



UNION DES COMORES
Unité – Solidarité - Développement

Diagnostic du système de financement de la santé aux Comores

Mai 2018



Version finale Alexis 23-05-2018

Contenu

Abréviations	6
Résumé du diagnostic	8
Point saillants	8
Analyse SWOT	9
Conclusion	9
CONTEXTE.....	10
INTRODUCTION	11
Facteurs contextuels clés qui influencent la politique financière en santé et l'atteinte des objectifs de cette politique:	12
Eléments importants du système de santé dans le cadre du système de financement	12
• La carte sanitaire et le paquet de soins par niveau.....	12
• Les tarifs	13
• Secteur privé lucratif et non lucratif	14
• Exercice du privé par la fonction publique.....	14
• La responsabilité de l'Etat dans la mise à disposition d'intrants à prix accessibles pour la population : OCOPHARMA	15
• Les ressources humaines en santé.....	15
• Gestion des finances au niveau des formations sanitaires	17
• Gestion administrative et financière.....	18
Profil épidémiologique.....	19
Population	21
• Démographie.....	21
• Amélioration des conditions économiques, du développement humain et de l'égalité	22
Pauvreté	24
• Identification des populations.....	25
Environnement naturel	26
Place de la Santé dans les principales politiques	27
• La politique sanitaire dans la SCA2D, PNS, PNDS, PNPS.....	27
• Les politiques publiques « non santé » à impact en santé.....	28
Cadre institutionnel de la protection sociale santé	28
• Dispositif institutionnel de la protection sociale.....	28

• La loi sur Assurance Maladie Généralisée (AMG)	28
• La loi relative à la création d'une mutuelle de santé des agents publics en fonction à Mwali 29	
Finances publiques	30
• Assiette fiscale.....	30
• Perspective de l'assiette fiscale.....	30
• La structure de l'administration publique (décentralisation)	31
• Cycle budgétaire de l'Union	31
• Cycle budgétaire au niveau des îles	31
• Conclusion sur le contexte	32
Revue des dépenses de santé	33
Effort national en santé.....	33
• Considérations sur le volume	33
• Considérations sur l'utilisation	33
Effort de l'Etat	33
• Effort dans la santé par rapport aux autres secteurs.....	33
• Considérations sur la destination des financements publics en santé	34
Effort des PTF	34
Effort des ménages en santé.....	35
• La diaspora	35
• Effort général.....	35
• Modalité de l'effort	36
• Destination de l'effort	37
• Point sur le budget santé 2017 et 2018	38
• Conclusion sur les dépenses en santé	40
Revue de l'organisation du financement de la santé	41
Mécanismes de mobilisation de ressources et problématiques clé	41
• Mobilisation de l'aide pour le secteur de la santé	41
• Mobilisation des ressources des ménages	41
• Au niveau de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale.....	43
Questions clés relatives aux dispositifs de mutualisation des fonds	44
• Au niveau de la DAF du Ministère de la Santé de l'Union.....	44
• Au niveau des Commissariat à la santé / DRS des îles	44
• Quelle tentative de mutualisation des financements des Partenaires Financiers ?	44

• Au niveau des mutuelles de santé.....	45
L'achat des services de soin de santé.....	46
• L'achat des prestations par la CNSPS	46
• L'achat des prestations par les mutuelles de santé	46
Il est également intéressant de voir où va l'argent du réseau de mutuelles de la FENAMUSAC :	47
• L'achat des prestations L'achat des prestations par le paiement direct.....	47
• Conclusion sur le système de financement de la santé	48
• La protection financière spécifique des populations vulnérables.....	49
• La protection financière spéciale des évacuations sanitaires sur fonds publics.....	49
• La protection financière contre les prestations et maladies ciblées des programmes.....	49
• La protection financière par le tiers-payant non assurantiel	50
• Les mutuelles de santé	51
• La protection financière par la solidarité communautaire (familles élargies, appel aux associations, tontines...)	52
• La protection financière dans le cadre de l'accident du travail	52
• Les exclus de la protection financière	53
L'équité dans l'utilisation des services et la distribution des ressources.....	53
• Utilisation des services par catégories de population.....	53
• Regard sur l'équité dans la distribution des ressources publiques.....	53
Conclusion sur la protection financière.....	54
Conclusion : les priorités pour une réforme du financement de la santé.....	55
ANNEXE	57

Abréviations

AEDES	Bureau d'études
AFD	Agence Française de Développement
AfDB	African Development Bank
ALTER	Bureau d'études
ANAMEV	Agence Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et de l'Evacuation Sanitaire
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
AMG	Assurance Maladie Généralisée
ASCOBEF	Association comorienne pour le bien-être des femmes
BNV	Bénévole
CAMUC	Centrale d'achat des médicaments de l'Union des Comores
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRI	Centre Hospitalier Régional Insulaire
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CMC	Centre Médico-chirurgical
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSPS	Caisse Nationale de Sécurité et de Prévoyance Sociale
CPN	Consultation prénatale
CPN 4	4 ^{ème} Consultation Prénatale
CSD	Centre de Santé de District
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
COMESA	Marché commun pour l'Afrique orientale et australe
CRCO	Croix Rouge Comorienne
CREDES	Bureau d'études
CTR	Contractuel
DAF	Direction Administrative et Financière
DALYs	Disability-adjusted Life Years (Années de vies en bonne santé)
DGB	Direction Générale du Budget
DRS	Direction Régionale de la Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FENAMUSAC	Fédération Nationale des Mutuelles de Santé des Comores
FBP	Financement Basé sur la Performance
GAVI	Global Alliance for Vaccin Immunization
GBD	Global Burden of Diseases (Poids de la maladie au niveau mondial)
GFTAM	Global Fund for TB, AIDS & Malaria (Fonds Mondial pour la TB, le SIDA et le Paludisme)
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HP	Hôpital de pôle
HTA	Hypertension artérielle
IDA	IDA Foundation est une organisation indépendante à visée sociale qui distribue des médicaments et du matériel médical
IDH	Indice de Développement Humain
IMF	Institution de Microfinances
INSEED	Institut national de la statistique, des études économiques et de la démographie
KMF	Francs Comoriens

MAAECHA	ONG locale
MAMWE	Entreprise d'Etat en charge de la production et l'approvisionnement de l'électricité
MECK	Réseau d'institutions de micro-crédits
MNT	Maladies Non Transmissibles
OCOPHARMA	Organisme comorien de produits pharmaceutiques
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS/AFRO/IST-WA	Equipe d'appui Inter-pays de l'OMS Afrique basée à Ouagadougou pour l'Afrique de l'Ouest
OM/HQ/HFG/HF	Direction du Financement de la Santé au Département « Finances et Gouvernance » de l'OMS à Genève
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P4H	Réseau institutionnel mondial pour le financement de la santé
PASCO	Projet d'Appui au secteur de la Santé des Comores
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAC	Pharmacie Nationale des Comores
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNS	Politique Nationale de Santé
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVVIH	Personne vivant avec le SIDA
RHS	Ressource Humaine en Santé
RFD	ONG comorienne
SCA2D	Stratégie de croissance et de développement durable
SMI	Santé de la mère et de l'enfant
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SSV	Sécurité Sociale Villageoise
TB	Tuberculose
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
UN	Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USD	Dollar américain
VAR	Vaccin contre la rougeole
VIH	SIDA
WISN	Workload Indicators of Staffing Need
WASH	Eau, hygiène et assainissement

Résumé du diagnostic

Point saillants

Les points saillants du diagnostic sur l'ensemble du document sont les suivants :

- Une bonne régulation du système de santé permettrait d'améliorer son efficacité. La carte sanitaire existante (infrastructures, équipement, RHS, paquets disponibles sur le terrain) n'est pas rationnelle.
- Le pays est en transition épidémiologique avec en perspective le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles.
- La pauvreté monétaire touche 36% de la population dont 1,7 du fait d'une dépense catastrophique de santé. La population rurale a davantage de problèmes que la population urbaine, en particulier pour ce qui concerne la malnutrition.
- L'assiette fiscale est réduite (18%). La gestion des finances publiques peut être améliorée.
- Les dépenses nationales en santé sont importantes relativement aux autres dépenses. L'essentiel de ces dépenses se fait dans le curatif (2/3), environ 12% va au préventif. L'investissement dans des infrastructures du haut de la pyramide sert d'abord les populations mieux loties et font peser des frais de fonctionnement importants à la population.
- L'Etat finance 28% de ces dépenses et les partenaires techniques et financiers 19%. La part payée par les ménages environ la moitié des dépenses totales. Donc les ménages supportent en premier lieu ces dépenses de santé importantes.
- La part des paiements directs dans le total des dépenses de santé est très élevée (49%). Il y a aujourd'hui très peu de couverture du risque maladie (3% du financement de la santé en 2011). Une part importante du poids financier supporté par les ménages est pour des dépenses de médicament (30% à 40%). Le coût des prestations (public et privé) est élevé.
- 20 ans d'expérience de mutuelles donnent des résultats limités en termes de couverture (6%), une expérience qui mériterait d'être capitalisée. L'absence d'accompagnement financier par l'Etat et d'obligation est rétrograde. Ce qui existe aujourd'hui s'adresse aux 4^{ème} et 5^{ème} quintiles surtout.
- Les financements de la santé sont extrêmement fragmentés dans leur ensemble.
- Les programmes financés par les PTFs sont essentiels et couvrent souvent les plus vulnérables. Le programme visant l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé dit Financement Basé sur la Performance engagé par le gouvernement depuis 2012 via le Programme PASCO sur un financement de l'AFD, répond à la même logique.
- Les mécanismes de solidarité traditionnels ne protègent pas les individus de la même manière, et pas forcément dans une relation inverse de leurs revenus.

Le système de financement de la santé est particulièrement inefficace. Il n'est pas équitable non plus. Il requiert que l'Etat reprenne en main le système de santé ; il nécessite également une capitalisation des mécanismes financiers existants en matière de mutualisation du risque (par exemple avec l'AMG), et un engagement financier de l'Etat plus important. Enfin il doit assurer une orientation des financements en adéquation avec les problèmes de santé publique et de la population.

Analyse SWOT

Forces

- * Expérience en assurance maladie volontaire
- * Appui essentiel des PTFs sur des priorités de santé publique
- * Volonté politique d'avancer vers la CSU
- * Existence de documents cadre nationaux (SCA2D) et sectoriel santé (PNS, PNDS)
- * Solidarités communautaires
- * Résultats prometteurs de l'approche tiers payant développée depuis 2012 dans le Financement basé sur la Performance, appréciables sur la SMI.
- * Importance du soutien de la Diaspora.

Faiblesses

- * Financements de l'Etat limités
- * Manque d'application des politiques et des normes de régulation en santé
- * Carte sanitaire réelle peu rationnelle
- * Système de santé est trop centré sur les hôpitaux et pas assez sur le bas de la pyramide sanitaire
- * Redevabilité insuffisante des institutions
- * Manque de motivation et rémunération basse des RHS

Opportunités

- * Dépenses de santé par habitant supérieure aux préconisations de l'OMS (\$49 au lieu de \$34 en 2011)
- * Des taxes sur les produits nocifs pourraient constituer des financements dédiés qui alimenteraient l'assurance maladie
- * La FENAMUSAC, au travers le Service Commun de Gestion, a fait des preuves en matière de gestion financière et de gestion du risque d'assurance maladie volontaire
- * Le gouvernement inscrit son action dans une vision à long terme, ce qui permet d'envisager des changements structurels.
- * Disponibilité des PTFs à accompagner le pays vers la CSU et les ODD.

Menaces

- * Offre de soins limitée et caractérisée par une faiblesse de sa qualité
- * Carte sanitaire peu rationnelle et non respectée.
- * Culture de la redevabilité peu développée dans les institutions de santé.
- * Renoncement aux soins élevé du fait de barrières financières.
- * la santé est trop perçue comme comme l'accès à des soins médicalisés et pourvus en technologies de pointe
- * La transition épidémiologique est bien engagée mais pas suffisamment prise en considération. (Pas de stratégie nationale de lutte contre les MNT, Accès à l'eau limité, Gestion des déchets problématique)
- * Il existe des tentations diverses de financer des infrastructures coûteuses en fonctionnement
- * L'implication de la communauté dans la gestion des formations ne doit pas oblitérer la nécessité d'une régulation nationale en santé
- * L'AMG ne doit pas concentrer toute l'attention ni les moyens : une AMG sans régulation du système de santé augmenterait le gaspillage ; un focus sur la demande abandonnerait le système de santé au secteur privé en limitant les moyens pour l'Etat d'assurer l'équité dans l'accès aux soins. De même l'AMG sans les financements adéquats de l'Etat n'ira pas dans le sens de l'équité.

Conclusion

Une réforme du système de financement de la santé peut se faire sur la base de la volonté politique affirmée de mettre en place la Couverture Sanitaire Universelle et plus particulièrement d'introduire l'AMG à condition que l'Etat reprenne en main un système de santé public (régulation), augmente significativement ses financements, et que la montée en charge de l'AMG soit progressive pour assurer la pérennité du montage institutionnel.

CONTEXTE

Dans le cadre de la politique du Gouvernement comorien, dans sa vision vers une émergence du pays en 2030, le financement de la santé constitue une priorité pour le Ministère de la santé en vue d'assurer une Couverture Sanitaire Universelle à toutes les populations. Il est pris en compte dans les orientations stratégiques de la Politique Nationale de Santé (PNS) 2015-2024, du Plan National de Développement Sanitaire 2015-2019 et de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2017-2021 qui a été actualisée pour prendre en compte le Plan d'Investissement Quinquennal du Gouvernement et les Objectifs de Développement Durable.

En matière de financement de la santé, à côté des mutuelles de santé à base communautaire et des programmes de santé publique prioritaires bénéficiant d'appuis des PTFs (GAVI, Fonds mondial, OMS, Unicef, UNFPA) et largement accessibles aux cibles visées, les autorités sanitaires, largement inspirées par les résultats fournis par le Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé de 2011, ont mis en œuvre en 2012 un mécanisme de tiers-payant subventionné, qui s'inscrivait dans l'approche performance (PBF). Plus récemment, en Juin 2018, l'Assemblée nationale adoptait la Loi portant CSU en Union des Comores confirmée par la promulgation de la Loi en octobre 2018 instituant l'Assurance Maladie Généralisée en Union des Comores.

Aussi, tout récemment, lors du Forum de Tokyo (décembre 2017) sur l'accélération des progrès vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle consacrées au financement de la santé, il est ressorti la nécessité pour le pays d'élaborer **une stratégie nationale de financement de la santé** (SNFS) devant permettre l'accès de toutes les couches de la population aux prestations et soins de santé.

La vocation d'un tel document est de répondre à certains objectifs du système de santé en général et aux objectifs du financement de la santé en particulier (efficacité, équité, pérennité, redevabilité, réduction des dépenses catastrophiques, protection contre le risque, etc.) ; et de tenir compte du contexte de la définition et de la mise en place d'un régime d'Assurance Maladie Généralisée (AMG).

Avant de poser les orientations stratégiques, le Ministère de la Santé a souhaité mettre à la disposition du pays un document de **diagnostic** du Système de Financement de la Santé. Ce document a été élaboré par le Ministère de la Santé avec un appui spécifique de l'OMS. Le document a été produit par la partie nationale qui a bénéficié d'une expertise internationale :

- ⇒ L'OMS a déployé une expertise spécifique interne¹.
- ⇒ Un point focal au niveau de la DNP a activement participé à l'ensemble du processus²
- ⇒ Des rencontres bilatérales ont été organisées avec un nombre important d'acteurs clés
- ⇒ Le Ministère de la Santé, en concertation avec l'OMS, a déployé à la même période, une expertise spécifique en Assurance Maladie à travers le Programme PASCO, sur un financement de l'AFD.³
- ⇒ Un atelier national multisectoriel regroupant environ 50 participants⁴, s'est tenu durant 3 jours pour nourrir la rédaction et pour l'appropriation des enseignements principaux.

¹ En l'occurrence le Conseiller en Politique de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle pour l'Afrique de l'Ouest, OMS/AFRO/IST-WA, basé à Ouagadougou.

² Mme la Directrice Technique à la Direction Nationale de la Planification du Ministère de la Santé.

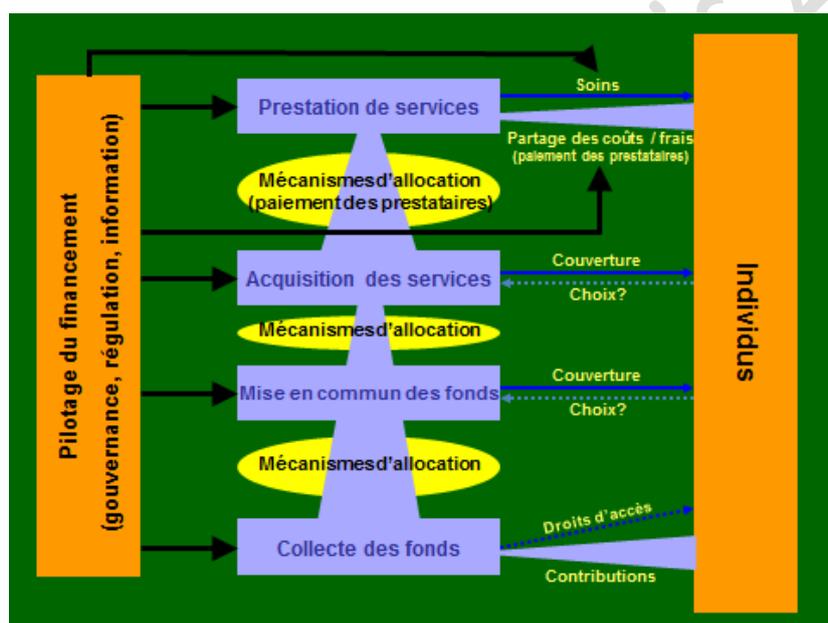
³ Alain Letourmy, expert international indépendant

Ce travail a également bénéficié de documents et rapports liés à de nombreux travaux précédents, en particulier les suivants auxquels on donne ici un numéro de référence pour les citations insérées dans ce document :

- Rapport sur le financement du système de santé, PASCO/AEDES/ALTER, Janv. 2012 (**Réf n°1**)
- Rapport AMG CREDES, Décembre 2017 (**Réf n°2**)
- Public Expenditure and Fiscal Management Review, The World Bank, 2016 (**Réf n°3**)
- Sub-National analysis of systematic differences in health status and the access to and funding of health services : an example from Comoros, The World Bank, Nov. 2016 (**Réf n°4**)

INTRODUCTION

Le système de financement s'étudie classiquement sur la base de 3 fonctions : (1) mobilisation des ressources, (2) mutualisation des fonds, (3) achat de services. S'y ajoutent des considérations sur (4) la gouvernance (appelée « orchestration » ou « direction générale du financement ») et sur (5) le panier de soins (prestations servies dans le système de santé national). L'expérience récente a conduit les intervenants à aborder aussi la question de (6) l'environnement de la santé. De fait le présent diagnostic aborde le profil épidémiologique comorien vu sous l'angle du fardeau des maladies⁵. Le cadre d'analyse de base est classiquement illustré ainsi⁶:



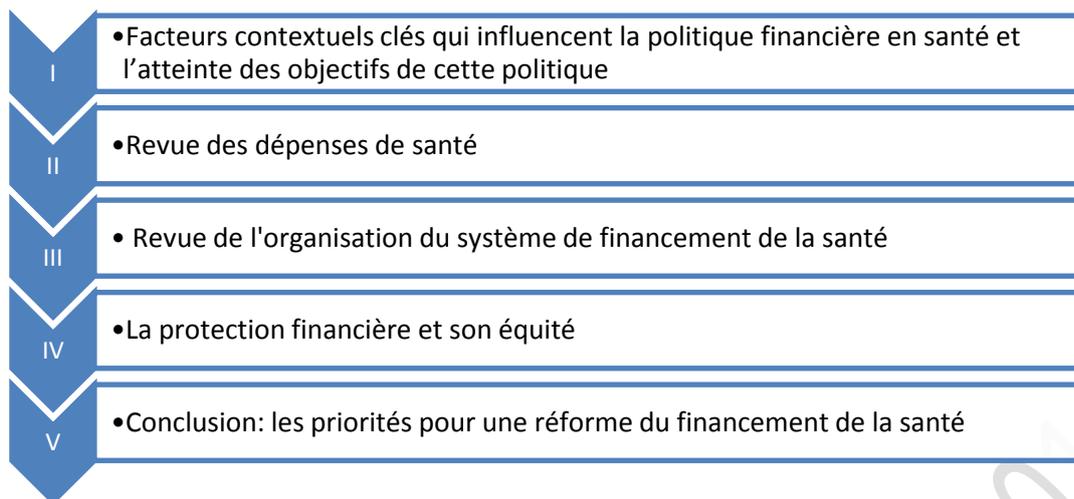
S'inspirant de la littérature OMS récente⁷, le présent document est organisé comme suit :

⁴ Cf. liste des participants en annexe du présent document.

