

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE



**Mémoire de fin d'études pour l'obtention
Du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
En *Economie de la Santé***

12^e promotion – année académique 2009/2010

THEME

**ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA DEPENSE DES
SOINS DE SANTE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS
DE L'ETAT PRIS EN CHARGE PAR L'ETAT AU CHU DE
BRAZZAVILLE (CONGO)**

Présenté par :

Vivien- Hilaire NYANGA

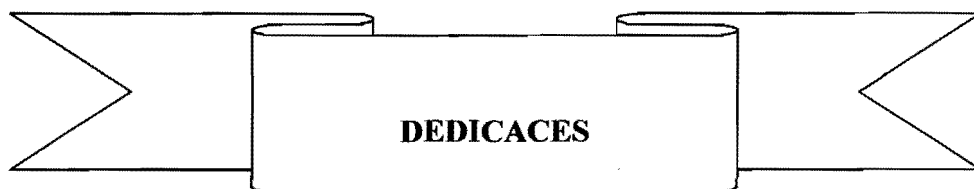
Sous la Direction de :

Dr Amani KOFFI

Directeur de ISMS

Année 2010





Je dédie ce travail

- A mon père, **Joseph NYANGA**,

Ce travail est le fruit de tes efforts de tous les jours à l'endroit de tes enfants. Ton sens du sacrifice pour nous est pour moi, une leçon de vie ;

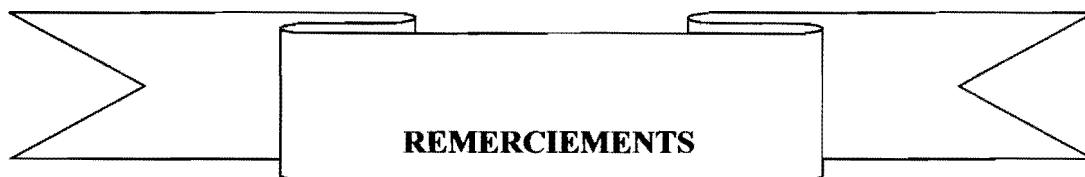
- A ma mère **Pauline NGATSE**,

Ton soutien sans faille m'est beaucoup précieux. Trouve en ce travail, l'expression de l'amour que j'ai pour toi ;

- A ma bien aimée et future épouse **Chidérine ANDONGUI**, la mère de nos enfants, sans ta compréhension et tes sacrifices je n'aurais jamais réalisé ce travail. Je ne saurai apprécier à sa juste valeur, ces longs mois de séparation imposée par ma formation que tu as surmonté avec élégance. Trouve ici, mon profond amour ;

- A mes filles chéries **Josny- Blessing NYANGA** et **Esther- Gloria NYANGA**, vous avez été privées de l'affection de votre père que je suis pendant une année. J'ai voulu vous montrer le chemin du courage et de la persévérance. Soyez efficaces dans toutes vos entreprises ;

- A vous mes cousins **Gaétan MBELLA** et **Channy NYANGA**, que la mort a arraché très tôt à notre affection pendant que je suis en formation.



REMERCIEMENTS

Au terme de cette formation, je tiens à présenter particulièrement mes hommages à l'autorité de la Direction Générale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brazzaville, monsieur **Ignace NGAKALA**, Directeur Général.

Qu'il veuille trouver ici un modeste hommage pour avoir accepté de financer cette formation et pour leurs précieux concours qui m'a permis de mener à bien les études.

Mes sincères remerciements

- A monsieur **Amani KOFFI**, Directeur du présent mémoire, pour avoir accepté de diriger ce travail malgré ses multiples occupations, pour ses sages conseils et pour sa contribution directe à la rédaction de ce document. Toutes mes vives gratitudee ;
- A monsieur **El Hadji GUEYE**, chef de département et enseignant à l'Institut Supérieur de Management de Santé ;
- Au corps enseignant de l'Institut Supérieur en Management de Santé (I.S.M.S) pour tous les efforts déployés afin de nous dispenser un enseignement de qualité. Puisse Dieu voir un jour votre profession valorisée ;
- A monsieur le Directeur Général du CESAG, au personnel de la bibliothèque et à tout le corps professoral du CESAG pour la qualité de la formation reçue ;
- Aux responsables de la Direction de l'Hôpital principal de Dakar (HPD) et son staff en général, le médecin chef colonel **WADE** et le chef de Service des Hospitalisations et Soins Externes (SHSE), le capitaine **FALL** pour m'avoir accepté et encadré pendant le stage de bairch dans leur établissement. Toutes mes considérations pour la grande attention que vous avez pour les stagiaires du CESAG !

