situation est imputable, en partie, à la faiblesse du plateau technique dans les deux îles.

Tableau 16: Répartition des DCS par tête et par région sanitaire (en KMF)

Régions sanitaires	2011	2015	2019
Mwali	18 988	11 106	12 976
Ndzuwani	9 209	9 287	9 880
Ngazidja	30 059	28 468	33 415
Union	6 683	5 075	12 414

Rapportées aux dépenses par tête d'habitant, Ngazidja demeure toujours en tête avec une variation de -5,26% entre 2011 et 2015, 17,38% entre 2015 et 2019 et 11,16 entre 2011 et 2019. Ensuite, on constate que les dépenses courantes de santé par tête d'habitant sont plus élevées à Mwali qu'à Ndzuwani. Cela peut se justifier par une forte densité d'infrastructure sanitaire et une bonne accessibilité géographique au niveau de Mwali contrairement à Ndzuwani. Il est à noter qu'en termes de densité de la population, Mwali est moins peuplé que les autres îles, soit 6,58% en 2011, 6,67% en 2015 et 6,80% en 2019.

Genre

Les dépenses courantes de santé par sexe permettent d'effectuer des analyses sur la répartition des dépenses consacrées aux femmes et aux hommes.

Tableau 17: Répartition des DCS par Genre (en KMF)

Genre	2011	2015	2019
Femme	13 653 758 295	13 455 004 140	19 038 655 953
Homme	5 518 488 616	5 581 700 941	8 005 601 326
Dépenses totales _Genre	19 172 246 911	19 036 705 081	27 044 257 279

Les femmes restent les premières bénéficiaires des services et des soins de santé. La part des dépenses courantes consacrée à cette population est passée de 71,22% en 2011 à 70,68 % en 2015 puis à 70,40% en 2019. Cela se justifie par la place qu'occupent les dépenses liées à la planification familiale, les accouchements et les soins des nouveaux nés. Par ailleurs, les données montrent une forte augmentation des dépenses de 39,44% entre 2011 et 2019.

3.4. Formation Brute de Capital

La formation brute de capital (HK) 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.

3.4.1. Régimes de financement

Les dépenses en formation brute de capital par régime de financement concernent principalement l'Administration publique, les ONG et les PTF.

Tableau 18: Répartition des dépenses en FBC par régime (en KMF)

	2011	2015	2019
Administration publique	6 024 500	36 958 921	7 231 866 338
Organisation Non Gouvernementale		15 551 225	8 770 120
Partenaires Techniques et Financiers	4 144 320	147 296 517	217 350 114
	10 168 820	199 806 663	7 457 986 572

L'administration publique reste la principale source de financement des dépenses d'investissement de 2011 et 2019, soit respectivement 59,24 % et 97 % suivis des PTF avec 40,76% et 2,91%. Cela se justifie avec les engagements pris par le Gouvernement ces dernières années en matière d'investissements dans le cadre de la vision Comores émergents 2030. En revanche, on constate que cette part des PTF a fortement baissé en 2015. Les ONG occupent quant à elles une part faible dans les dépenses en formation de capital soit 7,78 % en 2015 et 0,12 % en 2019.

La part des dépenses relatives à l'investissement représente 8,34% des dépenses totales de santé. Elles comprennent essentiellement les dépenses de construction du Centre Hospitalier Universitaire El-Maarouf et d'achat d'équipement et matériels médicaux et non médicaux de certains établissements de santé. Il est à noter que d'autres dépenses sont constatées au niveau des programmes de santé publique, notamment pendant les campagnes de lutte contre le Paludisme et de vaccination.

3.4.2. Dépenses de prestataires

Cette rubrique concerne les dépenses des soins hospitaliers et ambulatoires, les prestataires de soins préventifs et les services administratifs.