⁵ Global Burden of Disease (GBD). Cf. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

⁶ OMS/HQ/HFG/HF. De nombreuses variantes de cette représentation existent.

⁷ Guidance on conducting a situation analysis of health financing for universal health coverage, WHO/HQ, 2016



Facteurs contextuels clés qui influencent la politique financière en santé et l'atteinte des objectifs de cette politique:

Eléments importants du système de santé dans le cadre du système de financement

- La carte sanitaire et le paquet de soins par niveau

On se doit de saluer l'existence de l'arrête ministériel de mise en place de la carte sanitaire (fixée par l'Arrêté N°09-032/MSSPSG/CAB du 3/12/2009 et l'existence des statuts des structures sanitaires (CSD, PS, HP, CHR). Par contre l'on constate toute une série de faiblesses :

- Le non-respect de la carte sanitaire
- Des instances et organes de gestion non fonctionnels, aux différents niveaux décisionnels, notamment le Comité National Santé, créé par arrêté ministériel en 2007 rarement convoqué, mais aussi les CA des Hôpitaux non renouvelés.
- La multiplication des structures sanitaires créées souvent par divers canaux décisionnels (absence de régulation : normes, standards)
- La confusion dans les documents des structures par rapport à leurs missions
- L'absence de chartes dans les missions des structures par niveau
- Le verrouillage depuis plusieurs années par la Fonction Publique et les Finances, des quotas RHS du Ministère de la santé et des Gouvernorats, entrainant une pénurie de RHS en quantité et en qualité, plus aigüe dans les structures périphériques des trois Iles.
- Le non-respect du cadre organique
- Le non-respect de la stratégie de référence et contre référence
- Une absence de tarification nationale des couts des soins de la Nomenclature des soins et services de santé, avec pour conséquence une diversité tarifaire aussi bien à l'intérieur des services publics que entre le secteur public et privé de soins, et entre Iles.

Dans la pratique on assiste effectivement à une évolution de certaines structures de santé ; par exemple le Centre de santé de Hamahamet est devenu Centre Médical Chirurgical de Mbeni et de nouvelles structures ont vu le jour tel le Centre Hospitalier de Référence Insulaire de Sambakouni ou le Centre Hospitalier National de Bambao Mtsanga. Ces changements sont intervenus malgré les

normes et parfois contre elles (contre l'avis général de la profession). Ils posent la nécessité d'une révision des statuts des structures de santé et de la carte sanitaire. Plus généralement ils interrogent sur le leadership du Ministère de Tutelle et sa capacité à s'imposer devant des considérations politiques, diplomatiques, ou sociales de tous ordres. Ceci est valable aussi bien pour la communauté qui se donne une grande latitude dans la construction d'infrastructures de santé - avec ou sans l'aide de la diaspora-, sans validation du projet communautaire par les services habilités du Ministère de la santé et/ou des Commissariats et Directions régionales de la santé ; que pour des niveaux décisionnels plus élevés qui n'associent pas, la plupart du temps, le Ministère de la santé dans les nouveaux Projets de construction, ce qui n'est pas sans poser de sérieux problèmes de fonctionnement (financement, RSH, équipement, maintenance, accessibilité, etc..). L'Hôpital de Bambao Tsengua (Anjouan), livré flambant neuf et équipé en juillet 2014 n'a pu être ouvert au public qu'en juin 2018, soit quatre années plus tard. La situation de l'hôpital El Maarouf est particulière et requière une stratégie qui répond à plusieurs questions. Dernier niveau de référence à lui seul, il doit être pensé aussi .en considérant le niveau de soins, de formation et de recherche dont le pays veut se doter : jusqu'où faut-il aller en termes de plateau technique ? De quelles ressources humaines qualifiées a-t-il besoin pour assurer sa mission ? De quel type de gestion ? De quel niveau de participation public ce niveau peut-il bénéficier dans son fonctionnement ? Quel modèle économique donc, sera le sien, qui déterminera également le niveau d'accessibilité aux populations que l'Etat entend lui donner ?

Comme le reste des prestataires de soins publics le futur de l'Hôpital El Maarouf doit être envisagé dans le cadre d'une carte sanitaire, c'est-à-dire un plan sur l'organisation de la santé publique (avec un cadre organique, un paquet de soins, et des ressources humaines en santé adéquats de chaque niveau) et sur le financement du fonctionnement du système ; mais il doit aussi prendre en considération l'efficience entre la prise en charge nationale et l'évacuation sanitaire pour les soins spécialisés.

En somme aujourd'hui la carte sanitaire réelle n'a rien à voir avec une carte rationnelle basée sur les données de santé publique et la constitution d'un système de référence / contre-référence efficient. Ceci ne peut que favoriser la confusion, le « cannibalisme » entre structures, la porosité entre le public et le privé et des mouvements toujours plus centrifuges par rapport à la construction d'un système de santé.

- Les tarifs

La tarification des actes et des prestations de soins n'échappe pas à la liste des normes que l'Union des Comores a besoin de réviser pour réguler le système de santé. La grille tarifaire remonte à 1995 et n'a jamais été révisée à ce jour. Une première tentative de révision a été initiée en 2012 avec la mise en place du « Financement Basé sur la Performance ». Une étude des coûts a été initiée cette année-là par le Ministère de la santé sur financement de l'AFD ; puis a été complétée en 2015, mais est restée inachevée. Cette dernière faisait état de différences de coûts moyens entre les structures (CHRI Fomboni > CHRI Hombo et HP Mitsamiouli > HP Domoni par exemple) dues en général à une masse salariale importante et des pratiques de prescription non harmonisées et pas toujours rationnelles. Ces études n'ont jamais été finalisées à ce jour et n'ont donc pas fait l'objet de séances de négociation entre les parties prenantes pour ajuster de façon consensuelle les tarifs existants. Aujourd'hui chaque structure de santé se donne la liberté de pratiquer des tarifs à discrétion.

- Secteur privé lucratif et non lucratif

Le secteur privé en général reste très désorganisé et son « développement », né dans l'informel, n'est actuellement ni maîtrisé, ni structuré et ne se fait pas en complémentarité et en synergie avec le système public de soins. C'est en particulier le cas pour le secteur privé des médicaments largement dominé par des non pharmaciens qui plus est sont « tolérés », car la plupart du temps relevant de personnels de santé du secteur public. De plus, en l'absence d'une politique pharmaceutique nationale à jour, le circuit d'approvisionnement échappe à une régulation et à un contrôle rigoureux, ce qui entraîne le déversement sur le marché local de médicaments dont la qualité n'est pas assurée et compromet la sécurité sanitaire des usagers.

Dans le cadre du privé lucratif on peut trouver des tradipraticiens et des centres promouvant une médecine traditionnelle d'autre part. Des contrôles et des études plus poussées sur l'impact des activités de ces derniers sur la santé de la population sont à mener.

Egalement, le pays dispose d'un secteur privé à but non lucratif. Il est constitué par les ONG et les groupements intervenant dans le domaine socio-sanitaire. Les plus notoirement connus sont Caritas Comores avec 4 Centres de santé répartis dans les trois Iles et l'ASCOBEF avec 2 Cliniques.

On peut penser que l'exercice du privé facilite l'accès aux soins, qu'il réduit les délais d'attente, qu'il augmente la capacité de prise en charge des malades et la disponibilité de soins. Il est surtout une proposition alternative dans un contexte où le secteur public n'offre pas l'accueil adéquat et la disponibilité des services prévus. Quoi qu'il en soit le code de la santé devrait être révisé et appliqué et que la réglementation sur les pratiques de la médecine privée devrait être respectée. Dans le cas contraire et sans contrôle de la Tutelle, la situation expose la population à des risques de santé publique. Le rôle des institutions d'inspection et de contrôle (au niveau de l'Union et des Iles) est capital à ce niveau.

- Exercice du privé par la fonction publique

Comme dans de nombreux pays les agents de santé de la fonction publique s'autorisent à exercer également à titre privé, créant de nombreux dysfonctionnements dans le système, brouillant les pistes de financement du secteur public. Ceci concerne tous les niveaux de soins, toutes les professions de santé, toutes les Iles, y compris les Hauts cadres du Ministère de la santé, ce qui n'est pas sans poser un sérieux et évident problème de conflit d'intérêt. Il existe pourtant une réglementation qui n'est pas appliquée.

L'écart observé entre la norme et la réalité révèle sans doute une insatisfaction du personnel de santé du secteur public relative à ses conditions de travail et/ou à sa rémunération. Il faudrait donc s'assurer que les agents de santé respectent les règlements intérieurs des établissements de santé mais aussi que l'Etat s'engage à respecter les plans de carrière du personnel de santé incluant la promotion professionnelle et salariale. Il peut être également avisé de mettre en place des mécanismes d'évaluation, de rétention, de motivation et de valorisation de la carrière professionnelle.

- La responsabilité de l'Etat dans la mise à disposition d'intrants à prix accessibles pour la population : OCOPHARMA

Fin 2011, il était constaté ce qui suit : « Les prix pratiqués par la centrale d'achat nationale sont élevés alors qu'ils devraient être moins chers que dans les officines privées, qui ne peuvent se fournir comme elle auprès de fournisseurs internationaux de génériques de qualité à faible prix tels que l'IDA. Aux Comores, depuis plusieurs années, toutes les missions d'expertises s'accordent sur le fait que les prix des produits pharmaceutiques de la PNAC sont très élevés en comparaison avec les autres centrales d'achat africaines. La marge brute minimum de la PNAC est en fait toujours supérieure à 100% (alors qu'elle est plutôt de 15% sur les autres centrales d'achat africaines). Ceci est dû à une mauvaise gestion du personnel et des finances : (i) Les charges du personnel sont démesurément élevées par rapport au volume d'achat (25% des coûts sont dues au personnel, alors qu'il est en moyenne de 6% dans d'autres pays africains), (ii) l'absence de capacité comptable, (iii) le poids des intérêts bancaires (les dettes d'exploitation et financières sans compter les créances non recouvrées), (iv) une activité de production nationale de solutés à coût prohibitifs(...). Pour mémoire, la mission d'appui à la PNAC d'octobre 2010 dans le cadre de la dotation PASCO a fait de nombreuses recommandations pour viabiliser la PNAC tout en vendant moins cher. Celles-ci doivent être intégrées dans la stratégie de financement. Enfin, une autre manière de faire baisser le prix du médicament serait aussi de diminuer les taxes »⁸

Depuis lors les dispositions suivantes ont été prises :

- Liquidation de la PNAC (coût du personnel démesurément élevé et production chère)
- Mise en place de la CAMUC (abandon de la production, maîtrise de la masse salariale et de la structure des prix)
- Création d'OCOPHARMA avec pour objectif la reprise de la production et la maîtrise des prix
- Exonération des droits de douane des médicaments qui n'a pas engendré une baisse des prix des médicaments puis taxation à partir de 2017 sans augmentation des prix.
- Création de l'ANAMEV (agence nationale des médicaments et des évacuations sanitaires)

Personne n'est sans doute en mesure de dire si OCOPHARMA est performante dans cette partie de sa mission qui consiste à offrir des médicaments aux prix les plus bas possibles à la population. Par contre il peut être recommandé que la Tutelle se donne les moyens de vérifier les efforts réalisés et les marges de manœuvre de l'institution pour améliorer sa performance en la matière.

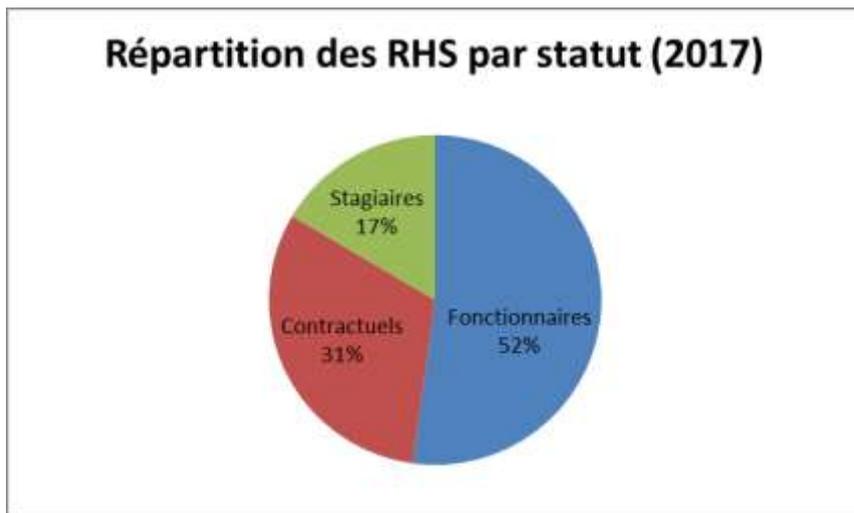
- Les ressources humaines en santé⁹

En décembre 2017, un recensement du personnel de santé a fait état d'un effectif de 2.756 agents de santé dont 10,45% de personnel médical, 53% de personnel paramédical, 1,6% d'administrateur et 29% de personnel d'appui. Ces effectifs rapportés à la population donnent un ratio de 1,3 personnel de santé pour 5.000 habitants.

Ce personnel est réparti par statut dans les administrations publiques et les structures publiques de soins à tous les niveaux comme suit : 1388 fonctionnaires, 834 contractuels et 439 stagiaires.

⁸ Réf n°1

⁹ Source : Service des Ressources Humaines en Santé, 2017



La figure ci-dessous montre la répartition des agents de santé par statut dans les Centres hospitaliers de référence. Cette situation (78% de stagiaires à l'hôpital Bambao Mtsanga par exemple) expose la population à des prestations dont la qualité n'est pas forcément assurée, au pire à un défaut de prestations de soins par désengagement et manque de motivation ; tous les établissements sanitaires publics à tous les niveaux dépendent fortement de cette catégorie de personnels, à l'exception des services de santé militaires qui fonctionnent exclusivement avec des fonctionnaires plein temps.

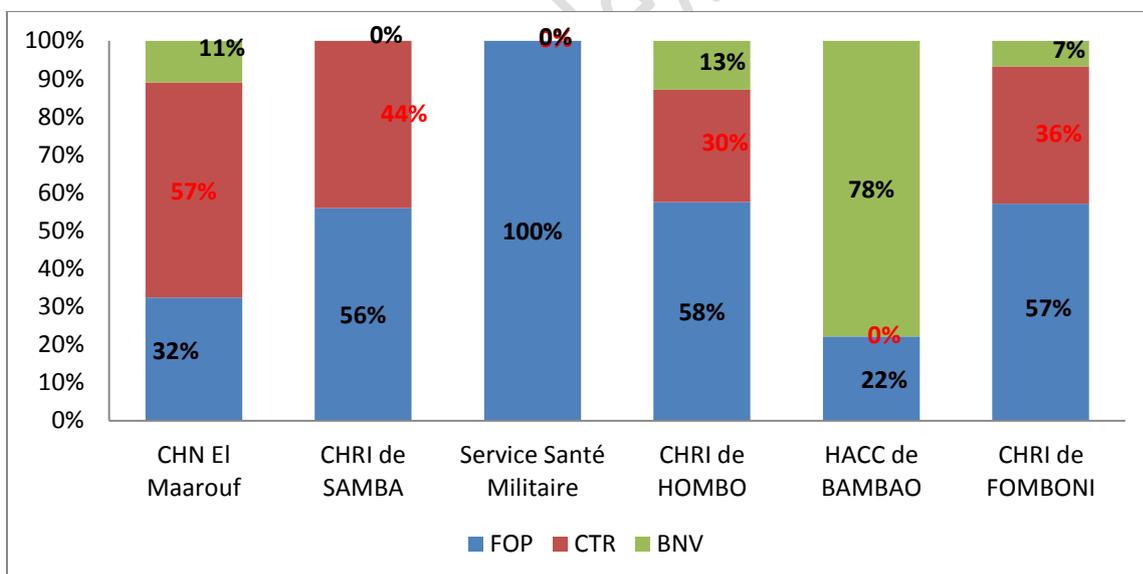


Figure : Répartition des personnels hospitaliers selon leur statut 2017

Ceci aboutit à la question du déploiement des RHS selon les besoins. En effet, étant donné la précarité des statuts professionnels, les personnels préfèrent exercer près de chez eux. Ainsi, on assiste à une concentration du personnel de santé dans les Centres hospitaliers de référence au détriment des structures de santé de premier recours où les soins de santé primaires sont les plus pressants. Le corps médical, ainsi que les officines et laboratoires de biologie, plus précisément auront tendance à se concentrer dans les zones urbaines où un marché libéral des soins est en plein

développement et peut leur offrir de pallier à leurs difficultés financières en y travaillant en alternance.

On constate un manque de motivation du personnel de santé qui considère que son salaire est sans mesure avec sa charge de travail, que la grille indiciaire n'est pas respectée, et qu'il faut une harmonisation des indices de rémunération des corps professionnels et des sanctions. Une étape pourrait être l'évaluation de la charge de travail du personnel¹⁰ et un effort pour une harmonisation de la gestion des ressources humaines en santé. Etant donnée la très faible fréquentation des usagers dans les formations sanitaires, il n'est pas dit que le personnel soit surchargé. Selon un rapport déjà cité : « *Le personnel apparait relativement important par rapport à la population couverte mais l'activité est extrêmement faible. Il est évident que l'essentiel de l'activité de ce personnel se déroule en dehors des structures de santé. Pour les hôpitaux, le taux d'occupation des lits ne dépasse jamais les 10%50. Si on analyse la charge de travail du personnel du secteur public, force est de constater qu'il est sous-employé. Par exemple, a part à Fomboni, chaque chirurgien employé dans les hôpitaux fait moins d'une opération par jour à l'hôpital, le pire étant a El Maarouf (0.26 opération par jour et par chirurgien soit une opération tous les 4 jours). Chaque sage-femme fait en moyenne 0.31 accouchement par jour (soit moins d'un accouchement tous les 3 jours).*»¹¹

Autre constat, la gestion des ressources humaines est centralisée au niveau du commissariat et du Ministère, et les structures ne sont pas satisfaites car elles n'ont aucune influence sur les affectations des agents.

Enfin, de façon général, le cadre organique actuel n'est pas conforme à réalité ; ; ceci est d'ailleurs très valable pour le service des RHS de Ministère de la santé qui est réduit à un pools de personnes affectées au service RHS du Ministère, mais sans qualification réelle et sans capacité de négociation et de plaider pour la mobilisation ou la rationalisation des RHS Dans la plupart des engagements pris par l'Union des Comores ainsi que des recommandations régionales, il était prévu d'ériger le service des RHS en véritable Direction des RHS, en la capacitant d'un staff qualifié de haut niveau, ce qui n'est pas le cas présentement, aussi bien au niveau national qu'au niveau insulaire.

Les mécanismes de dialogue entre les parties prenantes des RHS (Ministère de la santé en tant qu'utilisateur, la Fonction Publique en tant que régulateur et gestionnaire, les Finances en tant que « payeur », l'Education en tant que producteur, etc.) existent selon des modalités bien définies depuis 2011 (Création par arrêté ministériel de la santé des Comités Insulaires de Pilotage des RHS , création par Décret présidentiel de l'Observatoire national des RHS en Union des Comores), mais ne sont pas du tout fonctionnels.

- Gestion des finances au niveau des formations sanitaires

Des textes initiaux réglementaires ont été vulgarisés, auxquels sont venus s'ajouter d'autres textes. Les doléances concernent une appropriation des textes avec l'aide de la Tutelle et des partenaires. Ainsi le constat est fait que les directives sont méconnues par les gestionnaires des structures de santé. Par ailleurs les organes de décision sont affaiblies et inopérants du fait de leur non renouvellement et de la non implication des responsables des structures de santé.

¹⁰ L'outil WISN de l'OMS fait le lien entre la charge de travail et les besoins en personnel. Cf : (http://www.who.int/hrh/resources/WISN_FR_UsersManual.pdf)

¹¹ Réf n°1

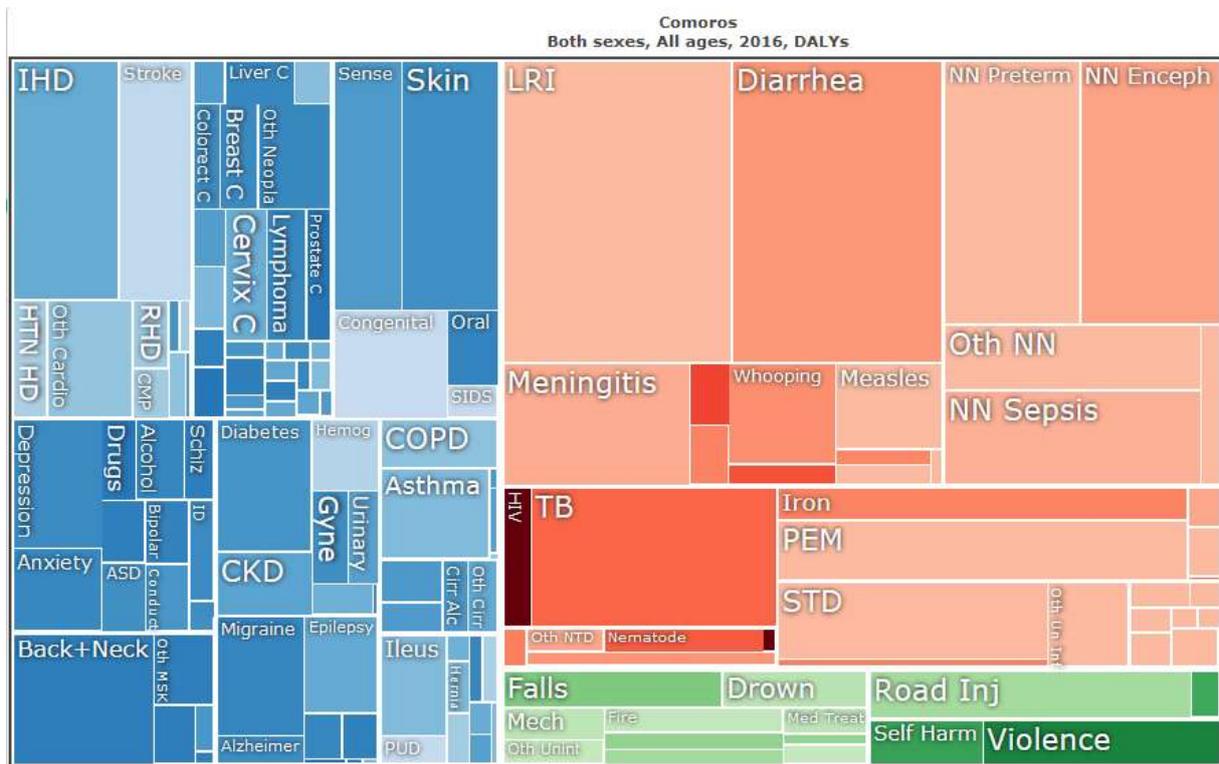
Par contre dans l'ensemble des structures publiques de Mohéli (CHRI de Fonboni compris) et d'Anjouan (HP de Domoni et CHRI de Hombo compris), et dans les CSD de Mitsamiouli (HP Mitsamiouli compris) et de MBéni (CMC de Mbéni compris) pour Ngazidja, la gestion des fonds générés par le tiers pays (approche performance ou PBF) est visible et transparente. Ce dispositif est régulièrement l'objet de contrôle de la part des GTI (Groupes techniques insulaires, composés des acteurs du système, bénéficiaires membres de la communauté et pilotés par les Directeurs régionaux de la santé). Il est de type autogéré (collectif des personnels de la structure sanitaire sous la responsabilité du chef de district) et permet l'attribution de malus ou de bonus dans le système de performance institué.

Ce mécanisme a d'ailleurs permis des réallocations internes de financement, notamment en faveur des personnels dits « volontaires » ou « stagiaires » généralement non rémunérés alors que opérants dans les services ; parfois et selon un mécanisme décisionnel consensuel, la réallocation des fonds générés par le système dit PBF est faite en direction d'équipements techniques pourvoyeurs de nouveaux services, ou alors de réhabilitation et d'aménagement des formations sanitaires, ou encore dans la logistique et la maintenance des équipements.

- Gestion administrative et financière

La gestion des flux financiers depuis leur source jusqu'à leur utilisation est sous-optimale de l'avis de l'ensemble des acteurs. Parmi les inquiétudes soulevées se trouvent la lenteur, le manque de respect de procédures (normes), le manque de transparence et l'absence de contrôle. Il est constaté que la multiplication des niveaux de responsabilités depuis le niveau central national jusqu'au bénéficiaires en passant par les différentes positions au niveau de l'île ne facilite pas la fluidité et la redevabilité de la gestion financière.

Profil épidémiologique¹²



Le profil épidémiologique des Comores montre un double fardeau des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles. Le pays souffre encore de « tueurs » historiques comme la diarrhée ou l’infection respiratoire aigüe alors qu’il voit apparaître et se développer de nouvelles maladies dites non transmissibles ou chroniques. Il est impératif de s’attaquer volontairement aux deux catégories pour éviter une situation de santé publique catastrophique et une explosion des coûts.

De manière remarquable, des interventions au niveau des déterminants de la santé peuvent réduire considérablement le fardeau des maladies transmissibles (>95% des cas de diarrhées et 84% des cas d’infections respiratoires) et incurver la tendance des maladies non transmissibles (100% du diabète, etc...).

Il est à noter que le pays fait partie d’une liste de 6 pays de la région africaine qui devraient avoir éliminé le paludisme en l’an 2020. Les progrès notoires dans le sens de l’élimination sont observés beaucoup plus à Anjouan et Mohéli qu’à la Grande Comore.

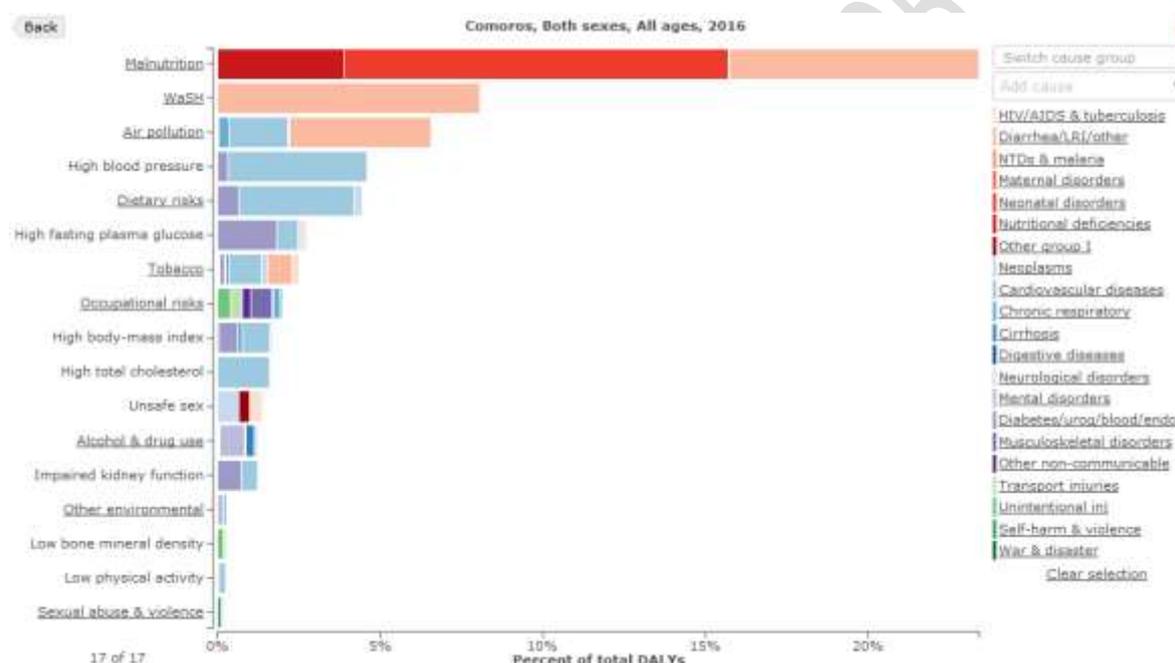
Il est également utile de mentionner que l’insularité a jusqu’à présent efficacement protégé l’Union des Comores d’une forte propagation de l’infection à VIH-Sida. La poursuite de stratégies de surveillance et de riposte a permis ces résultats encourageants, qui restent à consolider. Le graphique suivant montre ainsi les principaux facteurs de risque (ou déterminants de la santé) aux Comores, ainsi que leur poids dans chacune des pathologies.

¹² Pour plus d’analyse, cf. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> présenté en atelier diagnostic. Cette plateforme est la référence mondiale en matière de « poids de la maladie » et sert les analyses les plus scientifiques comme celles menées par les Commissions du *Lancet*.

Le total des DALYS¹³ dus à la seule malnutrition représente 23,38% du total, celle dû à l'eau et à l'assainissement 8,07%. Le troisième facteur de risque est la pollution de l'air. L'ensemble des facteurs de risque comptent pour plus de 40% des DALYS et pour plus de la moitié de la mortalité aux Comores.

En somme 40% de la maladie aux Comores pourrait être évité par des interventions sur les déterminants de la santé. Les interventions les plus efficaces, de très loin, seront celles qui lutteront contre la malnutrition, de même que celles qui consisteront à améliorer l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, ainsi qu'à améliorer l'environnement.

Pour ce qui concerne les maladies non transmissibles en particulier, l'OMS met toujours en avant la notion d'interventions à haut impact qui se réalisent également le plus souvent en amont des soins. Il s'agit d'interventions qui s'attaquent aux déterminants de la santé ici marqués en bleu que sont par exemple les risques diététiques, l'Hypertension artérielle, l'excès de cholestérol, etc...



¹³ « Disability-Adjusted Life Years », soit *les années de vie en bonne santé perdues*. Ceci mesure mieux les problèmes que les décès car tient compte d'une différence entre par exemple un enfant qui meurt dans ses premières années d'une infection respiratoire et une personne âgée qui meurt d'un cancer, ou encore tient compte d'une personne souffrant toute sa vie d'une situation de handicap (ici le calcul se fait sur la base d'un coefficient d'années de vie perdues).

Population

- **Démographie**

« La démographie en Union des Comores est caractérisée par une croissance rapide de la population et marquée par de fortes disparités régionales. Le taux de croissance annuel moyen est de 2,1% (dont 3,3% pour l'île de Mohéli). Les projections démographiques donnent 2,6% en 2019. A ce rythme, le temps de doublement de la population de l'Union des Comores est de 30 ans à partir de 2003. Le pays compterait environ 1.151.320 habitants en 2033. »¹⁴



Dans le cadre du développement de la protection sociale en santé il est intéressant de connaître la taille des ménages¹⁵ :

Taille	Strate				Comores
	Moroni	Reste de Ngazidja	Ndzouani	Mwali	
1-4 personnes	64,7	41,6	40,9	43,2	46,3
5-9 personnes	33,5	51,0	53,7	51,9	48,4
10 personnes et plus	1,8	7,3	5,4	5,0	5,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Taille moyenne</i>	4	5,4	5,2	5,2	5

Source: INSEED, EDMC 2014 – Phase 3

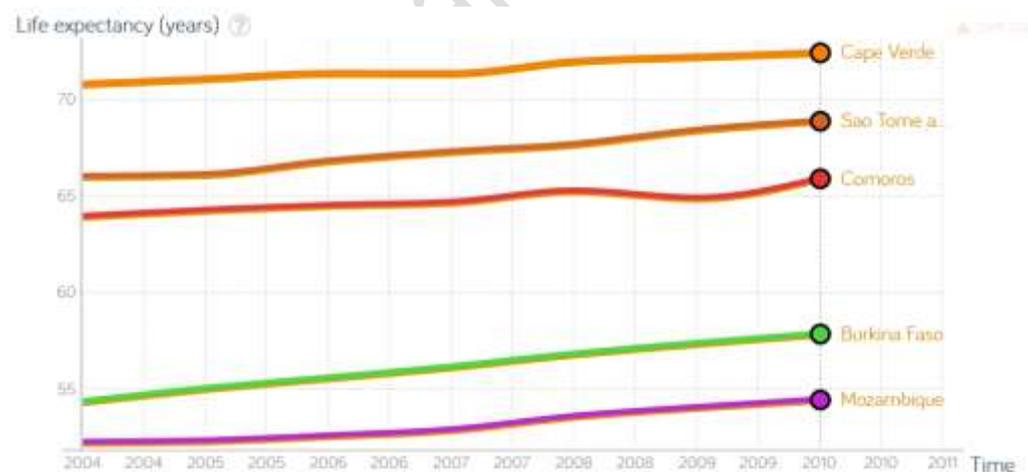
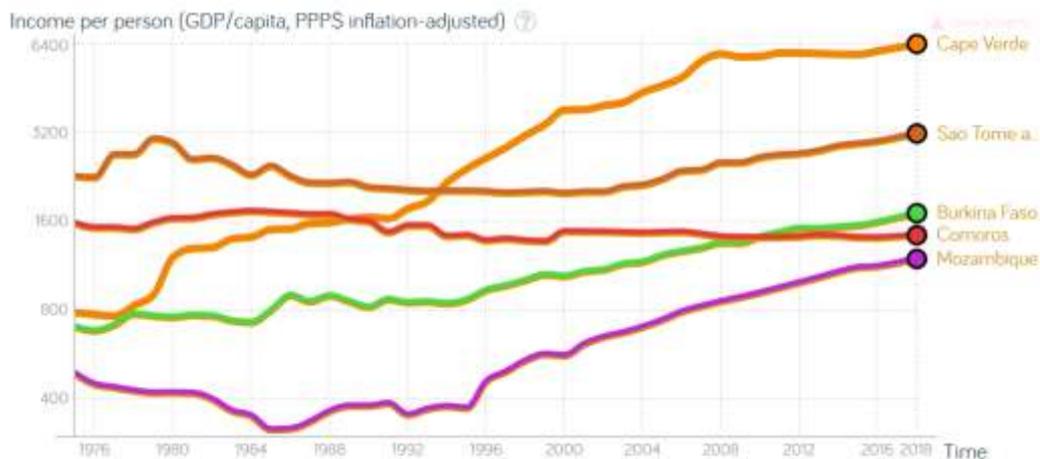
¹⁴ SCA2D.

¹⁵ Les bases de cotisations en assurance maladie sont au minimum familiales et dans ce cas on réfléchit éventuellement à des montants par foyer ou par strates en fonction du nombre d'individus dans le foyer.

- **Amélioration des conditions économiques, du développement humain et de l'égalité¹⁶**

Le graphique suivant montre que globalement le niveau de vie individuel des comoriens n'a pas augmenté depuis l'indépendance (PNB par habitant en pouvoir d'achat constant et avec ajustement de l'inflation). Ceci peut paraître étonnant car l'économie nationale produit et la richesse globale s'accroît régulièrement. Cependant ceci se comprend mieux avec la notion de « pouvoir d'achat » individuel avec ajustement de l'augmentation du coût de la vie et la conscience que la population augmente elle aussi régulièrement. Ainsi en moyenne les revenus individuels n'ont pas augmenté dans leur capacité à s'offrir des biens **alors que les coûts de la santé en particulier augmentent plus vite que l'inflation** (notamment du fait de l'amélioration des technologies).

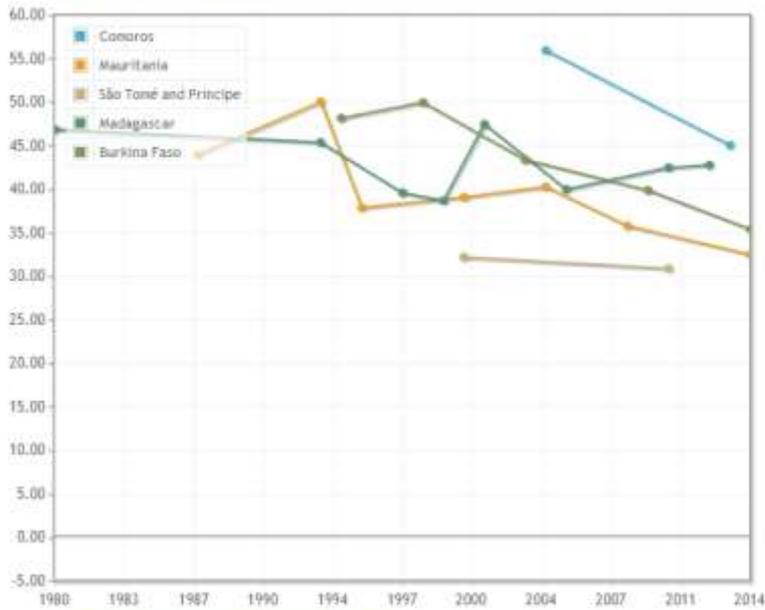
Pour autant nous voyons avec les graphiques suivant que l'IDH - qui mesure le bien-être - s'est amélioré, que les inégalités ont diminué, et que l'espérance de vie s'est accrue.