Tableau 19: Répartition des dépenses en d'investissement par prestataires (KMF)

	2011	2015	2019
Soins hospitaliers	6 024 500	16 834 722	7 335 405 812
Soins ambulatoire et services auxiliaires	4 144 320	6 632 000	26 042 900
Prestataires de soins préventifs		105 361 520	88 113 740
Services administratifs et de financement de soins		70 978 421	8 424 120
Dépenses totales-FBC	10 168 820	199 806 663	7 457 986 572

Les dépenses d'investissements les plus importants sont consacrés aux soins hospitaliers, soit 59,24% en 2011, 8,43% en 2015 et 98,35 % en 2019. Cette forte augmentation des dépenses en formation de capital est due entre autres au début de construction du futur CHU El-Maarouf pour un montant de 6.977.545.010 KMF, soit 93,56% des dépenses totales d'investissement et 95,12% des dépenses liées aux hôpitaux).

Ensuite, les prestataires de soins ambulatoires et services auxiliaires constituent également une part importante avec 40,76 % en 2011. Toutefois, on constate que les prestataires des soins préventifs et les services administratifs n'ont enregistré des dépenses d'investissements qu'à partir de 2015.

3.4.3. Dépenses de fonctions

Tableau 20: Répartition des dépenses d'investissement par fonctions de soins (KMF)

Formation brute de capital	2011	2015	2019
Bâtiments et autres ouvrages	4 144 320	48 011 930	7 204 401 542
Equipements médicaux	6 024 500	106 961 937	208 860 532
Autres matériels/Machines et équipements	0	44 832 796	44 724 498
Dépenses Totales _ FBC	10 168 820	199 806 663	7 457 986 572

Les bâtiments et autres ouvrages sont à hauteur de 40,76% en 2011 et 24,03% en 2015 avec notamment une forte augmentation de 96,60% en 2019. Les équipements médicaux sont passés de 59,24% en 2011, à 54% en 2015 et 2,80 % en 2019 soit une forte diminution des investissements dans le financement équipements médicaux. Les autres machines et équipements représentent respectivement 22,44% en 2015 et 0,60 % en 2019.

3.5. Principaux indicateurs des CS

Les indicateurs de base issus des comptes de la santé permettent au pays de faire une 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 21 : Principaux Indicateurs des Comptes de la santé

Agrégats	2011	2015	2019
Dépense totale de santé par habitant (KMF)	27 195	24 527	44 554
Dépenses ménages par habitant (KMF)	17 407	18 832	21 194
Dépenses gouvernement par habitant	4 897	2 575	15 812
Dépense totale de santé par habitant (US\$)	63	55	106
Dépense totale de santé en % du PIB	5,30	4,39	6,56
Dépenses gouvernement en % du PIB	0,96	0,46	2,33
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	64,01	76,78	47,57
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	18,01	10,50	35,49
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	15,16	4,27	9,99
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	49,17	47,63	43,83
Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	32,90	33,37	28,38
Dépenses de santé des Partenaires techniques et financiers en % des dépenses totales de santé	14,29	11,11	13,52
Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat*	9,65	4,80	19,34
Dépense des salaires payés par l'Etat en % les dépenses courante de santé de l'Etat	77,43	66,08	28,84
Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé	0,15	0,14	0,52
Dépenses assurance maladie en % dépense de santé des ménages	0,23	0,18	1,09

CONCLUSIONS

Les Comptes de la santé élaborés au titre des années 2011 révisés, 2015 et 2019 ont permis d'avoir des informations fiables sur les sources et les usages du financement du secteur de la santé. Ils ont permis de faire une analyse des dépenses de chaque catégorie d'opérateurs afin d'améliorer la performance du système de santé à travers notamment une meilleure efficacité de la dépense. Ce qui contribuera également à renforcer le cadre et l'écosystème du financement du développement et des ODD aux Comores.

La Dépense Totale de Santé (DTS) a très peu évolué entre 2011 et 2015, elle passe de 19,18 à 19,25 milliards KMF. En revanche, en 2019, elle connaît une hausse majeure pour s'établir à 35,15 milliards KMF. Durant cette période, la DTS par tête est estimée 27195 KMF (49 US\$) en 2011, à 24527 KMF (55 US\$) en 2015 et 44554 KMF (106 US\$) en 2019.

La Dépense Totale de Santé est dominée par les dépenses courantes de santé qui représentent 99,95% en 2011, 98,91% en 2015 et 78,76% en 2019. Ces dernières sont en grande partie financées par les paiements directs des ménages estimés à 64,04% en 2011, 77,63% en 2015 et 61,83%, en 2019 suivies de l'administration publique avec 17,98% en 2011, 10,35% en 2015 et 15,40% en 2019. Quant aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF), leurs dépenses représentent 14,30% en 2011, 11,17% en 2015 et 17,57% en 2019.

L'Administration publique est le principal financeur pour les dépenses liées aux infrastructures, équipements. Les dépenses d'investissement sont constituées essentiellement des dépenses pour les infrastructures (40,76% en 2011, 24,03% en 2015 et 96,60% en 2019) et l'achat de machines et équipements, (59,24% en 2011, 54,00% en 2015 et 2,80% en 2019).

Les bâtiments et autres ouvrages sont à hauteur de 40,76% en 2011 et 24,03% en 2015 pour connaître une forte augmentation de 96,60%. en 2019. Les équipements médicaux sont à hauteur de 59,24% en 2011, contre 54% en 2015 et 2,80 % en 2019 soit une diminution de la part des investissements pour les équipements médicaux. Les autres machines et équipements représentent respectivement 22,44% en 2015 et 0,60 % en 2019.

Les résultats de ces Comptes de la santé ont montré toute l'importance de disposer d'informations exhaustives sur les flux financiers. Ils ont permis une évaluation précise des dépenses de santé utilisées pendant la période de 2011, 2015 et 2019. Il est donc nécessaire pour le Ministère de la Santé de produire sur une base régulière les comptes de la santé afin d'améliorer la prise de décisions basées sur des évidences.

RECOMMANDATIONS

Les constats faits dans l'analyse de la dépense totale de santé de ce document 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 la production des Comptes de la santé par la mise en place de cadres institutionnels, d'outils appropriés et la mobilisation des ressources nécessaires ;
- Augmenter les ressources budgétaires de l'Etat en faveur du secteur de la santé conformément aux engagements et recommandations internationaux auxquels le pays a souscrit ;
- Accélérer la mise en place d'un système de couverture sanitaire universelle (CSU) en vue d'une meilleure prise en charge globale de la santé de la population comorienne et ne laisser personne pour compte ;
- Créer une ligne dédiée à l'élaboration des Comptes de la santé dans le budget de l'Etat ;
- Inciter les parties prenantes du secteur à utiliser les résultats des comptes de la santé dans la planification et le suivi-évaluation des politiques, stratégies et programmes du secteur ;
- Développer et renforcer les partenariats pour promouvoir la disponibilité des informations du secteur privé dans le système d'information sanitaire national ;
- Distinguer les dépenses de santé effectuées au niveau national de celles de l'étranger lors des enquêtes ménages en vue de mieux cerner les dépenses d'évacuations sanitaires ;
- Renforcer les ressources allouées à la prévention en particulier à la lutte contre les maladies non transmissibles.

Plus particulièrement à l'endroit du Ministère de la Santé :

- Sensibiliser les parties prenantes en charge des informations et données statistiques à tous les niveaux en vue de faciliter la collecte des données et d'informations pour la production régulière des Comptes de la santé ;
- Mettre en place un système de collecte des données routinières pour les variables traceurs de la production des Comptes de la santé ;
- Vulgariser et diffuser les résultats issus de cette étude à toutes les parties prenantes du système de santé ;
- Renforcer les capacités institutionnelles et techniques de la Direction de la Planification, des Etudes et de la Recherche ;

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

- Accroître le financement de la santé dans le cadre de l'aide publique au développement ;
- Soutenir le renforcement des capacités de l'équipe technique en charge de la production des Comptes de la santé ;
- Prendre en compte les résultats des Comptes de la santé dans l'élaboration de leurs programmes de coopération avec le Gouvernement dans le secteur.