¹⁶ Tous les graphiques sont réalisés à partir des outils de la plateforme en ligne du site <https://www.gapminder.org/>. Il s'agit d'une plateforme construite pour la vulgarisation des chiffres notamment par des illustrations innovantes et dynamiques : « Gapminder is an independent Swedish foundation with no political, religious or economic affiliations. Gapminder is a fact tank, not a think tank. Gapminder fights devastating misconceptions about global development. Gapminder produces free teaching resources making the world understandable based on reliable statistics. Gapminder promotes a fact-based worldview everyone can understand. Gapminder collaborates with universities, UN, public agencies and non-governmental organizations. » (<https://www.gapminder.org/about-gapminder/>)

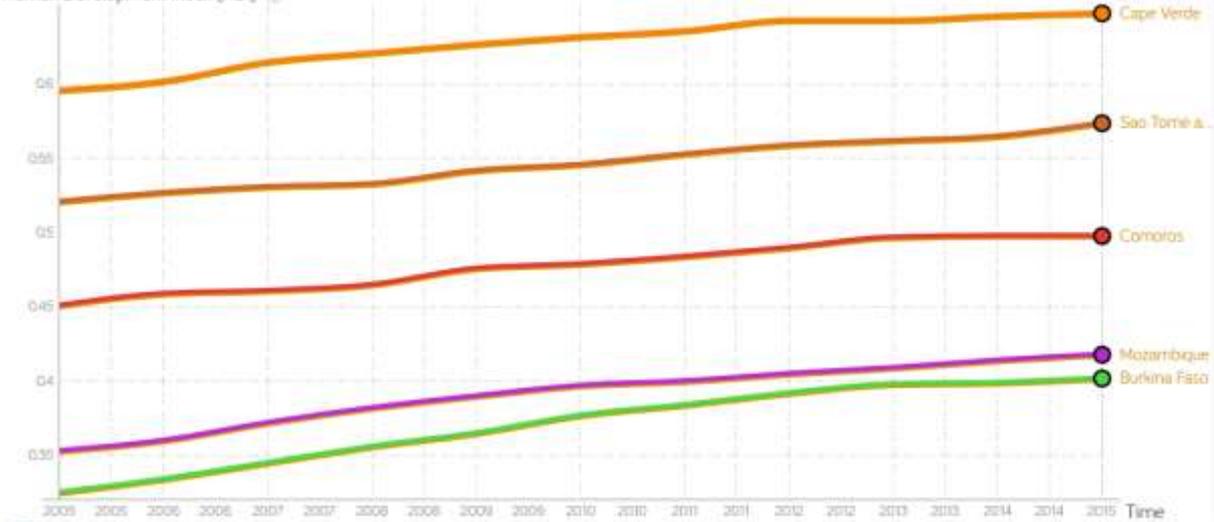
GINI index (World Bank estimate)

Gini index measures the extent to which the distribution of income (or, in some cases, consumption expenditure) among individuals or households within an economy deviates from a perfectly equal distribution. A Lorenz curve plots the cumulative percentages of total income received against the cumulative number of recipients, starting with the poorest individual or household. The Gini index measures the area between the Lorenz curve and a hypothetical line of absolute equality, expressed as a percentage of the maximum area under the line. Thus a Gini index of 0 represents perfect equality, while an index of 100 implies perfect inequality. [More info.](#)



Data source: [World Bank, World Development Indicators](#) - Last updated June 30, 2016
 See also: [Thematic map, Poverty Indicators](#), [Income distribution](#)

Human Development Index (HDI)



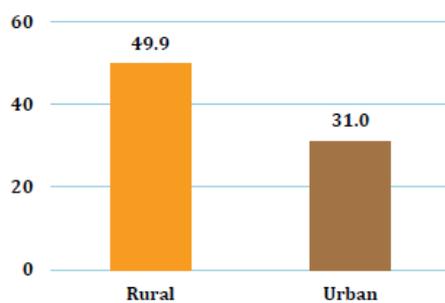
Pauvreté

La récente publication de la Banque Mondiale¹⁷ donne notamment les informations suivantes :

- ⇒ 42,4% de la population vit sous le seuil de pauvreté (KMF 25.341/= par personne et par mois)
- ⇒ 17,5% de la population est pauvre si l'on considère le seuil de pauvreté international à parité de pouvoir d'achat
- ⇒ 25% des pauvres se situent juste en dessous du seuil de pauvreté et 10% de la population se trouve juste au-dessus de la ligne de pauvreté

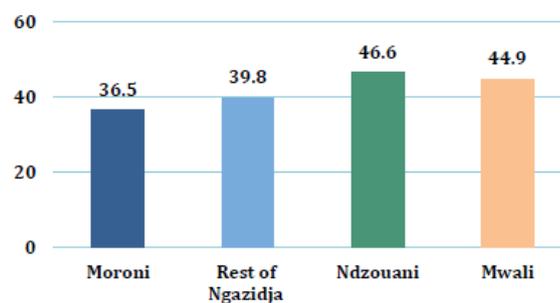
De plus, la répartition serait ainsi que suit entre population rurale et urbaine d'une part, entre les îles et la capitale d'autre part :

Figure ES.4: Poverty Incidence by Area (in percentage)



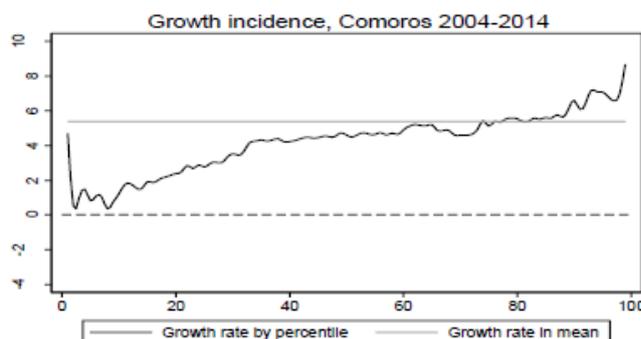
Source: EESIC 2014.

Figure ES.5: Poverty Incidence by Island (in percentage)



La même étude nous apprend que les fruits de la croissance ne sont pas équitablement partagés, comme le montre le graphique ci-après où l'on voit qu'il y a pratiquement un coefficient de corrélation positif entre la richesse et la croissance individualisée :

Figure ES.10: Growth Incidence Curve



Dans ce contexte, il est intéressant de constater avec l'étude que les dépenses publiques en santé ont contribué à réduire les inégalités, venant en seconde position derrière les dépenses publiques en faveur de l'éducation.

¹⁷ Comoros Poverty Assessment, April 2017, World Bank

L'étude note enfin que la fiscalité est globalement progressive (elle est équitable globalement) mais qu'elle affecte les pauvres de manière négative (elle est inéquitable pour les plus pauvres) du fait de la taxe sur la consommation et de l'accise sur le riz.

Il est également important de rapporter ici que des « poches de pauvreté » ont été identifiées¹⁸. En particulier ceci ouvre des pistes pour des éventuelles **exemptions géographiques** de cotisations¹⁹.



Il serait encore intéressant de comprendre la pauvreté relative des villages à Ngazidja, ceux-ci étant identifiés comme la base la plus pertinente de la mobilisation des ressources (cf. infra)²⁰.

Il n'existe pas de base de données des ménages pauvres (systématisation des enquêtes).

• Identification des populations

A ce jour, beaucoup de gens ne sont pas enregistrés à l'état civil. Les raisons retenues sont le manque d'information, l'accouchement à domicile, les problèmes financiers, et même le délai d'enregistrement à l'état civil qui est de 15 jours. Par contre un recensement est fait par l'INSEED tous les 10 ans. Un nouveau recensement général de la population et de l'habitat –RGPH– est en

¹⁸ Réf n°4

¹⁹ Les programmes universels ou spécifiquement dédiés au vulnérables s'intéressent à l'identification de la pauvreté notamment lorsqu'une participation financière est attendue des populations. C'est le cas de l'assurance maladie universelle. Les exemptions individualisées sont très chers à mettre en place du fait des coûts d'identification des bénéficiaires. Dans le cas de zones de pauvreté et en cas d'acceptabilité politique et sociale, il peut être efficient d'exempter toute une population.

²⁰ Cf. chapitre sur les Sécurités Sociales Villageoises (SSV) à Ngazidja. Dans le cadre de l'Assurance Maladie Généralisée on peut imaginer subventionner des SSV à des hauteurs différentes, en fonction du niveau de richesse ou de pauvreté du village.

cours de réalisation, les résultats seront disponibles début 2019. Le dernier RGPH date de 2003 (15 ans).

Environnement naturel

Les Comores ont une forte vulnérabilité aux changements climatiques et aux catastrophes naturelles ainsi qu'une faible capacité de réponse et de gestion²¹.

« L'Union des Comores est vulnérable à de multiples aléas naturels, notamment les éruptions volcaniques, les tempêtes, les crues subites, les glissements rocheux et les glissements de terrain. En rapport avec le changement climatique, elle est classée comme le pays le plus vulnérable aux effets du réchauffement climatique à l'avenir, tels que l'augmentation des tempêtes, l'élévation des niveaux de la mer et l'échec agricole. (...) »

Pour faire face à ces risques et catastrophes, le Gouvernement des Comores a créé en 2007 le Centre des Opérations de Secours et de la Protection Civile (COSEP), un cadre institutionnel de prévention et de gestion des catastrophes. En 2012, le COSEP a été transformé en Direction Générale de la Sécurité Civile (DGCS), chargée de traiter à la fois la réponse et la préparation aux catastrophes au niveau national. De même, un décret a été signé par le Président pour établir la plate-forme nationale pour la réduction des risques de catastrophes (Plateforme Nationale pour la Prévention et la Réduction des Risques de Catastrophes, PNPORC). (...) On note également des avancées dans les domaines de la modernisation de l'Observatoire du Karthala et des équipements de surveillance du Volcan et le développement des plans particuliers d'intervention pour les principaux aléas et des systèmes d'alerte précoce. Des initiatives ont été prises dans le sens de doter les services de météorologie nationale d'équipements de pointe qui font du centre de surveillance des aléas climatiques des Comores, un des mieux équipés du continent africain. Ces évolutions manifestent un important changement de politique s'éloignant de la réponse ad-hoc aux catastrophes vers la réduction des risques de catastrophes et la préparation ex-ante y afférente.

En dépit des efforts constatés, de nombreuses défis subsistent au niveau : (i) de la gestion durable des ressources naturelles ; (ii) de l'adaptation au changement climatique et l'atténuation de ses effets ; (iii) de la conservation de la biodiversité et la valorisation des services écosystémiques ; (iv) de la gestion des risques des catastrophes ; (v) de la résilience des individus, des ménages, des communautés, des institutions et des secteurs productifs ; (vi) de la capacité des acteurs gouvernementaux aux niveaux central et local à intervenir efficacement ; (vii) des systèmes de surveillance et d'information pour l'alerte précoce, (viii) de la coordination et la communication (ix) ; de la disponibilité des données de base pour évaluer l'impact des inondations, et (x) de la communication avec les communautés affectées et les institutions gouvernementales locales, leur sensibilisation et préparation aux catastrophes. »²²

²¹ SCA2D p24

²² Idem.

Place de la Santé dans les principales politiques

• La politique sanitaire dans la SCA2D, PNS, PNDS, PNPS

Le résumé exécutif de la SCA2D mentionne clairement le développement d'« un système de protection sociale qui renforce la résilience et la capacité productive des ménages pauvres et vulnérables ». Il dit encore que « (...) les efforts seront intensifiés afin de promouvoir des ressources humaines en quantité, de qualité répondant aux besoins de développement du pays. Les services sociaux de base (éducation/formation, santé-nutrition, eau potable-assainissement, etc.) devront répondre aux besoins de la population, réalisés et évalués dans l'optique des droits de l'homme. » La santé y est mentionnée comme « un secteur prioritaire ». Après mention des interventions basées sur l'offre, la SCA2D rapporte encore que « (elles) seront complétées par des actions fortes de stimulation de la demande, telles la mutualisation du risque maladie à travers la promotion des mutuelles de santé et la couverture de la population par un système d'assurance universelle. »

La politique nationale de santé 2015-2024 permet d'orienter la politique sectorielle dans toutes ses composantes. Elle note cinq constats majeurs en matière de financement de la santé, qui renvoient à 5 pré-orientations d'une stratégie de financement :

- le budget de l'Etat alloué à la santé
- l'équité dans l'allocation des ressources publiques
- le problème du paiement direct des ménages
- la rationalisation de l'intervention financière des Partenaires Techniques et Financiers
- la recherche d'une couverture du risque maladie au-delà des mutuelles de santé

Le PNDS (2015-2019) est un document qui est orienté par les huit orientations stratégiques de la PNS. Dans le cadre du diagnostic du système de financement il est intéressant de noter parmi les conditions de succès du PNDS les mentions suivantes :

- une mobilisation suffisante des ressources nécessaires,
- une régulation, une vérification et un contrôle efficace à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

La PNPS prévoit en son axe 2 que l'accessibilité des services de santé à toutes les franges de la population est améliorée. Pour se faire elle propose :

- l'extension des mutuelles de santé avec un appui financier pour la prise en charge des indigents ;
- la lutte contre l'insuffisance pondérale ;
- le renforcement du système de santé (« extension géographique et qualitative progressives de l'Approche Performance à toutes les structures sanitaires du pays avec le renforcement de capacité des structures de santé (qualification du personnel et amélioration du plateau technique »).

- **Les politiques publiques « non santé » à impact en santé**

Sur la base de l'analyse des DALYS il est intéressant de comprendre l'importance accordée en particulier aux problèmes de malnutrition et d'eau & assainissement dans les politiques publiques.

Le résumé exécutif de la SCA2D mentionne que « l'accès à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement de base en milieu urbain et rural est limité. Le Gouvernement entend, par conséquent, améliorer cette situation en réhabilitant les infrastructures existantes, réalisant des programmes de branchements, améliorant l'entretien, et en mettant en place un système de gestion des déchets. »

La lutte contre la malnutrition apparaît quant à elle à la fois dans le secteur « santé-nutrition » et la politique de production avec ses objectifs de sécurité alimentaire et nutritionnelle de la SCA2D.

Dans la PNS et le PNDS la nutrition apparaît en bonne place dans les diagnostics, mais les interventions qui s'y attaquent se concentrent sur les aspects de prise en charge de manière tout à fait logique, la nutrition nécessitant une approche multisectorielle qui sera mieux reflétée dans la Politique Nationale d'Alimentation et de Nutrition.

Cadre institutionnel de la protection sociale santé

- **Dispositif institutionnel de la protection sociale**

Le Ministère de Tutelle de la CNSPS est aujourd'hui le Ministère de l'Emploi. Il existe aussi un Commissariat national à la solidarité sous tutelle du Ministère de la Santé.

La Politique Nationale de Protection Sociale propose une réforme institutionnelle et la création « d'une institution autonome dotée de fortes capacités administratives, juridiques et financières. A ce sujet, il est proposé que le Commissariat général à la solidarité, à la cohésion sociale et la promotion du genre soit rattaché à la Présidence de l'Union des Comores. Entre autres missions, le Commissariat va assurer la coordination de la politique de protection sociale à travers la Direction nationale de la solidarité et de la protection sociale. Au niveau de chaque île autonome, la coordination des interventions de protection sociale sera assurée par une direction régionale en charge de la solidarité, de la protection et de la cohésion sociale, sous la supervision du Gouverneur de l'île. »²³

- **La loi sur Assurance Maladie Généralisée (AMG)**

« La source juridique de l'AMG est le décret présidentiel de promulgation du 5 octobre 2017 de la loi relative à la CSU adoptée le 22 juin 2017 par l'Assemblée Nationale de l'Union. On retiendra le caractère obligatoire de l'affiliation, la distinction entre un régime d'assurance contributif pour le secteur formel et un régime d'assistance non contributif pour les démunis. On note la prescription et l'administration des soins sur le territoire national. La gestion de la CSU doit relever d'un organisme qui, entre autres missions, conventionnera les prestataires de l'AMG. Elle cite les mutuelles de santé comme contribuant à l'amélioration de la protection sociale et indique qu'un décret présidentiel doit fixer leurs statuts. Le titre IV aborde aussi la question du financement de la CSU, dont les ressources sont constituées notamment par des cotisations fondées sur le statut de la rémunération et le niveau des revenus et par des subventions diverses. La subvention de l'Etat renvoie à la loi de finances et pourra être constituée par des droits d'accise assis sur le tabac, des taxes sur les boissons ou produits sucrés, la téléphonie mobile ou tout autre financement innovant. On doit aussi noter que la loi de

²³ PNPS, Juillet 2014

2017 indique avec précision l'organisme de gestion, la CNPS, telle que définie par le décret 13-102/PR du 19 septembre 2013 (titre IV, art. 46) ».²⁴

- **La loi relative à la création d'une mutuelle de santé des agents publics en fonction à Mwali**

Il existe également une loi relative à la création d'une mutuelle de santé des agents publics en fonction à Mwali adoptée le 6 Mars 2017 par l'Assemblée du Conseil de l'île Autonome de Mwali et adoptée par Arrêté le 28 Mars 2017. Cette loi « fixe les principes fondamentaux régissant les mutuelles de santé » et crée une « mutuelle de santé des agents de l'Etat de l'île autonomie de Mwali » sous la forme d'une association de personnes à but non lucratif. Est créé dans le cadre de cette loi un Groupe Technique Insulaire (GTI) qui « joue le rôle de Conseil d'Administration ». La loi prévoit que la FENAMUSAC « exécute les décisions du GTI »²⁵.

Ce texte pose certaines interrogations telles que :

- La validité de la loi par rapport aux prérogatives de l'île surtout qu'elle concerne tous les agents *en fonction* à Mwali
- Sa compatibilité avec la loi sur l'AMG
- La validité de l'utilisation du terme « mutuelle » pour une association créé par une loi et dirigé par un comité non dépendant de ses membres
- Le caractère obligatoire (a priori celui-ci n'est pas indiqué donc n'est pas retenu mais il s'agit d'une loi et le caractère volontaire n'est pas plus indiqué)
- Les relations prévues avec la FENAMUSAC, organisation indépendante et non étatique

Cette initiative dénote par contre une prédisposition à l'adhésion de la population au principe de mutualisation contre le risque santé.

²⁴ Réf n°2

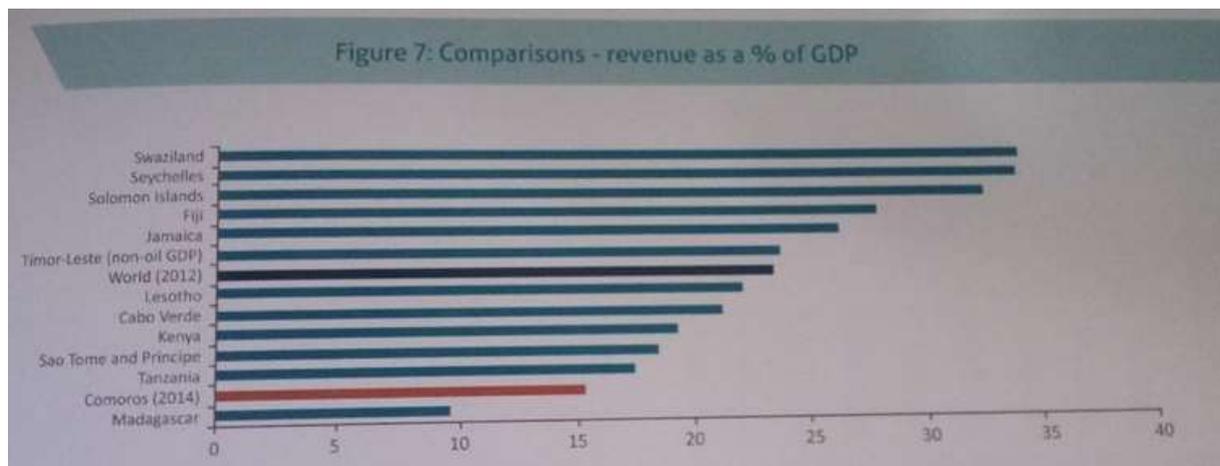
²⁵ Les citations sont issues de l'arrêté.

Finances publiques

Le contexte fiscal

- Assiette fiscale

Avec 15% du PIB, les revenus fiscaux des Comores sont bas et de faible performance en comparaison avec de nombreux pays de la sous-région ou à profil proche²⁶ :



Les dépenses ont stagné à 26% du PIB entre 2008 et 2014. En termes réels, les dépenses publiques ont augmenté de 26% entre 2008 et 2014²⁷.

On observe une hausse limitée des recettes fiscales internes depuis : 15% (2014), 17,2% (2015), 17,3% (2016) et 17,9%(2017) du PIB²⁸.

On observe également une maîtrise de dépenses primaires: 15,8% (2015), 16,5% en (2016) et 16,8% (2017) du PIB malgré la multiplication des structures étatiques et l'augmentation de salaire de certaines catégories. Le solde primaire s'est amélioré progressivement (-1,4% en 2016 et 0,93% en 2017), ce qui a permis la réalisation de l'initiative IPSTE en 2012²⁹.

Il est intéressant de remarquer qu'il existe des ressources domestiques dédiées sur le tabac et l'alcool qui sont utilisées comme contrepartie du financement du Fonds Mondial (GFTAM) dans le cadre du programme VIH, Palu et TB.

- Perspective de l'assiette fiscale

Les taux de droits de douane sont restés stables ces dernières années, les accords douaniers avec le COMESA n'ont pas eu d'impact sur les droits de douanes du fait des échanges très limités avec ces pays. Avec l'accession à l'OMC les Comores prévoient d'aligner les taux de droits de douanes avec les pays membres, ce qui provoquera une baisse des recettes douanières qui pourrait être compensée par la mise en place de la TVA.