REFERENCES

1. Agenda 2030 pour le développement durable
2. Analyse de la Situation du Système de Santé, Comores, 2014 ;
3. Annuaire des Statistiques Sanitaires 2014-2015, Comores, 2016
4. Annuaire des Statistiques Sanitaires 2011-2012, Comores, 2014
5. Comptes de la Santé, Exercices 2014-2016, Sénégal, 2020
6. Comptes de la Santé, Exercices 2015-2016, Togo, 2019
7. Comptes de la Santé, Exercices 2012-2015, Mauritanie, 2017
8. Comptes de la Santé, Exercice 2013, Maroc, 2015
9. Comptes de la Santé, Exercice 2011, Comores, 2014 ;
10. Comptes de la Santé, Exercice 2011, Cameroun, 2014
11. Comptes de la Santé, Exercice 2011, Niger, 2013
12. Comptes de la Santé, Exercices 2007-2008, Côte d'Ivoire, 2010
13. Enquête Démographie et de Santé et à Indicateurs Multiples 2012, Comores, 2014 ;
14. Enquête sur les Dépenses de Consommation des Ménages en 2014, Comores, 2015
15. Enquête STEP Wise sur les facteurs de risque des MNT, Comores, 2011
16. Etats consolidés d'exécution financière des budgets de l'Etat, 2011, 2015, 2016, 2017, 2018 et 2019, Comores, 2020
17. Manuel des Finances publiques, Fonds Monétaire International, 2001
18. Plan Comores Emergent 2030
19. Plan National de Développement Sanitaire 2015-2019, Comores, 2014 ;
20. Plan Stratégie de la Survie de l'Enfant, perspective 2013-2015
21. Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose 2020-2024, Comores, 2019
22. Plan National de Développement des Ressources Humaine en Santé, Comores, 2018 ;
23. Plan Pluriannuel Complet 2017-2021, Comores, 2017 ;
24. Politique Nationale de santé 2015-2024, Comores, 2014 ;
25. Profil des Ressources Humaines en Santé, Comores, 2018 ;
26. Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable, Comores, 2014
27. Système des comptes de la santé (SHA 2011), OMS, OCDE, 2012
28. Rapport annuel de l'OMS des Comores, 2019
29. Recensement général de la population et de l'habitat 2017, Comores, 2020 ;

ANNEXES

1. Liste de l'équipe technique de rédaction des Comptes de la santé

L'équipe technique de rédaction des Comptes de la santé (CS) est composé de

1. Docteur AHAMADA Aly, Médecin en santé publique, Directeur Général des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires ;
2. Madame Koulthoume MAOULANA, Economiste de la santé, Directrice de la Planification, des Etudes et de la Recherche et Point Focal des Comptes de la Santé ;
3. Monsieur HAMIDOU BOUNOU Saïd, Economiste de la santé, Expert National des Comptes de la Santé ;
4. Monsieur Ali SAIDOU, Economiste de la santé et Ingénieur Statisticien/Logisticien du PNLP ;
5. Madame Saoudya OMAR MAHAMOUD, Economiste de la santé, Direction Administrative et Financière ;
6. Madame Amina SOALIHY, Gestionnaire de projets et Planificateur, Chargée de la Planification et la Coordination à la DPER ;
7. Madame Touhoufat HOUSSAMOUDINE, Cadre en santé publique, Directrice de l'Information et des Statistiques Sanitaires ;
8. Madame SAID ALLAOUI Zainaba, Cadre en santé publique, Chargée de la production des données à la DISS ;
9. Monsieur Hachime AHAMADI, Cadre supérieur en santé, Directeur Administratif et Financier ;
10. Monsieur Ahmed YOUSSEUF, Cadre des services hospitaliers, Direction des Etablissements de Soins Publics et Privés ;
11. Monsieur Ali HASSANI MOHAMED, Cadre en finances publique, Point Focal CNS Chef de service Etudes et Prévisions Budgétaires à la Direction Générale du Budget ;
12. Monsieur Mahdy YOUSSEUF, Economiste, Institut National des Etudes Démographiques et Economiques ;
13. Docteur Ahamada M'SA MLIVA, Médecin en Santé publique, Point Focal du Système de Santé, Bureau pays de l'OMS ;
14. Monsieur Jean Edouard Odilon DOAMBA, Statisticien-Economiste, Consultant International de l'OMS
15. Monsieur Attoumane BOINA ISSA, Economiste national, PNUD Comores ;
16. Salim Abdallah YOUSSEUF, Economiste, Coordinateur du projet SDG-Fund/ PNUD