²⁶ Réf n°3

²⁷ Réf n°3

²⁸ Source : DGB (atelier)

²⁹ Idem

- La structure de l'administration publique (décentralisation)

Selon la SCA2D, « le défi pour le Gouvernement est de poursuivre et de consolider les fonctions fondamentales de la gestion de finances publiques (GFP) à travers la mise en œuvre de la nouvelle stratégie et de son plan d'actions qui visent à doter la nation comorienne d'un système de gestion des finances publiques transparent, performant, conforme aux standards internationaux et respectueux de la répartition, telle que définie par la Constitution, des prérogatives entre les autorités centrales et insulaires. »

Un autre problème qui se pose et qui impacte le financement de la santé concerne le poids de l'administration publique. Celle-ci crée des coûts et des goulots d'étranglement dans la gestion des flux financiers, le reportage et la redevabilité. Mais si l'on décrie souvent le poids de la FOP, il est à noter que la masse salariale en santé ne représente que 3% de la masse salariale publique totale en 2013, contre 45% pour l'éducation et 35% pour l'administration³⁰.

La gestion des finances publiques

- Cycle budgétaire de l'Union

La théorie du cycle budgétaire de l'Union des Comores est un schéma très classique d'engagement, liquidation, ordonnancement et paiement. Selon l'analyse qui en a été faite par la Banque Mondiale³¹:

- « la crédibilité du budget est une contrainte majeure dans l'exécution du budget du fait du niveau très élevé de réallocation entre catégories et entre Ministère et Institutions. Les arbitrages qui se font durant le cycle d'exécution du budget semblent défavoriser les secteurs économiques et sociaux et créer des biais vers les dépenses administratives non prioritaires et les rémunérations » ;
 - « Le cadre fiscal est très décentralisé avec l'autonomie des îles pour allouer les ressources à discrétion ; or les îles ne favorisent pas forcément la provision de service mais plutôt le personnel et le recrutement »
- Cycle budgétaire au niveau des îles

Les îles ont la possibilité de développer un cycle budgétaire complet notamment avec une participation des secteurs à la définition et au suivi des engagements. Il semble que la situation diffère d'une île à l'autre. Par exemple les entretiens au niveau des Commissariats à la santé ont révélé qu'à Ngazidja le secteur de la santé n'a pas reçu de financement alors qu'à Ndzuani le commissariat à la santé dispose d'un budget santé détaillé dont il peut suivre le décaissement.

³⁰ Réf n°3

³¹ Réf n°3 à défaut d'analyse plus récente

- **Conclusion sur le contexte**

Une meilleure régulation du système de santé permettrait d'améliorer son efficacité, en particulier pour ce qui concerne l'application des textes et des normes, la gestion des ressources humaines en santé, la place du secteur privé, voire la politique du médicament.

Les politiques de définition du paquet de soins existantes sont surtout théoriques. Le plus déroutant se situe au niveau de la carte sanitaire réellement en place aujourd'hui et qui résulte d'une accumulation d'initiatives publiques et privées de l'Etat, des PTFs, de la diaspora, des communautés ou encore de la répartition du personnel de santé. Le dispositif de santé publique qui est déployé aujourd'hui sur le territoire au travers les formations sanitaires est très éloigné d'une carte sanitaire dessinée sur des bases de rationalité et de performance.

Le pays entame une transition épidémiologique avec en perspective le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. Les déterminants de la santé pèsent pour 40% des problèmes de santé et la malnutrition seule pour plus de 23%. La malnutrition ne concerne plus seulement les problèmes de déficience alimentaire mais également les problèmes diététiques de l'alimentation moderne à l'origine de maladies non transmissibles en forte expansion (diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires, cancers...).

La pauvreté monétaire touche 36% de la population. Elle est configurée de manière plurielle (poches de pauvreté, villages pauvres, pauvreté urbaine et sub urbaine). Depuis l'indépendance le pays a connu une croissance certaine du PNB, l'amélioration des conditions de vie (IDH), l'augmentation de l'espérance de vie et même une amélioration de la distribution des richesses (index de Gini). Pourtant le PNB par habitant ajusté au niveau de vie n'a pas suivi la même tendance. Ainsi la santé pèse d'un poids toujours plus important sur le pays.

Certaines dispositions légales importantes viennent d'être prises concernant l'assurance maladie, et il existe une politique de protection sociale. Une mise en cohérence sera nécessaire sur le plan institutionnel.

Les Comores ont une forte vulnérabilité aux changements climatiques et aux catastrophes naturelles ainsi qu'une faible capacité de réponse et de gestion sur ces questions.

L'assiette fiscale est relativement faible (18%) et il n'est pas évident qu'elle augmente (compensation possible entre la baisse de certaines taxes douanières par exemple et la mise en place de la TVA).

La gestion des finances publiques peut être améliorée, en particulier avec une plus grande adéquation entre les programmations de dépenses et leur exécution.

Revue des dépenses de santé³²

Effort national en santé

- Considérations sur le volume

La dépense globale de santé est estimée en 2011 à 12.65 milliards de KMF, soit près de 18.000 KMF ou 50 USD par tête d'habitant. Ceci représentait 13,27% du PIB. Cette part du PIB consacrée à la santé est très élevée : plus du double de ce qui est observé en Afrique de l'Ouest. L'effort est donc considérable, une priorité nationale ou un effort national important, qui devrait amener les populations à une bonne santé. Mais pour une espérance de vie similaire au Sénégal, les Comores dépensent relativement 2 fois plus dans la santé. Ceci interroge sur (1) le coût de la santé, (2) l'efficacité des dépenses de santé.

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

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

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

- Considérations sur l'utilisation

Les dépenses courantes représentaient en 2011 près de 92% des dépenses et le reste allait à la formation de capital. Mais depuis quelques gros investissements ont été faits. Les dépenses étaient dédiées à hauteur de 67% aux soins curatifs contre 12% aux soins préventifs. Ceci interroge sur le rapport entre le financement et les besoins d'intervention.

Une grande part du financement sert à acheter les médicaments, mais le chiffre exact n'est pas disponible : on sait seulement selon que 57% des dépenses hors salaires et traitement sert à acheter des services et des médicaments et que 12% ne sert qu'à acheter des médicaments³³.

Effort de l'Etat

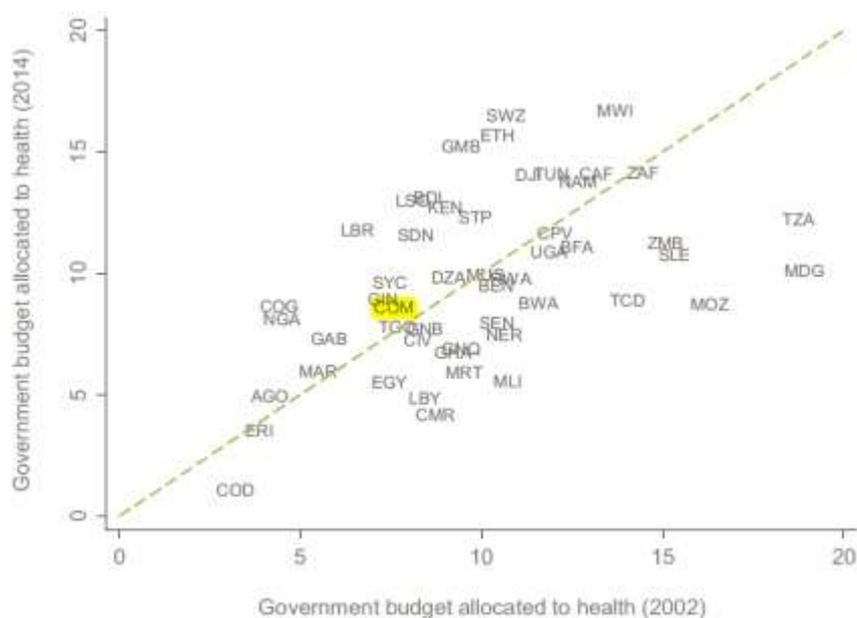
- Effort dans la santé par rapport aux autres secteurs

Selon les CNS 2011, 10% du budget de l'Etat était consacré à la santé, alors que les années précédentes, cela ne dépassait pas les 4 à 5%. Ceci permettait à l'Etat d'intervenir à hauteur de 27%

³² Ce chapitre se nourrit en particulier des Comptes Nationaux de la Santé 2011 élaborés en 2012. Seul un travail de ce type permet une analyse approfondie et c'est pourquoi il est suggéré de faire l'exercice régulièrement. Le rapport des CNS 2011 donne une idée sans doute approximative de la situation d'aujourd'hui mais on est en droit de penser que les tendances décrites n'ont pas fondamentalement changées.

³³ Réf n°4, p 35.

du total des dépenses de santé. L'appui extérieur comptait pour près de 19%. Un effort à 10% est louable³⁴, même si à l'époque on espérait le voir évoluer à la hausse. En fait, il n'aurait pas évolué en tendance depuis 2002 :



- Considérations sur la destination des financements publics en santé

Les dépenses publiques financent principalement les salaires (84% du total des dépenses publiques selon les CNS 2011)³⁵. La situation semble avoir évolué depuis 2011 mais le personnel reste le premier poste des dépenses publiques en santé (cf. [infra](#)).

Effort des PTF

Les partenaires techniques et financiers intervenaient à hauteur de 19% des dépenses totales de santé en 2011 selon les CNS.

Selon les informations recueillies par une récente étude financée par GAVI³⁶, les principaux bailleurs aujourd'hui contribuent à hauteur d'environ KMF 6 milliards par an :

PTF	Montants	Période	Par année
AFD	13 087	2007-2021	2 617
GFTAM	955	2015-2019	239
	894	2015-2020	224
	3 069	2015-2021	767
	1 276	2015-2022	319
GAVI	1 564	2012-2017	313
Unicef	2 700	2015-2019	675
UNFPA	1 624	2015-2019	406
OMS	920	2018-2019	460
Total			6 020

³⁴ Il s'agit de la moyenne en Afrique selon WHO/HIS/HGF/Tech.Report/16.2 (doc OMS 2016)

³⁵ Réf n°4, p33.

³⁶ Cartographie des acteurs de la santé aux Comores, Gaëlle Ollivier Gouagna, Santé Publique Sud.

Effort des ménages en santé

- La diaspora

Beaucoup d'avis et peu de chiffres circulent sur l'argent de la diaspora qui sert la santé. Dans son rapport de mission de 2012³⁷, les consultants d'Alter mentionnent ceci :

« Une particularité des Comores est l'importance des transferts de la diaspora. Ces transferts représentent 20 à 30% du PIB (soit 125 M USD en 2007) et représentent la première source de devises du pays. Il est donc important d'en tenir compte. (...) Plusieurs études sur les transferts aux Comores suggèrent que la part accordée à la sante par ces transferts est cependant relativement faible, bien qu'une majorité des bénéficiaires déclarent avoir utilisé une partie de cette ressource à des dépenses de santé. Ce constat peut traduire la relative faible priorité accordée à la sante par les ménages, par rapport aux biens de consommation courante et aux dépenses liées aux grands mariages. Au total, les transferts destinés actuellement à la sante pourraient se situer dans une fourchette comprise entre 10 à 20% du total des transferts³⁸. »

Si l'on prend les moyennes des deux fourchettes, l'argent de la diaspora pour la santé représenterait 15% de 25% du PIB, soit 3,75% du PIB ou **28% des dépenses de santé**³⁹. Cet argent est en partie comptabilisé : les calculs des CNS ont tenu compte du financement de la diaspora autant que possible, que ce soit dans les enquêtes ménages (financement des ménages par la diaspora) ou dans l'évaluation des financements par l'aide extérieure (par exemple financement par la diaspora d'un centre de santé communautaire). Ces derniers sont assimilés à des financements d'ONG (aide qui ne passe pas par les autorités publiques) et sont finalement peu élevés. Seuls les financements à l'étranger (ex : paiement par un tiers de soins prodigués en France, à Madagascar ou en Tanzanie) ne sont pas comptabilisés. Il est pourtant assez commun que les ménages se retrouvent à payer des soins de santé à l'étranger et se fassent aider par la diaspora. Les sommes en jeu ne sont pas connues mais pourraient représenter des montants importants, de sorte que **le paiement direct des ménages est sans doute tout de même sous-évalué.**

- Effort général

En 2011 les ménages contribuaient à hauteur de près de 50% des dépenses totales de santé. D'après le point ci-dessus, la moitié pourrait venir de la diaspora.

Toujours d'après le point ci-dessus, ce montant est sans doute sous-évalué du fait des dépenses faites à l'étranger financées par la solidarité. De même, il n'est pas certain que les dépenses engendrées par les évacuations sanitaires ni même par l'autoréférence entre les îles de l'archipel soient totalement comptabilisées. En somme, ces 50% pourraient être beaucoup bien au-dessous de la réalité.

Essayant de prendre en compte l'aide de la diaspora, les consultants d'Alter estimaient le paiement direct à 68%⁴⁰. Ce montant très élevé est peu probable aujourd'hui compte tenu de la population réduite de l'archipel et la collaboration existante avec les PTF⁴¹. Nous estimerons donc faute de plus d'information que la part des ménages se situe quelque part entre 50% et 68%.

³⁷ Ref n°1, p21

³⁸ Source : Transfert de fonds des migrants, un enjeu de développement, oct.2007. Af DB

³⁹ 3,75% / 13,3%

⁴⁰ Réf n°1.

⁴¹ A l'instar de Sao Tomé & Príncipe, l'effort de l'aide internationale peut très rapidement faire baisser ce chiffre en proportion.

- Modalité de l'effort

Le paiement direct des ménages est l'indicateur le plus important lorsqu'on pose le diagnostic du système de financement de la santé. On peut dire qu'une stratégie de financement de la santé vise en premier lieu à diminuer le poids du paiement direct des ménages dans un pays. En l'absence de données récentes, il est rappelé que le chiffre était proche de 49% en 2011 (environ 98% des dépenses des ménages). A titre de comparaison, reprenons quelques chiffres de la base de données mondiale pour les dépenses de santé en 2015 :

	Sao Tomé	Cap Vert	Rwanda	Moy. Af.	Burkina	Maurice	Mali	Nigéria
	11%	22%	28%	32%	39%	46%	48%	72%
	archipel	archipel	Taux remarquable pour son PIB grâce à un effort d'Etat, beaucoup d'aide et une politique offre et demande ambitieuse	Beaucoup de disparité en Afrique.	Un des meilleurs taux en Af. Ouest. Budget santé proche 15% du budget de l'Etat. Abaissé à 37% en 2016 grâce à des gratuités performantes	Pays avancé mais avec un taux élevé. Comme le Maroc il dispose d'une assurance maladie qui n'assure pas l'équité	Un des moins performants sur le paiement direct en Af. de l'Ouest. Leadership sous-optimal et financement de l'Etat trop faible	Un taux record en Afrique avec peu de financement d'Etat et pas de couverture du risque maladie
	Effort sur les SSB. Bcp de gratuités et beaucoup d'aide extérieure	Pays plus développé et bon progrès en couverture du risque maladie.						
Référence	WHO/HIS/HGF/Tech.Report/16.2							

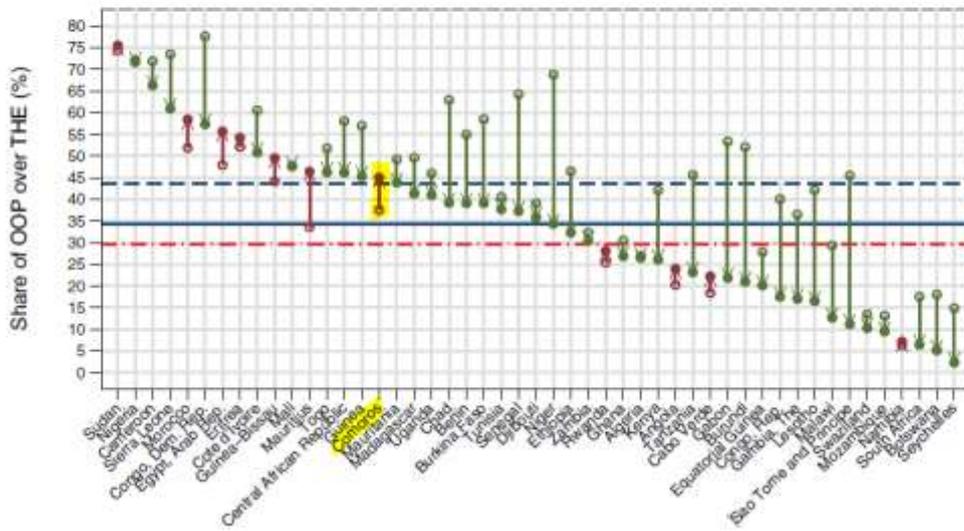
Le tableau ci-dessus montre que des archipels ont bien réussi, avec des politiques différentes. Sao Tomé & Príncipe n'a pas d'assurance maladie mais procure des soins de santé quasiment gratuits. L'aide internationale y est aussi très importante. Le Cap Vert est un pays plus riche et il doit son score à tout un ensemble de facteurs, notamment le développement de l'assurance maladie.

Inversement l'île Maurice n'a pas un bon taux de paiement direct malgré une assurance maladie nationale, ce qui montre que celle-ci n'est pas suffisante⁴².

Plus inquiétant, le niveau de paiement direct des ménages aux Comores a augmenté, alors que la tendance en général a été observée à la baisse :

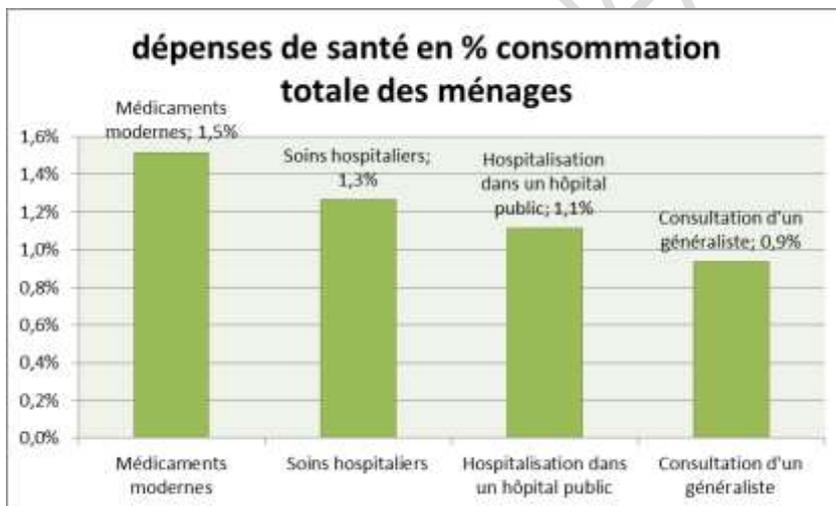
⁴² Dans certains pays, à défaut d'un système de santé public performant, l'assurance maladie achète davantage les soins dans le privé moyennant des co-paiements à la charge des patients. Ceci est un contexte de « médecine à deux vitesses » pour l'assurance maladie selon lequel les pauvres se rendent dans un système public sous performant et les riches vers le privé. Finalement les financements publics de l'assurance maladie financent davantage le privé et servent davantage les riches que les pauvres. Aujourd'hui le Maroc, qui a une couverture en assurance maladie de plus de 50% et un taux de paiement direct de 56%, se bat contre une telle situation. Une autre situation en Chine a vu le taux de paiement direct augmenter avec l'introduction de l'assurance maladie (Cf. Wagstaff, Yip, Lindelow & Hsiao, 2009)

- Hollow (solid) circles represent the average share of OOP/THE in 1995 (2014)
- The dashed blue line represents the sample average of OOP/THE in 1995 (43.7%)
- The solid blue line represents the sample average of OOP/THE in 2014 (34.4%)
- The dash/dotted red line represents the average of OOP/THE in 2014 for the rest of the world (29.5%)



- Destination de l'effort

D'après l'enquête sur les conditions de vie des ménages 2015⁴³ la consommation « santé » des ménages représente 4,8% de leurs dépenses totales et se présente ainsi :



Les résultats de l'enquête de consommation des ménages de 2014 reprise dans l'analyse de la Banque Mondiale⁴⁴ donnent 4% (au lieu de 4,8% cité plus haut) et montrent la variation de ce pourcentage en fonction des revenus et des régions. Ces informations aident à la réflexion sur la capacité contributive des populations à une assurance maladie :

⁴³ Cf. p45. Il faut transformer les chiffres qui sont présentés par rapport à la consommation non alimentaire (diviser par 39,6%)

⁴⁴ Réf n°4

	Per capita consumption, gross	Per capita Health payments	Per capita consumption, net of payments	Health as percent of total consumption
Gender of the household head				
Male	541,283.1	22,644.9	518,638.2	4.18%
Female	545,929.0	18,523.1	527,405.9	3.39%
Household head's age				
15-19	743,702.5	15,867.1	727,835.4	2.13%
20-24	666,321.7	11,925.5	654,396.2	2.11%
25-29	594,974.6	16,817.3	578,157.3	2.83%
30-34	535,821.5	20,759.8	515,061.7	3.87%
35-39	517,016.8	16,908.8	500,108.0	3.27%
40-44	473,582.2	17,695.9	455,886.4	3.74%
45-49	509,656.3	17,625.9	492,030.4	3.46%
50-54	595,511.1	19,860.3	575,650.8	3.33%
55-59	636,672.3	39,306.4	597,365.9	6.17%
60-64	494,621.9	25,328.2	469,293.8	5.12%
65+	596,438.5	30,467.1	565,971.4	5.11%
quintile				
1	166,719.6	5,735.9	159,983.7	3.46%
2	321,973.5	11,136.3	310,837.2	3.46%
3	494,765.4	17,935.5	476,829.9	3.63%
4	735,111.1	29,043.0	706,068.1	3.95%
5	1,509,461.8	67,712.1	1,441,749.6	4.49%
Total	542,453.3	21,606.6	520,846.7	3.98%

Source: Household Budget Survey, calculations from ADePT software

Nous voyons la très grande différence de dépenses en santé des populations par quintile de revenu et ceci donne un regard très intéressant sur la capacité contributive des ménages dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire⁴⁵.

- Point sur le budget santé 2017 et 2018

Le budget de l'Etat est constitué du budget de l'Union, de parts budgétaires envoyés aux îles autonomes à partir de l'Union et de budgets propres des îles autonomes. Les budgets des îles sont gérés au niveau insulaire à la discrétion de l'île. Actuellement, ces informations sont difficilement disponibles et accessibles. En résumé, la loi de Finances régulièrement disponible est limitée au budget de l'Union et n'englobe pas toute l'information budgétaire de l'Etat (Union plus îles).

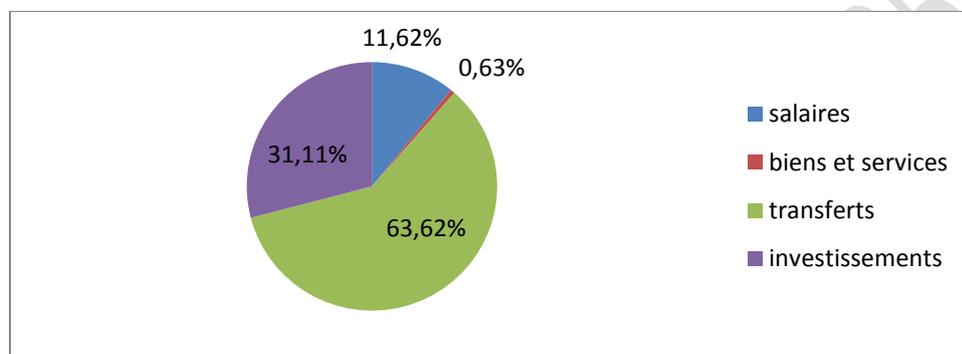
Le budget de l'Union dispose de charges communes que se partagent l'ensemble des Ministères. Elles sont constituées de lignes budgétaires telles que des frais et secours médicaux (gérés par le Ministère des Finances), l'eau et l'électricité, le téléphone, le carburant, la location des logements, les frais pour les fêtes et cérémonies officielles, des frais de transports et de missions intérieures et extérieures, etc.). En 2017, les charges communes ont été exécutées à hauteur de KMF 11 929 933 398 contre KMF 4 812 613 634 prévus dans la loi rectificative (la rémunération du personnel et le téléphone ont été les postes de dépenses sujets aux dépassements).

⁴⁵ En particulier nous savons que les ménages ne seront forcément pas enclins à cotiser un montant égal à ce qu'ils dépensent aujourd'hui pour une garantie qui ne couvrira pas la totalité de leurs frais (devenus hypothétiques dans le cadre d'une assurance). Or ces montants sont *par ménage* et donc doivent être divisés par le nombre d'individus par ménage (5 en moyenne, cf. infra) pour être ramenés aux montants de prime d'assurance maladie calculés par individu et par an. Selon ces hypothèses, seul le dernier quintile pourrait envisager une prime d'assurance maladie à 8.000 KMF pcpa (par personne et par an) hors frais de gestion, qui lui coûterait 40.000 KMF par an, soit 60% de ses dépenses actuelles en santé.

Le montant total du budget santé de l'Union en 2017 était de 2.6 milliards selon la loi des Finances rectificative, soit 4.5% du budget total de l'Union. KMF 1,3 milliards sont des « transferts qui correspondent aux subventions dédiées au fonctionnement des centres hospitaliers, les subventions pour des achats dont des médicaments de la pharmacie hospitalière, et les évacuations sanitaires.

Le budget santé (Lfi) passe à 8,5 milliards en 2018. L'écart est dû à l'évolution des transferts et des « investissements ». Ces derniers passent de KMF 0,75 milliards (Lfi 2017) à KMF 6,15 milliards (Lfi 2018) notamment avec le projet de construction du nouveau CHU El-Maarouf. Les transferts passent de KMF 20 millions à KMF 40 millions.

Pour obtenir le budget santé, il faut enlever les lignes de la solidarité, protection sociale et promotion du genre et ajouter les lignes explicites santé (secours médicaux et évacuations sanitaires) d'autres Ministères, que l'on peut ajouter aux transferts. Rappelons que ceci ne tient pas compte des charges communes et des flux financiers des îles autonomes. La répartition du budget santé donne l'illustration suivante :



Le constat est que le principal poste concerne en fait les transferts (63,62%). A l'intérieur de ces transferts les subventions aux grands hôpitaux représentent la plus grande partie (84%) décomposée comme suit :

HOPITAL EL MAAROUF	1 338 601 296	75,1%
HOPITAL DE HOMBO	301 947 144	16,9%
HOPITAL DE FOMBONI	133 216 772	7,5%
HOPITAL BAMBAO MTSANGA ANJOUAN	6 000 000	0,3%
HOPITAL SAMBA NKOUNI	3 000 000	0,2%
Total	1 782 765 212	100%

Le CHN El Maarouf devait ainsi recevoir 56% du budget du secteur santé à lui tout seul selon la LdFr 2017.

Notons encore que ces transferts concerne en majorité des financements *pour du personnel (par exemple 55% des transferts aux cinq hôpitaux sont pour du personnel)*.

L'exécution du budget en 2017 est de 75%. Mais en fait le budget est exécuté à 100% dans l'ensemble des lignes à l'exception de celle concernant les investissements qui sont exécutés à 20%. Pourtant cette exécution sur le papier n'est pas perçue comme telle par les prestataires ; il se peut

qu'une différence persiste au niveau du décaissement par le Trésor, même lorsque la dépense est engagée et ordonnancée.

- **Conclusion sur les dépenses en santé**

Un paradoxe est observé : beaucoup d'argent est mobilisé dans la santé eu égard à la richesse limitée du pays (pourcentage deux fois plus élevé qu'au Sénégal pour une espérance de vie similaire), ce qui dénote un problème certain d'inefficience, voire de gaspillage.

L'Etat finance 28% des dépenses et les partenaires techniques et financiers 19%. Ces chiffres sont surestimés si les dépenses de santé des ménages sont sous-estimées.

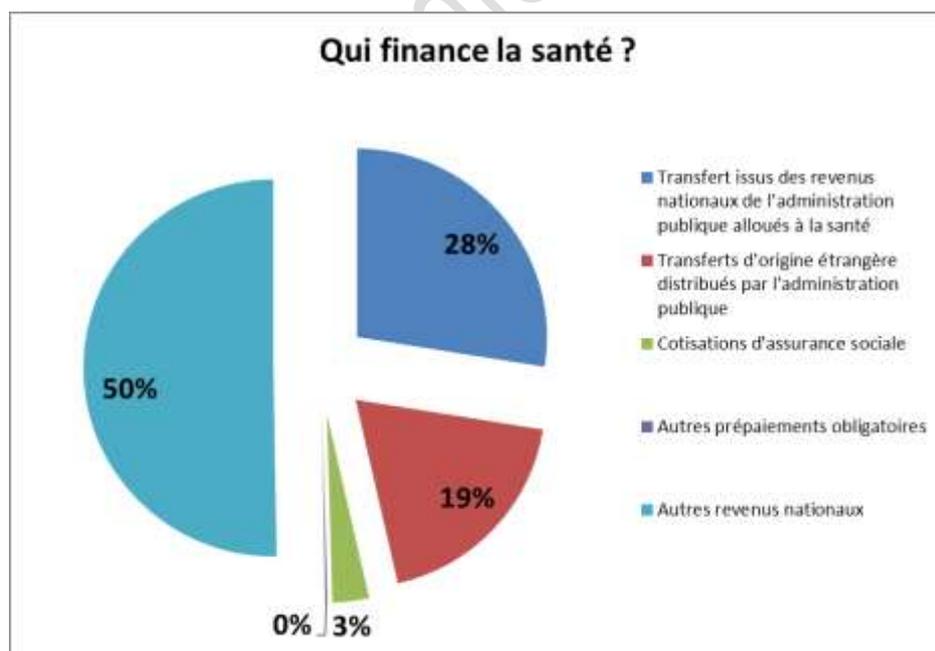
Une part importante est payée par les ménages. Elle est au moins de la moitié des dépenses totales, probablement plutôt entre 50% et 68% notamment si l'on tient compte de dépenses faites à l'étranger par des tiers.

La part des paiements directs dans le total des dépenses de santé est très élevée (la quasi-totalité des dépenses des ménages, soit 49% au moins des dépenses de santé). Elle a augmenté entre 1995 et 2014, ce qui montre que le développement économique ne s'est pas traduit par une meilleure équité dans le financement de la santé.

Il y a aujourd'hui très peu de couverture du risque maladie : les cotisations d'assurance maladie représentent au maximum 3% du total du financement de la santé en 2011.

L'essentiel des dépenses de santé se fait dans le curatif (2/3), alors qu'environ 12% va au préventif.

Une part importante du poids financier supporté par les ménages se retrouve dans les dépenses en médicament (30% à 40%)⁴⁶.



⁴⁶ Calcul de l'auteur (le minimum étant 1.5/4.8 soit la part des dépenses spécifiques « médicaments » dans le total des dépenses santé des ménages, cf. infra).

Revue de l'organisation du financement de la santé

Mécanismes de mobilisation de ressources et problématiques clé

- Mobilisation de l'aide pour le secteur de la santé

Il est parfois reproché aux partenaires de financer la santé selon leurs propres choix, de sorte que d'aucuns en appellent à une décision forte des autorités pour que les bailleurs appuient la mise en œuvre du plan de développement sanitaire selon les priorités nationales du pays. De plus, ces financements divers gagneraient à être consolidés pour une meilleure transparence et une analyse critique⁴⁷.

Ceci étant dit, il est important de souligner que les bailleurs de fonds de la santé aux Comores sont plutôt situés sur des interventions essentielles et jouent un rôle fondamental dans la prévention de la maladie et les soins de santé de base (programmes prioritaires dont vaccinations et lutte contre les maladies endémiques, etc). Il n'est pas évident que beaucoup de dépenses se situent non plus en hors des actions prévues par le PNDS.

- Mobilisation des ressources des ménages

Le financement des ménages est fortement sollicité. Surtout il est pratiquement constitué uniquement de paiements directs des ménages, ce qui est le pire mécanisme de mobilisation de revenu puisqu'il se fait de manière inéquitable et non anticipé. D'après certains calculs le taux de pauvreté est augmenté de 1,7 points par la faute des paiements directs. En d'autres mots les dépenses catastrophiques, assumées dans une situation de recherche de soins, comptent pour 5% du taux de pauvreté⁴⁸. Une toute petite partie de la mobilisation des ressources des ménages se fait sous forme de cotisation. Ces cotisations sont supportées par les ménages à travers les écoles (parents d'élèves), les entreprises (salariés et patrons), les syndicats (salariés et pêcheurs), et les associations féminines et les communautés.

⁴⁷ Cette dernière remarque faite en atelier est pertinente et la répartition des financements des bailleurs par activités devrait faire partie intégrante du travail de diagnostic. Ceci n'a pas pu être réalisé dans les délais car une approche spécifique est nécessaire avec chaque bailleur pour accéder aux montants. Cependant, un tel travail peut être prévu dans les activités à venir relatives à la mise en œuvre de la stratégie de financement.

⁴⁸ Idem, p14.

Le tableau suivant montre que la FENAMUSAC gère environ KMF 162 millions de cotisations annuelles. Au niveau de la MAMWE, le montant s'élève à KMF 24 millions⁴⁹ et à Comores Telecom KMF à 90 millions⁵⁰. Au total, il s'agit de 276 millions à comparer à environ 17,28 milliards de dépenses de santé des ménages⁵¹ :

Mobilisation des ressources par les mutuelles de santé (FENAMUSAC)					
2017					
NGAZIDJA					
Type de mutuelle	Mutuelle	Effectifs	Budget mobilisé	Cotisation moyenne par personne	Cotisation moyenne par type de mutuelle
Scolaire	Etudiants de l'Université (USECO)	13 200	35 833 333	2 715	3 650
	Ecole Mouinate	332	2 235 667	6 734	
	Moinahaya Djomani	200	300 000	1 500	
SSV / Communautaire	Mnougou	951	8 083 500	8 500	6 167
	Ngolé	265	1 590 000	6 000	
	Kové	311	1 244 000	4 000	
Institutionnelle	ORTC	259	3 899 250	15 055	18 406
	Palais du peuple	220	3 300 000	15 000	
	OMIFC	722	9 898 817	13 710	
	Nassib	210	3 168 000	15 086	
	Sécuricom	393	6 000 000	15 267	
	Mlézi SNPC (Syndicat des professeurs)	540	14 246 875	26 383	
	EGT	275	2 062 500	7 500	
	CARITAS	186	5 565 000	29 919	
	UNONO SNIC (Syndicat des instituteurs)	993	7 917 333	7 973	
	RETAJ HOTEL	225	3 937 500	17 500	
	TELMA	115	3 162 500	27 500	
	CAMUC	160	4 800 000	30 000	
GROUPEMENT SULTAN	34	625 000	18 382		
SOUS TOTAL		19 591	117 869 275	14 143	
ANJOUAN					
Scolaire	OM scolaire SNEF	185	1 650 000	8 919	3 917
	OM scolaire Maecha	1 013	2 532 500	2 500	
	OM scolaire d'Ouani (MSSC)	474	158 000	333	
IMF	Caisses des Sanduck d'Anjouan	8 546	23 788 780	2 784	2 784
Institutionnelle	Entreprises Anjouanaise MS	489	5 868 000	12 000	7 479
	Syndicat des pêcheurs (MS)	724	3 914 167	5 406	
	UWAYDA	895	4 501 249	5 029	
SOUS TOTAL		12 326	42 412 695	5 282	
MOHELI					
Associatif	Itsamia	300	1 500 000	5 000	5 000
SOUS TOTAL		300	1 500 000		
TOTAL		32 217	161 781 971		5 022

⁴⁹ 2500 KMF x 12 mois x 800 cotisants

⁵⁰ 2500 employés cotisant KMF 3.000 par mois pour 5 personnes.

⁵¹ Environ KMF 21.600 (cf. infra) en moyenne pour 800.000 personnes

Les mécanismes de collecte varient en fonction des groupements mutualistes, et chacun a ses avantages et ses inconvénients. Le tableau suivant a été élaboré par la FENAMUSAC qui contribue ici au diagnostic sur la question des modalités de mobilisation de cotisations d'assurance maladie :

Type de mutuelle	Mécanisme de collecte des ressources	Difficultés
Scolaire	Frais d'inscription / Ecolage	La cotisation est à la charge du parent uniquement Parents ayant plusieurs enfants et qui n'arrivent pas à s'acquitter de leur cotisation
SSV / Communautaire	Fonds communautaires et des associations à travers les mariages et autres manifestations organisées au sein des communautés	Pas d'activités de mariages pendant une année La mutuelle est considérée comme un projet limité dans le temps et elle n'est pas priorisée Manque de cohésion sociale (entre les classes sociales) et manque de leadership Plusieurs projets mis en œuvre en même temps (Construction des mosquées, des centres de santé,...) Pas de priorisation des projets au sein des communautés
Associative	Part sur les fonds de l'association / Part des membres	Pas de priorisation des projets au sein de l'association
Entre prise	Prélevements salariaux (55%)/ Prélevement patronale (45%)	Pouvoir d'achat très faible
Syndicat	Prélevements salariaux uniquement	Irrégularité des paiements de salaires dûes aux grèves, au manque des avancements Mode d'adhésion volontaire qui engendre un risque élevé de sélection adverse Manque d'accompagnement financier notamment les enseignants qui supportent seul leurs cotisations
Producteurs	Bailleurs / Producteurs d'Ylang	Pas de pérenisation du système lorsque le bailleur se retire
IMF (Sanduck)	Prélevement direct sur les frais de dossier de demande de crédit	RAS

- Au niveau de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale⁵²

Il existe aux Comores un régime d'accidents du travail et des maladies professionnelles géré par la CNPS. Cet organisme a été créé en 2012 et a fait l'objet de plusieurs textes destinés à modifier son champ d'application. Le dernier en date serait de 2014. Une loi de 2015 a changé la dénomination d'organisme, devenu CNSPS. L'organisme gère les accidents du travail. Il reçoit les cotisations des

⁵² Réf n°1

employeurs et devrait recevoir celle de l'Etat-employeur. En cas d'accident du travail, l'employeur paye les soins et la Caisse le rembourse.

Le taux de cotisation applicable varie par branche d'activité et s'établit sur la base du salaire net versé à l'employé. La 1ère branche d'activité (haut risque) cotise à hauteur de 5% (transport, manutention...), la 2ème branche d'activité concerne l'agriculture et élevage et cotise à hauteur de 3% ; la 3ème branche d'activités (risque moyen) cotise à hauteur de 2,5%. Le plafond sur l'assiette des cotisations est de 100 000 KMF. Il existe également un régime Maternité et Délai de Viduité pour les femmes salariées avec un taux de cotisation de 1% du salaire net versé à la femme salariée (même plafond). Approximativement, les salariés assurés à la Caisse dépassent le nombre de 6 000 individus dans l'ensemble des trois îles ; ce qui est en réalité moindre par rapport à la masse globale des salariés relevant du code du travail.

Questions clés relatives aux dispositifs de mutualisation des fonds

- Au niveau de la DAF du Ministère de la Santé de l'Union

Chaque programme possède un compte, ce qui complique les procédures de suivi et de contrôle au niveau de la DAF, et crée des difficultés de décaissement lors de l'opérationnalisation des activités validées.

- Au niveau des Commissariat à la santé / DRS des îles

Avec les financements des partenaires, on note que les paiements sont souvent directs ou via le Ministère de la santé (« comptes transit »), ce qui engendre des difficultés telles que la gestion de ces comptes (comptabilités non cohérentes), des problèmes de RHS afin de respecter la responsabilité de la déferie, un manque de moyens de travail (outils de travail), un faible mécanisme de gestion, un financement de la santé au niveau des îles qui n'est pas partagé au niveau central, ou encore une absence de synergie de travail entre le DAF commissariat/Gestionnaire DRS et le responsable des programmes lors de l'exécution d'activités programmés.