2. Liste des équipes d'agents de collecte des données pour les CS 2015 et 2019

Ndzuwani

- 1 Coordinatrice régionale : Dr. Hayiriat Bint Hakim, Médecin en Santé publique

Superviseurs	Profil/Fonction
Dr Hachra Andhume	Médecin Généraliste
Mr. Ahmed Abdallah	Infirmier Diplômé d'Etat

Enquêteurs	Profil/Fonction
Dr Hidaya Bakar Aboudou	Docteur en Médecine
Anfaouna Maoulid	Technicien Supérieur en Santé Publique
Amady Hayati	Technicien de Laboratoire
Anthoumani Issouf	Docteur en Médecine
Némati Ali Hamidi	Infirmière Diplômée d'Etat
Aboubacar ben SUDI	Statisticien
Asmarate Halidi	Nutritionniste-Diététicienne
Asmati Ahmed Abdou Halifa	Licence Professionnelle de Sage-Femme
Fouad Ahmed	Infirmier Généraliste
Absoir Houmadi	Master en Pharmacie

Mwali

- 1 Coordinateur régional : Dr Abdelaide Madi, Médecin
- 1 Superviseur : Mr Izdar Soidri

Enquêteurs	Profil/Fonction
Mme Ambourata Nadhirou	Infirmière Diplômée d'Etat
Mme Soumaida Mikidadi	Infirmière Diplômée d'Etat
Mme Mchinda Zouoirde	Infirmière Diplômée d'Etat
Moinahawa Soibahadine	Technicienne de Laboratoire
Anlayna Nizar Zahabay	Sage-femme Diplômée d'Etat

Ngazidja

- Coordinateur régional de Ngazidja : Mr Ali Boinaheri

Superviseurs	Profil/Fonction
Mme Mounirat Moussa	Infirmière Diplômée d'Etat
Mme Saoudya Omar Mahamoud	Economiste de la santé
Mme Fatima Ahamada	Infirmière Diplômée d'Etat
Mr Ferdinand Said Ali	Infirmier Diplômé d'Etat

Enquêteurs	Profil/Fonction
Mme Rabouan Mohamed Chamassi	Master en Biologie Médicale
Mr Said Kassim	Licence en Maintenance et génie biomédicale
Mme Fatoumia Mohamed	Sage-femme diplômée d'Etat
Mme Echata Badrou	Licence en soins obstétricaux
Mme Anrifia Abdoullah	Chargée des études de projets et programmes de santé
Mr Ahmed Youssouf	Chef de service laboratoire et pharmacie
Mr Salim Mohamed Noudjoum	Master d'Infirmier du Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
Mme Abdallah Fardjat	Infirmière Diplômée d'Etat
Mme Zarmia Mohamed	Sage-femme diplômée d'Etat
Mme Zoulfika Alhadhur	Master en population santé et Développement durable
Mme Zainaba Moirabou	Infirmière Diplômée d'Etat
Mme Zoulaihata Oubeid	Maîtrise en Biologie
Mr Mohamed Ridhoine	Master en Management, qualité et sécurité des soins
Mme Anissat Mmadi	Infirmière Diplômée d'Etat
Mme Amina Soalihy	Chargée de la planification et de la coordination