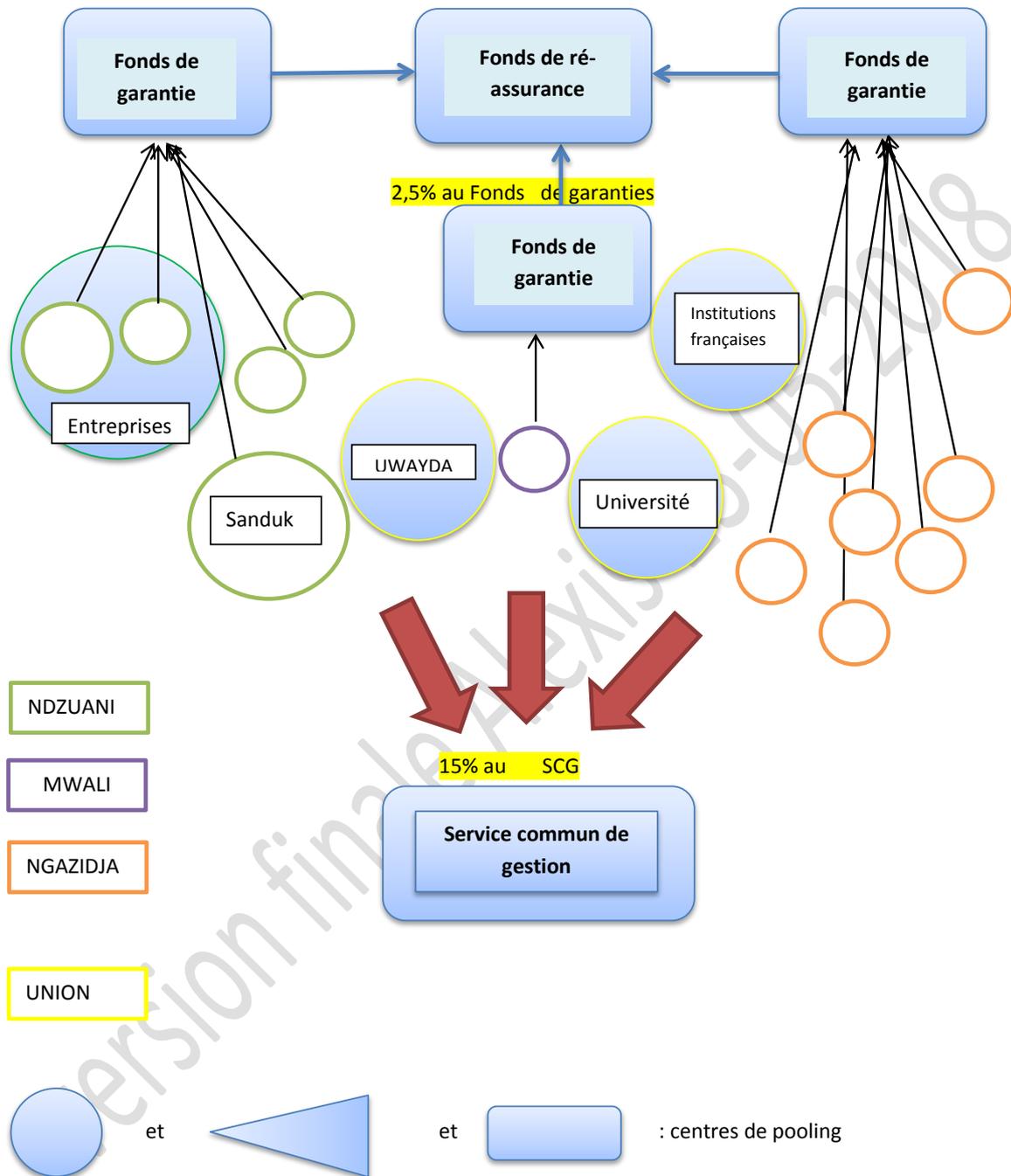
- Quelle tentative de mutualisation des financements des Partenaires Financiers ?

Les PTFs se concertent entre eux et concertent le Ministère de la Santé, de sorte qu'il y a une coordination de l'aide rendue facile par le nombre limité d'acteurs. Néanmoins celle-ci peut sans doute être améliorée parce que les rencontres ne sont pas régulières entre les partenaires. De plus les thématiques spécifiques (comme le financement de la santé) peuvent faire l'objet de plans de travail appuyés par les dynamiques des réseaux existants au niveau mondial⁵³. Enfin le dialogue entre le PTFs ensemble et le Ministère de la Santé peut être davantage cadré (groupe technique sectoriel qui se rencontrerait régulièrement).

⁵³ P4H pour le financement de la santé, Health System Governance Cooperative, etc...

- Au niveau des mutuelles de santé

Les lieux de pool des mutuelles de santé de la FENAMUSAC :



Le pooling est réalisé au niveau de trois mutuelles nationales, et de deux entreprises à Anjouan. De plus il est fait au niveau des fonds de garantie au niveau des îles, et du fonds de réassurance au niveau national. Enfin les frais de gestion sont mutualisés grâce au Service Commun de Gestion.

L'achat des services de soin de santé

- L'achat des prestations par la CNSPS

Prestations servies à la CNSPS :

LIBELLE	2014	2015	2016	2017
Indemnités journalières	4 804 144	5 950 784	7 858 221	12 394 243
Frais médicaux	1 894 400	5 424 092	8 397 034	12 830 153
Frais pharmaceutiques	1 744 330	3 348 231	6 511 165	9 338 079
Frais d'évacuation	2 949 718	4 814 377	7 286 627	11 841 138
Total	11 392 592	19 537 484	30 053 047	46 403 613

On peut noter dans ce tableau qu'il y a une progression dans la liquidation des prestations servies par la CNSPS. La Caisse traite d'année en année plus de dossiers d'accidents de travail. De plus il y a une perte croissante d'heures de travail en raison des arrêts de travail enregistrés à la suite d'accidents de travail qui sont en augmentation de façon régulière, à défaut de politique de prévention d'accidents de travail.

Outre les prestations dont bénéficient les victimes d'accident de travail, il y a les rentes viagères accordées à celles-ci et à leurs ayants droit en cas d'incapacité permanente ou d'accident mortel :

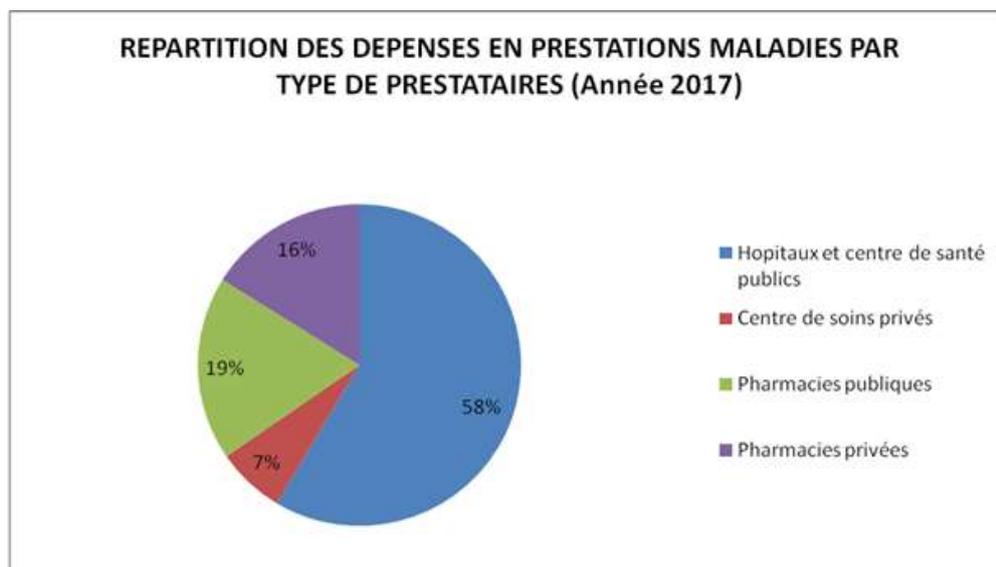
RENTES	2014	2015	2016	2017
Assurés	4 111 974	8 579 768	11 055 623	11 055 623
Conjoints	2 329 600	2 329 600	3 220 000	1 628 657
Orphelins	1 736 120	1 736 120	2 129 275	1 993 200

- L'achat des prestations par les mutuelles de santé

Au niveau de la FENAMUSAC, les paniers sont composés à partir des garanties dont le réseau dispose. Chaque mutuelle a un panier de garanties en fonction des besoins exprimés et des capacités de paiement.

PANIER DES PRESTATIONS	TYPE
CPN	Garantie grossesse
ACCOUCHEMENT	
ACCOUCHEMENT COMPLIQUE	
ECHOGRAPHIE CPN	
CESARIENNE	
CONSULTATION GENERALISTE	Ambulatoire
CONSULTATION SPECIALISTE	
ANALYSE	
RADIOGRAPHIE	
ECHOGRAPHIE	
SCANNER	
SOINS DENTAIRES	
KINESITHERAPIE	
HOSPITALISATION MEDECINE	Gros risque
HOSPITALISATION PEDIATRIE	
CHIRURGIE	
PETITE CHIRURGIE	
ACCIDENT / URGENCES	
LUNETTERIES	

Il est également intéressant de voir où va l'argent du réseau de mutuelles de la FENAMUSAC :



L'achat des prestations par le tiers-payant hors mutuelles de santé (Ministère de la santé à travers le Programme PASCO-FBR)

« Le PBF a été introduit à Anjouan (CSD de Domoni) en 2011, puis étendu aux autres structures à Anjouan et Mohéli. En 2014, il a été partiellement introduit à Ngazidja. Au travers d'un Programme national essentiellement financée par l'AFD – PASCO-, le PBF propose l'achat des prestations suivantes : consultations curatives, CPN, PF, accouchement, césarienne, échographie obstétricale et bilan prénatal. Le PBF fonctionne actuellement à Anjouan (1 CHRI, 1 HP, 6 CSD et 14 PS) ; à Mohéli (1 CHRI, 3 CSD et 4 PS) ; et partiellement à Ngazidja (contrats avec l'hôpital de pôle de Mitsamiouli et le CMC de M'Béni). Les contrats ont été passés avec des structures publiques et quelques médecins privés (Anjouan). La fonction d'agence d'achat a été confiée à la FENAMUSAC. La fonction de contrôle a été confiée à des ONG (MAAECHA, RFD). Le panier vise donc des prestations essentielles et déterminantes en matière de réduction de la morbidité / mortalité maternelle, néonatale et infantile»⁵⁴.

La grille des tarifs d'achat des prestations sous PBF est parfois considérée comme devant être revue à la hausse. Notons également que ce mécanisme, bien qu'appelé « PBF », est surtout un fonds d'achat⁵⁵.

- L'achat des prestations L'achat des prestations par le paiement direct

Par définition le parcours de soins est le circuit que les patients suivent pour accéder aux soins. L'acteur principal de ce parcours devrait être le médecin traitant. En réalité les malades suivent un parcours de soins qui peut passer par de nombreuses étapes non académiques telles que :

- Les tradi-praticiens : les malades prennent des médicaments qui se veulent traditionnels (feuilles, racines grains des plantes etc...) ;

⁵⁴ Réf n°2

⁵⁵ Le mécanisme lève la barrière financière et finance le système mais il n'est lié à la performance qu'en tant qu'il rémunère sur une base quantitative ; de plus il n'entre pas dans la question de l'utilisation des fonds. Le mécanisme tire son nom de ce qu'il était ou voulait être à l'origine, qui était effectivement un tiers-payant avec motivation à la performance.

- L'automédication : les malades prennent des médicaments sans l'avis d'un professionnel ;
- La prière : certains malades lisent le coran ;
- La consultation des marabouts : certains malades font des gri-gris ;
- Consultation à base relationnelle : c'est une consultation qui se fait auprès d'un amateur en santé ;
- Consultation hospitalière : c'est une consultation qui se fait dans une structure sanitaire sans tenir compte du système de référence contre référence ;
- Départ à l'extérieur : ceci arrive pour des raisons plus ou moins valables (pathologies qui nécessitent une prise en charge particulière, calcul financier, méfiance vis-à-vis de la qualité de soins offert dans les structures sanitaires nationales....).

• Conclusion sur le système de financement de la santé

La mobilisation des ressources des ménages pour la santé par voie de cotisations obligatoires se limite au secteur privé formalisé et ne concerne que la couverture contre le risque maladie professionnel et l'accident de travail.

La mobilisation de cotisations par les mutuelles de santé a été testée depuis plus de 20 ans avec des résultats in fine très limités en termes de couverture (environ 6%⁵⁶) mais une expérience très riche. Elle montre qu'en l'absence de subventionnement et d'obligation le secteur informel n'adhère à la proposition que dans des cas très spécifiques d'institutionnalisation (IMF, écoles...). Les modalités de prélèvement des cotisations les plus porteuses se sont avérées être par les associations et les communautés villageoises (à Ngazidja pour cette dernière).

Les financements de la santé sont extrêmement fragmentés dans leur ensemble, et encore au sein de l'administration sanitaire, des partenaires techniques et financiers, ou des mutuelles de santé. Cependant la gestion nationale des flux financiers de la FENAMUSAC est une expérience intéressante dans le cadre de la réflexion d'un pool national d'une assurance maladie généralisée.

Les ménages paient relativement cher des prestations dans le public et le privé, car les prestataires de soins comptent sur ces revenus pour payer le prix du médicament et le fonctionnement. Compte tenu de l'importance du personnel payé par la structure, la faible utilisation des services de santé par la population, l'absence de tarification harmonisée et la porosité entre le public et le privé, il est évident que les ménages paient dans leur facture une part importante des revenus du personnel de santé. Les ménages paient également les services de soins de santé à l'étranger, dont l'ampleur est mal connu mais paraît considérable.

Les mécanismes de couverture du risque maladie que sont en particulier les mutuelles de santé et le « PBF » mis en œuvre par le Ministère de la Santé via le Programme PASCO allègent un peu la facture de certains ménages. Le panier de soins acheté ici est variable. Ce mécanisme semble avoir amélioré la fréquentation des services de santé, en améliorant l'accessibilité financière des usagers et particulièrement les plus vulnérables aux services de santé.

⁵⁶ 32.000 bénéficiaires à la FENAMUSAC + 10000 à Comores Telecom + 3200 à MAMWE + mutuelle des militaires (inconnu) = au moins 45.500, plutôt 47.000 bénéficiaires.

La protection financière et son équité

- La protection financière spécifique des populations vulnérables

Sont bénéficiaires de mécanismes spécifiques les jeunes, les femmes et les hommes de tout bord qui ne disposent pas de revenu. Aux Comores les fonds indigents ne sont pas référencés et parfois méconnus par la population. Parmi eux l'on trouve :

- Les aides médicales à travers les évacuations sanitaires
- Le fonds Zakat
- Le fonds indigents Caritas

Les centres sanitaires (Caritas), Croix Rouge et Croissant Rouge comorien offrent des soins de tout genre aux personnes les plus pauvres. Les orphelinats qui enseignent aux enfants prennent parfois en charge leur santé comme dans le cas d'Ibn Kaldoum à Ngazidja Yakoub à Ndzuwani. Des centres d'enseignement de formation religieuse assurent aussi des soins. C'est le cas du centre Saand Ben Mouandhui qui à raison de KMF 500 000 par an, ce qui ne peut servir une dizaine d'élèves. Le centre n'arrive pas à prendre en charge les maladies graves qui restent une charge lourde à la famille.

- La protection financière spéciale des évacuations sanitaires sur fonds publics

Il existe une ligne budgétaire au Ministère ou Commissariat de la santé et une ligne budgétaire dans les charges communes du Ministère ou Commissariat des finances. Les soumissionnaires au bénéfice de l'évacuation sanitaire doivent passer l'avis du comité compétent. Les montants gérés par l'ANAMEV sont de 40 millions par an⁵⁷.

- La protection financière contre les prestations et maladies ciblées des programmes

Le tableau suivant représente l'aide des PTF par grands cibles. Il montre à quel point cette aide est bien orientée sur les priorités de santé du pays : la lutte contre la malnutrition, le WASH, la vaccination, les maladies prioritaires, le PF ou encore la SMI. Ceci est très important car témoigne de l'importance des financements actuels des PTFs dans l'amélioration des conditions sanitaires nationales et individuelles :

Principaux bailleurs extérieurs de la Santé en volume (millions de KMF)				
PTF	Montants	Période	Par année	Actions prioritaire
AFD	13 087	2007-2021	2 617	Institutionnels, SR (FBR), PF, formation, GRH, appuis rapprochés par délégation (Caritas, Santé Diabète, Crco)
GFTAM	955	2015-2019	239	SIDA
	894	2015-2020	224	TB
	3 069	2015-2021	767	Paludisme
	1 276	2015-2022	319	RSS
GAVI	1 564	2012-2017	313	Vaccination et RSS en vaccination
Unicef	2 700	2015-2019	675	MNT, WASH, vaccination, SMI, PCIME, santé communautaire, nutrition (ANJE)
UNFPA	1 624	2015-2019	406	Santé de la reproduction
OMS	920	2018-2019	460	Institutionnel, RSS, maladies...
Total			6 020	

⁵⁷ Démarrage cette année 2018 avec 10 millions décaissés par trimestre. 23 dossiers sont en cours (Mai 2018).

Ainsi aux Comores plusieurs programmes de santé publique globalement soutenus par les PTFs, donnent à la population un accès sans frais à des prestations essentielles. Le tableau suivant donne un aperçu de cette modalité de protection contre le risque financier qui n'est pas toujours vue comme telle car elle agit souvent en amont des soins. Pourtant ces programmes sont des interventions à haut impact qui réduisent la morbidité et la mortalité, préviennent contre les risques d'épidémies, et offrent in fine une barrière importante contre les risques de maladie et de dépenses pour cause de maladie.

Programme	Mécanisme	Cibles	Prestations Biens et services
Santé de la Reproduction	Subvention des produits contraceptifs	Femmes en âge de reproduction (15 à 49 ans)	contraceptifs Actes de consultation et de pose du produit
	Tiers-payant (RBF)	Population totale	Consultations à moindre coût, ticket modérateur
		Femmes enceintes	Remboursement à la structure de santé de prestations limitées
PEV	Gratuité de la vaccination	Enfants de 0 à 24 mois	Actes, vaccins et consommables (BCG, Penta, VAR, Polio,), outils et supports de gestion
		Femmes enceintes	Actes, vaccin et consommable (VAT)
Nutrition	Subvention de médicaments pour la prévention et prise en charge des formes de malnutrition	enfants de moins de 5 ans	Supplémentation en Vit A et Déparasitage
			Aliments thérapeutiques
PNLP	Subvention des intrants et médicaments	population totale	Goutte épaisse gratuite Médicaments gratuits Distribution MILD gratuite
TB	Prise en charge gratuite des tuberculeux	population totale	Actes, médicaments, examens, hospitalisation Subvention alimentaire
Lèpre	Prise en charge gratuite	Population totale	Actes, médicaments,
VIH/Sida	Gratuité des intrants et médicaments	PVVIH	Gratuité des examens biologiques
		Femmes enceintes infectées par le VIH	
DLM	Traitement de masse contre les maladies tropicales négligées	Population totale	Médicaments contre la filariose lymphatique
	Dotation en intrants aux structures de santé pour la prise en charge du Diabète, HTA	Population totale	

- La protection financière par le tiers-payant non assurantiel⁵⁸

Dans le dispositif mis en place par le Ministère de la DGS via le Programme PASCO, la FENAMUSAC - qui agit en qualité d'organe acheteur de services aux structures de santé -, réduit considérablement le paiement demandé au patient et assure des recettes régulières aux structures de soins dans le cadre du suivi de la femme en âge de procréer, particulièrement des femmes enceintes. Les résultats obtenus semblent encourageants en termes de fréquentation. On a observé :

⁵⁸ En partie de : « Rapport AMG-CREDES, Décembre 2017 ».

- une amélioration constante du nombre des consultations curatives à Anjouan et Mohéli depuis 2012, de même que dans les districts pilotes de Ngazidja (Mitsamiouli et Mbéni) depuis septembre 2014. Le taux d'utilisation des services est d'environ 23 %, nettement supérieur à la moyenne nationale qui était de 14%;
- une amélioration du suivi de la grossesse, avec une utilisation croissante des services de CPN. L'approche a permis de fidéliser les femmes enceintes à l'utilisation des services de CPN, avec une augmentation constante du nombre de CPN 4 ;
- une augmentation du nombre des accouchements assistés dans les structures de santé.