3. : Répartition des DCS par régime et par agent de financement en 2019 (Million de KMF)

Régimes de financement (HF)	Agents de financement (FA)										
	Administrations publiques	Ministère de la santé	Autres ministères et unités des services publics	Agence d'assurance maladie sociale	Sociétés d'assurance	Assurances commerciales	Mutuelles et autres sans but lucratif	Employeurs privés	ISBLSM	Ménages	Tous FA
Administration publique	8 845,06	8 773,06	72,00								8 845,06
Assurance maladie sociale	181,56			181,56							181,56
Assurance maladie facultative					830,17	594,00	236,17				830,17
ISBLSM									185,28		185,28
Entreprises								281,28			281,28
Paiement direct des ménages										16 720,91	16 720,91
DCS_HFXFA	9 026,62	8 773,06	72,00	181,56	830,17	594,00	236,17	281,28	185,28	16 720,91	27 044,26

4. : Répartition des DCS par prestataire et par facteur de prestation en 2019 (Million de KMF)

Prestataires de soinA3:M20	Facteurs de prestation de soins de santé (FP)											
	Rémunération des employés	Traitements et salaires	Cotisations sociales	Autres coûts relatifs aux employés	Rémunération des professionnels particuliers	Equipements et services utilisés	Services de soins de santé	Biens de santé	Services non sanitaires	Biens non sanitaire	Autres rubriques de dépenses	Tous FP
Hôpitaux	3 680,13	2 183,86	1 492,14	4,13	12,00	9 643,08	210,49	2 578,98	3 510,84	3 342,77		13 335,20
Centre Hospitalier National	1 853,74	1 139,75	713,99			4 310,10	112,83	1 253,14	1 860,33	1 083,81		6 163,84
Centre Hospitalier de Référence Insulaire	815,72	388,57	423,02	4,13	12,00	3 062,53	41,05	549,27	761,50	1 710,71		3 890,25
Centre Médico-chirurgical/Hôpital de Pôle	398,14	238,81	159,33			646,49	12,20	215,51	220,64	198,13		1 044,62
Polyclinique/Clinique privé	300,48	226,94	73,54			887,57	25,06	310,81	366,10	185,59		1 188,05
Centre de santé et poste santé	312,06	189,78	122,27			736,39	19,34	250,25	302,26	164,53		1 048,45
Prestataires de soins de santé ambulatoire	366,43	288,21	78,23			1 065,47	60,65	662,50	284,83	57,50		1 431,90
Cabinets médicaux	0,92	0,92				3,26	0,20	1,99	0,91	0,17		4,18
Cabinet dentaire	106,75	106,75				380,69	22,91	232,02	105,77	19,99		487,44
Tous autres centres ambulatoires	258,77	180,54	78,23			681,52	37,54	428,49	178,15	37,34		940,28
Prestataires de services auxiliaires	585,09	585,09				1 678,72	12,08	937,89	412,94	315,79		2 263,80
Laboratoires Médicaux et de diagnostique	394,74	394,74				1 043,02	1,89	551,68	272,92	216,52		1 437,75
Autres prestataires de services auxiliaires	190,35	190,35				635,70	10,19	386,21	140,03	99,27		826,05
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	469,33	469,33				4 177,51	37,17	3 480,49	520,45	139,41		4 646,84
Pharmacies	377,65	377,65				3 361,44	29,91	2 800,57	418,78	112,17		3 739,08
Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	91,68	91,68				816,08	7,26	679,91	101,67	27,23		907,76
Prestataires de soins préventifs	1 058,22	978,13	65,09	15,00		2 454,26		1 764,97	308,76	380,53	0,38	3 512,87
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	1 103,92	843,55	260,37			669,08		123,18	202,18	343,72	0,86	1 773,86
Agences étatiques de l'administration de la santé	1 093,63	833,27	260,37			582,28		123,18	202,12	256,98	0,86	1 676,77
Agences administratifs de l'assurance maladie privée						82,97				82,97		82,97
Autres agences administratives	10,28	10,28				3,83			0,06	3,77		14,12
Partenaires techniques et financiers	35,90	35,90				43,88		23,93		19,95		79,78
DCS_HPXF	7 299,02	5 384,06	1 895,83	19,13	12,00	19 731,99	320,40	9 571,94	5 240,00	4 599,66	1,25	27 044,26

5. : Répartition des DCS par maladie/affection et par régime de financement en 2019 (Million de KMF)

Classification des maladies / affections	Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement (FS.RI)							Tous FS.RI
	Administration publique	Entreprises	Ménages	ISBLSM	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	Bailleurs privés	
VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	455,31	87,39		24,32	19,83	671,59	0,13	1 258,56
Tuberculose	8,09	1,56		0,02	19,03	285,66	16,35	330,71
Paludisme	6,45	2,64	249,69	57,04	801,22	250,36	0,00	1 367,40
Infections des voies respiratoires	42,58	8,20	4 482,13	0,11	1,86	5,74	0,01	4 540,63
Maladies diarrhéiques	47,18	9,37	1 822,83	0,12	2,06	6,36	0,01	1 887,93
Maladies évitables par la vaccination	981,50	148,67		4,74	34,15	860,45	0,22	2 029,73
Hépatite	0,09	0,02		0,00	0,00	0,01	0,00	0,12
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)					43,57	185,66	19,35	248,58
Santé de la reproduction	2 318,41	464,78	5 994,44	10,97	101,72	952,41	71,49	9 914,22
Carences nutritionnelles	12,64	2,44		9,28	91,93	2,42	0,00	118,72
Tumeurs		1,12						1,12
Diabète	3,66	0,70	141,07	0,12	0,16	0,49	0,00	146,20
Maladies cardiovasculaires	17,20	3,60	665,56	0,05	0,75	11,33	0,00	698,49
Autres maladies, et maladies non spécifiées, cardiovasculaires						9,01		9,01
Maladies de l'appareil digestif		0,56						0,56
Maladies de l'appareil urogénital	90,00	0,84						90,84
Troubles des organes des sens	2,92	0,56	112,53	0,01	0,13	185,05	0,00	301,20
Maladies bucco-dentaires		1,05	412,18					413,23
Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a.)	0,56	1,70	21,20	0,00	0,02	0,08	0,00	23,56
Traumatismes	72,85	14,88	2 816,19	0,19	3,18	9,82	0,02	2 917,14
Hépatite			3,10					3,10
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	543,05	104,64		7,46	23,74	73,18	0,15	752,22
Tous DIS	4 602,48	854,73	16 720,91	114,44	1 143,38	3 500,59	107,74	27 044,26

6. : Répartition des clés en moyennes des dépenses des CS par poids et par maladie (en %)