Ce mécanisme favorise d'abord les femmes enceintes et dans une moindre mesure l'ensemble de la population (aide aux frais de consultation). Il est très équitable même si d'aucuns diront que la population aisée devrait payer ses prestations avec ses propres revenus. Comme cela a été fait ailleurs on peut toujours étudier le profil des utilisateurs par quintile.

- Les mutuelles de santé

Ce sont les populations villageoises qui étaient à la base concernées par les projets de développement des mutuelles de santé.

L'adhésion individuelle est généralement proscrite dans l'assurance maladie du fait du risque de sélection adverse. La base d'adhésion familiale a donc été expérimentée dans les premières années du projet de mutuelles de santé appuyé par l'ONG CIDR dans les années 1990, mais elle a très vite été abandonnée. L'expérience a montré que cette modalité d'adhésion ne permettrait jamais d'obtenir une base d'adhésion satisfaisante (une masse critique pour une mutualisation du risque), mais encore qu'elle ne correspondait pas à l'environnement culturel (base sociale de la solidarité).

Des mutuelles de santé à base associative ont alors vu le jour notamment mais pas exclusivement à Anjouan, elles concernaient les associations de femmes. L'expérience n'a pas duré malgré les promesses que portait cette modalité d'adhésion inspirée d'une disposition sociale courante et puissante. De fait les associations de femmes sont parfois financièrement très solides et s'intéressent souvent à la santé. Cette expérience a montré les limites de l'organisation d'une couverture du risque maladie autofinancée par la population, aussi « riche » soit-elle relativement au reste de la population aux Comores.

L'expérience de la SSV est pratiquement unique dans le monde. Elle se fonde sur les caisses villageoises issues de l'organisation sociale propre à Ngazidja. Il est fondamental de bien prendre en considération son historique et de l'analyser. Néanmoins, seules les SSV de Mnungou, Ngolé, & Kové ont survécu. L'équité est pourtant parfaite dans la communauté ciblée car les SSV couvrent toute la population du village après recensement de celui-ci.

Cette situation a conduit la FENAMUSAC à diversifier sa cible en approchant les secteurs plus formels tels que les entreprises, les syndicats, les agriculteurs et producteurs organisés en coopérative. Ce secteur est limité par la couverture de la famille directe (conjoint et enfants uniquement) et par une taille moyenne qui peut parfois exclure certains enfants, mais aussi il a éloigné le projet de sa cible.

Au lieu des populations du 3^{ème} quintile⁵⁹, la FENAMUSAC touche aujourd'hui les populations du 5^{ème} quintile probablement.

Les perspectives sont aujourd'hui très limitées pour les mutuelles de santé qui sont volontaires et ne bénéficient d'aucune subvention. Si les primes étaient subventionnées, les modèles de levée de cotisations qu'il faudrait retenir, sur la base de l'expérience, sont :

- A Ngazidja : le modèle SSV (Sécurité Sociale Villageoise)
 - A Ndzuwani : s'appuyer sur associations féminines et des institutions de micro finances type Sanduck et Meck
 - A Mohéli : s'appuyer sur des associations féminines et des IMF, ou lever une taxe insulaire spécifique pour remplacer l'ensemble des cotisations
- La protection financière par la solidarité communautaire (familles élargies, appel aux associations, tontines...)

Les mécanismes de solidarité communautaire sont tels aux Comores qu'il est important de les décrire rapidement sous l'angle de la protection financière. Les comoriens peuvent recourir aux tontines pour financer leurs soins. Egalement les institutions financières à travers les réseaux sanduk donnent des prêts spéciaux pour des fins sanitaires. Surtout la solidarité communautaire existe sous des formes différentes dans les trois îles. Elle dépend aussi de la position de l'individu dans la famille. A Ngazidja, la solidarité paraît plus accentuée par rapport aux autres îles mais les comptes sont tenus⁶⁰. Evidemment les individus et les communautés n'ont pas tous le même niveau de ressources et ne bénéficient pas toutes d'une diaspora forte.

- La protection financière dans le cadre de l'accident du travail

D'abord, il est à noter que le régime d'accidents de travail et maladies professionnelles est ouvert aux salariés qui par nature sont exposés à d'éventuels accidents dans leur milieu de travail ou sur le trajet régulièrement emprunté pour aller au travail. C'est ce statut de travailleur qui s'expose à des risques professionnels qui fait que celui-ci a droit à une couverture sociale contre ceux-ci. Ce n'est pas le fait qu'il ait un revenu qui est pris en compte si le travailleur est sous l'autorité d'un employeur. Normalement, c'est ce dernier qui cotise pour son salarié. Par contre, bien entendu, si le travailleur est indépendant, son revenu déclaré est pris en compte. Dans tous les cas, la couverture sociale se base sur le principe de solidarité nationale des travailleurs relevant du code du travail.

Le gros problème, c'est qu'un grand nombre de travailleurs ne sont pas du tout assurés à la Caisse, du fait de la non-déclaration par leurs employeurs. Les travailleurs indépendants peuvent également s'affilier. L'assurance volontaire contre les risques professionnels leur est permise, mais aucune politique réelle n'est jamais menée pour les pousser à venir s'affilier à la Caisse.

⁵⁹ Les mutuelles n'ont jamais eu vocation à couvrir les populations non solvables, mais elles se voulaient une aide aux communautés moins nanties et difficilement accessibles du secteur informel.

⁶⁰ Il s'agit d'entraide (on se prête de l'argent) plus que de solidarité (l'échange peut être à perte, il n'est pas comptabilisé)

- Les exclus de la protection financière

Il est évident que la population ne bénéficie pas à part égale de protection financière par la solidarité et l'entraide familiale et communautaire. Dans un contexte où la population peut être pauvre, les relations de l'individu peuvent être dans la même situation de précarité et de besoin que l'individu en recherche de soutien financier. En ce sens il ne faut sans doute pas considérer les mécanismes pourtant exceptionnellement importants de solidarité aux Comores comme une protection financière généralisée. Il va sans dire que toute une population est démunie face aux épisodes de maladie, qu'il y a du renoncement aux soins, de l'accès tardifs aux soins de santé, et des dégâts (handicaps, mortalité, années de vie perdues) du fait d'un manque de protection financière à l'échelle locale⁶¹.

L'équité dans l'utilisation des services et la distribution des ressources

- Utilisation des services par catégories de population

Pour un certain nombre de services essentiels ayant fait l'objet d'une étude, il est avéré que l'utilisation des services de santé est plus grande dans les quintiles les plus riches, ce qui reflèterait un système de provision de soins plutôt pro-riches. Pourtant les données ne montrent pas un écart phénoménal si ce n'est dans les cas des accouchements par médecin ou des CPN⁶².

- Regard sur l'équité dans la distribution des ressources publiques

On constate une variation significative dans l'allocation des fonds au niveau infra-régional due à une présence différente des formations sanitaires par niveau, les hôpitaux recevant plus de fonds que les postes et les centres de santé. Ceci pourrait expliquer en partie pourquoi la part des dépenses publiques tend à être plus basse dans les zones plus pauvres. Pour autant, en ce qui concerne le financement des partenaires, la corrélation est totalement inverse avec une relation très positive entre l'indice de pauvreté et le financement en fonction des zones⁶³. Ceci peut s'expliquer par la nature des financements des partenaires (cf. infra).

Il faut aussi tenir compte du fait que le financement des hôpitaux est par nature plutôt favorable aux quintiles les plus riches, contrairement au financement des soins de santé de base qui sont davantage utilisés par la population des quintiles plus pauvres. Sur ce point le financement public en matière d'investissements n'a pas forcément équitable ces dernières années.

Egalement, comme il a été souligné dans des études précédentes, le financement d'infrastructures par l'Etat et les partenaires peut avoir pour conséquence un poids financier important pour couvrir leurs frais de fonctionnement, des frais qui seront in fine pris en charge largement par la population avec le recouvrement des coûts notamment en paiement direct.

⁶¹ Ainsi un mécanisme d'assurance maladie généralisée doit assumer qu'une partie de la population ne pourra pas se prendre en charge, et si 36% de la population est pauvre, il n'y a pas de raison de penser que cette population sera en mesure de participer à l'effort collectif de mutualisation du risque.

⁶² Réf n°4 pp20-23.

⁶³ Idem p33 pour certaines informations du paragraphe.

Une politique de l'accès aux médicaments pourrait être une action pro-pauvre, mais si l'Etat n'arrive pas à le rendre accessible à un prix avantageux par la population il rate l'opportunité.

Dans l'ensemble on le voit, le financement de l'Etat a des marges de manœuvre intéressantes pour être plus équitable et être le principal acteur de la redistribution dans le cadre de la CSU.

Conclusion sur la protection financière

L'équité dans les résultats en santé a été mesurée. On constate que la population rurale a davantage de problèmes que la population urbaine et surtout la situation est très différente en ce qui concerne la malnutrition, qui touche davantage les populations les plus pauvres.⁶⁴ L'autre forme de malnutrition, celle qui crée le diabète ou l'obésité, ne concerne au contraire pas forcément la population pauvre et rurale.

Les mécanismes de protection financière au sens large sont variés. Les programmes financés par les PTFs sont essentiels et couvrent soit toute la population (ex : MNT), soit la population cible (vaccins, TB, VIH-SIDA...) souvent vulnérable. Le programme FBR du PASCO répond à la même logique. Les rares initiatives caritatives aident les plus démunis par nature mais ne concernent que très peu de personnes. Par contre les mutuelles fonctionnelles – une trentaine qui ne concernent qu'une population réduite également – s'adressent aujourd'hui aux 4^{ème} et 5^{ème} quintiles de richesse surtout.

Les mécanismes de solidarité traditionnels peuvent être considérés comme des mécanismes de protection financière avec tout de même beaucoup de retenue, car si on les trouvera organisés par une analyse sociologique, ils ne le sont pas de manière institutionnelle. Ils ne protègent pas les individus de la même manière, mais il est difficile de dire s'ils les protègent dans une relation inverse de leurs revenus. Une enquête de 2004 montrait ainsi que la diaspora bénéficiait davantage aux déciles 1, 9 et 10.

Il a été calculé que 5% de la pauvreté est le fait d'une dépense catastrophique⁶⁵. On ne connaît pas l'ampleur des décès, des manquements aux soins ou des recours aux soins tardifs pour cause de barrière financière, mais chacun à son niveau a vécu cette situation dans le pays, de sorte que la rationalisation de la protection contre le risque financier est une mesure qui fait sens pour tous bien que tout le monde n'ait sans doute pas les mêmes attentes en termes de panier de soins prioritaires.

L'analyse critique des dépenses de l'Etat et des PTFs en termes d'équité nous dit également que l'investissement dans des infrastructures du haut de la pyramide sert d'abord les populations mieux loties (contrairement aux postes et centres de santé) et qu'elles font peser des frais de fonctionnement importants à la population qu'elles servent. Le financement d'infrastructures du bas de la pyramide sanitaire serait plus équitable, de même qu'une politique visant à baisser le prix des médicaments.

⁶⁴ Réf n°4 p18.

⁶⁵ Réf N°4 (1.7 points sur 36 points)

Conclusion : les priorités pour une réforme du financement de la santé

La première évidence est que la santé coûte très chère aux Comores, pour des résultats qui sont intéressants mais ne sont pas à la hauteur de l'investissement. Ceci vient d'un problème d'efficacité du système de financement de la santé, mais aussi d'un problème d'efficacité du système de santé lui-même.

Pour s'être engagé dans la voie vers la Couverture Sanitaire Universelle, l'Etat n'a pas d'autre choix que de s'appuyer sur le secteur public du système de santé, seul garant de l'équité et de la régulation. En l'occurrence, il vaut mieux que l'Etat dispose d'un solide secteur public dans son système de santé, d'une part parce que sa capacité à réguler le secteur privé est limitée, d'autre part parce que le pays a entamé une transition épidémiologique qui impose une politique publique volontariste sur des interventions qui sont de l'ordre de la santé publique.

Pour reprendre en main le système de santé, l'Etat doit s'intéresser à l'ensemble de la carte sanitaire, et en particulier à la base de la pyramide. C'est à elle qu'incombe la responsabilité de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, la prévention, la disponibilité de soins de santé de base pour tous, et une efficacité dans le parcours de soins et son système de référence et de contre-référence.

Cette réforme, - car il s'agit véritablement d'une réforme structurelle, nécessite un leadership fort dans un contexte où les communautés se sentent seuls responsables de l'offre de soins sans pour autant s'appuyer sur la carte sanitaire. Ce repositionnement de l'Etat est nécessaire pour redonner de la crédibilité au système national de santé, diminuer le renoncement des populations aux soins, et permettre au système de financement d'acheter des prestations dans un bon rapport qualité-prix.

Pour que les soins soient achetés par chacun en fonction de ses besoins, l'Etat doit aussi mettre en place des dispositifs de mutualisation du risque adaptés ; il doit s'appuyer sur l'expérience des mutuelles de santé, et sur des dispositifs de financement des priorités de santé en vigueur comme le financement par « tiers payant » connu au titre de mécanisme « PBF ». Un mécanisme de couverture du risque maladie comme l'AMG peut améliorer l'équité de l'accès à condition de reposer sur une responsabilité partagée de l'Etat et des communautés, et qu'il d'être cofinancé par les populations et par l'Etat. Un système de tiers-payant ne lève véritablement la barrière financière que s'il se réalise avec la réduction de la part du financement assuré par les populations - en soi, passer du paiement direct au paiement indirect améliore l'efficacité mais non l'équité. Les montants actuellement alloués à la santé par les ménages – et qui intègrent une bonne part de l'aide de la diaspora - montrent que la capacité contributive des ménages au fonds d'assurance maladie est limitée. Dans un sens comme dans un autre, l'Etat devra participer de manière substantielle au financement de l'AMG.

Une autre partie du paquet de soins n'a pas vocation à être financée par un dispositif de tiers-payant, même si progressivement et sous conditions, certaines de ses prestations peuvent être intégrées au panier de soins de l'AMG ; cette autre partie concerne les programmes de santé publique prioritaires, la promotion de la santé, ou encore la prévention à commencer par la vaccination. Cette partie du paquet de soins de la Couverture Maladie Universelle est aujourd'hui financé largement par les bailleurs, et la logique est que ce financement soit repris progressivement par l'Etat. Les PTF pourraient probablement n'être tentés de participer au financement de l'AMG que si le financement

de ces programmes est assuré par l'Etat ou les conditions réunies pour les intégrer au panier de l'AMG (par exemple : disponibilité des intrants sécurisés pour le traitement VIH ou pour le planning familiale). On le voit, le rôle du financement de l'Etat dans la diminution de la part des paiements des ménages ne peut être minimisé.

Par conséquent il est urgent que les dispositions soient prises pour que les inefficiences soient réduites : c'est ainsi que des financements nationaux seront dégagés. Une marge de manœuvre existe peut-être au niveau des ressources humaines dont la gestion et l'efficacité est très perfectible. Il en est probablement de même au niveau de la gestion des médicaments, tant le poids de celui-ci est important dans les dépenses de santé. Encore, des gains d'efficacité peuvent être faits au niveau des choix des financements en capital, qui pourraient soulager et la charge en capital et la charge de fonctionnement.

L'Etat peut donc d'abord reprendre en main le système de santé sans financements supplémentaires, en travaillant sur le rapport avec ses partenaires (choix des investissements en capital), en jouant tout son rôle de Tutelle avec ses institutions (telles que OCOPHARMA), en prenant ses responsabilités dans la gestion des RHS de la FOP, et surtout en mettant en œuvre les outils de régulation qui sont facilement maîtrisables sur le plan technique mais qui requièrent une bonne capacité de négociation (carte sanitaire et tarifs notamment) et un fort leadership dans la mise en œuvre et le suivi.

Par contre, l'Etat ne pourra échapper à la levée de financements nouveaux pour assurer sa part de financements de l'AMG. Des pistes ont été ouvertes, celles des financements sur les produits nocifs pour la santé (Tabac, Alcool), pistes qui pourront se concrétiser tant la santé est une priorité pour la population et les autorités.

Le modèle de financement à termes peut donner une place importante à l'AMG, dans ces conditions et celle d'un dispositif institutionnel solide pour l'assurance maladie. L'AMG se substituera alors en grande partie au paiement direct des ménages. L'AMG aura alors la capacité d'insuffler une rigueur de gestion à des formations sanitaires qui gagneront alors à avoir l'autonomie dont elles disposent aujourd'hui.

ANNEXE

	Position	Institution	Groupe	CI AMG
1	Conseiller en charge de la santé	Présidence	1	
2	Inspecteur Général	Ministère de la santé	1	
3	Représentant	Commissariat Général au Plan	1	
4	Représentant	Assemblée nationale	1	X
5	Secrétaire Générale	Ministère de la santé	X	
6	Directeur Général des Etudes de la Planification et des Statistiques Sanitaires	Ministère de la santé	X	X
7	Directeur Général de la Santé	Ministère de la santé	2	
8	Directeur Général	Caisse Nationale de Solidarité et de la Prévoyance Sociale	3	X
9	Directeur Administratif et Financier	Ministère de la santé	1	
10	Directrice de l'Information et des Statistiques Sanitaires	Ministère de la santé	1	
11	Directeur National de la Solidarité et de la Protection Sociale	Ministère de la santé	3	X
12	Représentant	Commissariat à la santé Mwali	2	
13	Représentant	Commissariat aux Finances Mwali	1	
14	Représentant	Centre Hospitalier de Référence Insulaire (Fomboni)	2	
15	Représentant	Commissariat à la santé Ndzuwani	2	
16	Représentant	Commissariat aux Finances Ndzuwani	1	
17	Représentant	Centre Hospitalier de Référence Insulaire (Hombo)	2	
18	Représentant	Hôpital Bambao Mtsanga	2	
19	Représentant	Commissariat à la santé Ngazidja	2	
20	Représentant	Commissariat aux Finances Ngazidja	1	
21	Directeur Général	CHN EI-Maarouf	1	X
22	Personne ressource	CHN EI-Maarouf	2	
23	Représentant	Centre Hospitalier de Référence Insulaire (Sambakouni)	2	
24	Directeur Général	Centre Médico Chirurgical (Mbeni)	2	
25	Représentant	Centre de Santé de District Ngazidja	2	
26	Directeur Général	Office Comorien des Produits pharmaceutiques	1	X
27	Président	Ordre national des Médecins et des Chirurgiens-dentistes	X	X
28	Président	Ordre national des Pharmaciens	X	X
29	Directeur Exécutif	Association Comorienne pour le bien-être de la famille	X	
30	Coordinatrice	Fédération Nationale des Mutuelles de santé aux Comores	3	X
31	Responsable de développement	Fédération Nationale des Mutuelles de santé de Ndzuwani	3	
32	Représentant	Ministère en charge des Finances et du Budget	1	X
33	Représentant	Ministère en charge de l'emploi et du travail	3	X
34	Représentant	Ministère en charge de la Fonction Publique	1	X
35	Directrice Générale Adjointe	Caisse de Retraite	3	X
36	Personne ressource (Economiste de la santé)	Ministère de la santé	2	X
37	Président	Fédération Comorienne des Consommateurs	X	X
38	Représentant	Organisation patronale des Comores	X	X
39	Consultant national	Ministère de la santé	X	
40	Chef de projet PASCO	Ministère de la santé	X	X
41	Coordinateur technique du PASCO	Ministère de la santé	2	
42	Chargé du système de santé/OMS	Organisation Mondiale de la santé	2	
43	Conseiller en politique de Financement de la santé	Organisation Mondiale de la santé	X	
44	Consultant international spécialiste en Assurance Maladie	Agence Française de Développement	3	
45	Chargé des programmes santé	Agence Française de Développement	X	
46	Personne ressource	UNICEF	X	
47	Personne ressource	UNFPA	X	
48	Personne ressource	Banque Mondiale	X	
49	Représentant	Ambassade de l'Arabie Saoudite	X	
50	Représentant	Coopération Chinoise	X	
51	Point focal nutrition	PNUD	X	