Répartition moyennes des poids des dépenses de santé						
Codes	Poids					
	Pharmacies	Laboratoires et Imagerie	Soins ambulatoires	Services hospitaliers	HPet CDS/ hospitaliers	HP et CDS /ambulatoires
FP.1.1	10,1	27,5	21,9	20,8		
FP.3.1.nec	0,8		4,7	2,1		
FP.3.2.1.nec	74,6		47,3	6,3		
FP.3.2.2.nec	0,3	38,4	0,3	16,7		
FP.3.3.nec	11,2	19	21,7	35,4		
FP.3.4	3	15,1	4,1	18,7		
HP.1.1.1					69,14	9,8
HP.1.1.2					14,974	23,4
HP.1.1.3					6,738	2,5
HP.1.1.4					5,438	21,5
HP.1.1.5					3,71	17,4
HP.3.4.9						25,4
Clé de répartition moyennes par types de maladie/affection						
Code Maladie	Pathologies	Mwali	Ndzuwani	Ngazidja	Total Comores	Clé en %
DIS.1.3	Paludisme	1	11	802	814	15,18
DIS.1.4	IRA	1082	3833	449	5364	100,00
DIS.1.4	Syndrome pseudo grippal	212	5587	2384	8183	152,55
DIS.1.4	Pneumonie grave	20	946	95	1061	19,78
DIS.1.5	Diarrhée	633	4530	778	5941	110,76
DIS.4.3.1	Hypertension	108	1476	585	2169	40,44
DIS.1.8	Hépatite virale aigüe	0		10	10	0,19
DIS.2.2	Affections périnatales	0	345	4	349	6,51
DIS.2.2	Conjonctivite néo-natale	4	46	29	79	1,47
DIS.2.nec	Accouchement	6264	4043	6213	16520	307,98
DIS.2.nec	dont césarienne	223,2	131,8	814	1169	21,79
DIS.4.2.1	Diabète (cas présumé)	1	415	44	460	8,58
DIS.4.8	Infection de l'oreille	62	305		367	6,84
DIS.4.nec	Anémie	39	8	22	69	1,29
DIS.5	Traumatismes (acc. circulation)	430	2905	2450	5785	107,85
DIS.5	Accident de circulation	2155	667	571	3393	63,26

7. : Répartition des dépenses moyennes des ménages par type de dépense par région en million de KM

Type depense	Region	2011	2015	2019
Appareils et matériels thérapeutiques	Ngazidja	120 647 059	145 209 630	164 295 854
Appareils et matériels thérapeutiques	Ndzuwani	25 022 498	30 116 835	34 075 365
Appareils et matériels thérapeutiques	Mwali	7 237 982	8 711 565	9 856 605
Médicaments modernes	Ngazidja	1 666 562 456	2 005 858 409	2 269 506 648
Médicaments modernes	Ndzuwani	826 485 020	994 749 355	1 125 498 322
Médicaments modernes	Mwali	117 342 989	141 232 883	159 796 407
Médicaments traditionnels	Ngazidja	546 634 949	657 924 523	744 401 535
Médicaments traditionnels	Ndzuwani	103 615 456	124 710 558	141 102 403
Médicaments traditionnels	Mwali	16 342 577	19 669 767	22 255 144
Produits médicaux divers	Ngazidja	107 310 654	129 158 063	146 134 483
Produits médicaux divers	Ndzuwani	27 088 904	32 603 942	36 889 375
Produits médicaux divers	Mwali	10 460 243	12 589 847	14 244 645
Services médicaux	Ngazidja	1 524 172 675	1 834 479 449	2 075 601 790
Services médicaux	Ndzuwani	380 957 192	458 516 381	518 783 365
Services médicaux	Mwali	63 113 977	75 963 370	85 947 928
Services de laboratoire et de radiologie	Ngazidja	846 677 515	1 019 052 846	1 152 996 242
Services de laboratoire et de radiologie	Ndzuwani	166 584 827	200 499 882	226 853 407
Services de laboratoire et de radiologie	Mwali	37 146 550	44 709 227	50 585 768
Services dentaires	Ngazidja	302 674 708	364 296 343	412 179 129
Services dentaires	Ndzuwani	47 125 503	56 719 798	64 174 998
Services dentaires	Mwali	8 140 920	9 798 332	11 086 216
Services des auxiliaires médicaux	Ngazidja	206 541 018	248 590 767	281 265 315
Services des auxiliaires médicaux	Ndzuwani	87 285 010	105 055 391	118 863 778
Services des auxiliaires médicaux	Mwali	6 684 840	8 045 808	9 103 342
Services hospitaliers	Ngazidja	4 117 283 168	4 955 522 088	5 606 871 489
Services hospitaliers	Ndzuwani	739 170 286	889 658 187	1 006 594 065
Services hospitaliers	Mwali	170 325 810	205 002 493	231 947 837
Dépenses total_Ménages		12 278 634 784	14 778 445 738	16 720 911 456

Source INSEED, enquête 1, 2,3 phase 3 « pauvreté et consommation des ménages » Comores, 2015