Mes sincères remerciements et ma profonde gratitude vont à l'endroit de :

- Mes amis *MPOUE Alain- Beltran, LEYO aimé- pépin, ADOUA Sylvain- Armel, POATY Angès, OKO Armand, OBENDZA Paul, DJOMB Marie-Ange,*
Mes sincères amitiés !
- Docteurs *ITOUA Armel Claude, GANDOU Paul, BANGA MOUSS Roland, TSILA Elke, OSSIBI IBARA Bienvenu Rolland, ATIPO Melvin, NGROUNDA Sylvain, NGACKOSSO Olivier, ONDZIELE Stève, NKOKOLO François, NGAKENI Emile Godefroy, KOUMOU ONANGA, SEKANGUE OBILI Geril, OCKO Thibaut, EBELEBE (famille)* pour m’avoir réservé en leur sein une place de choix. Que ce travail vous honore !
- Mes petites sœurs *NYANGA- ONANGA Léonce, NYANGA- IBAÏBE Zita, NYANGA- ISSONGO Alphonsine- Thècle et NYANGA- EYANDA Rogelvie ;*
Et mon petit frère *NGATSE- NYANGA Julphin;*
Que ce travail serve d’exemple pour notre avenir ;
- Tous mes frères et sœurs, merci pour votre soutien ;
- Tous mes cousins, Cousines, neveux et nièces, merci pour vos prières ;
- Mes grands-parents, oncles et toutes les tantes *NGATSE Jules, ONANGA Henriette, Philippe NGATSE, René NGATSE, Amed NGATSE, Arsène NGATSE, Rose NGATSE, Dimitri NGATSE, Hélène NYANGA, Madeleine NYANGA, Catherine NYANGA et Suzanne NYANGA;*
- Le peuple sénégalais pour l’hospitalité et la courtoisie dont il a fait montre tout au long de cette formation. Toute ma reconnaissance ;

Tous ceux qui ont suivi l’évolution de mes études, qui y ont participé de quelque manière que ce soit, que chacun trouve dans ce modeste mémoire la réalisation de sa contribution ;

Tous nos **collègues de la 12^{ème} promotion Economie de la Santé** pour ces merveilleux moments d’apprentissage passés ensemble, pour la franche collaboration et le climat serein de travail pendant cette formation. Nous voici enfin au bout du tunnel. Que Dieu nous donne assez de courage pour aller de l’avant ;

Et enfin, toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce document.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGC	Assurance Générale du Congo
BEAC	Banque des Etats de l'Afrique Centrale
CHUB	Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
CIPRES	Conférence Internationale de Prévoyance Sociale
CNLS	Centre National de Lutte contre le Sida
CNSEE	Centre National des Statistiques et des Enquêtes Economiques
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSS	Circonscription Socio Sanitaire
CRF	Caisse des retraites et des Fonctionnaires
DDS	Direction Départementale de la Santé
DSRP	Document Stratégique sur la Réduction de la Pauvreté
ECOM	Enquête Congolaise auprès des Ménages
EDSC	Enquête Démographique de Santé du Congo
MUGEF	Mutuelle Générale des Fonctionnaires
PIB	Produit Intérieur Brut
RC	République du Congo
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garantis

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Quelques indicateurs macro-économiques de 2006	Page 13
Tableau 2	Situation de l'emploi dans le secteur moderne en 204	Page 14
Tableau 3	Répartition des lits par secteur d'activités	Page 18
Tableau 4	Effectif du personnel par statut et par corps socio professionnel selon le sexe	Page 22
Tableau 5	Prestations prises en charge par l'Etat pour les soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leur ayant droit	Page 46
Tableau 6	Indicateurs de financement de la dépense des soins des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits au CHUB de 2005 à 2008	Page 47
Tableau 7	Evolution des dépenses de santé par source de financement au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville	Page 49
Tableau 8	Répartition des dépenses de santé (hospitalisation) à la charge de l'Etat pour les fonctionnaires et pour Assistance Médicale Gratuite au CHUB	Page 53
Tableau 9	Répartition des dépenses de santé selon la prestation en Hospitalisation à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat au CHUB	Page 55
Tableau 10	Répartition des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat selon sources de financement	Page 56
Tableau 11	Données générales sur les dépenses en santé de 2005 à 2008	Page 59
Tableau 12	Evolution de la part des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de santé par rapport au budget des dépenses de santé exécutées	Page 60
Tableau 13	Répartition des fonctionnaires, agents de l'Etat ainsi que leur ayant droit et famille hospitalisés au CHUB, courant premier trimestre 2007	Page 62

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1:	Evolution des dépenses des soins de santé par source de financement	Page 50
Graphique 2 :	Répartition des dépenses de santé (hospitalisation) à la charge de l'Etat	Page 53
Graphique 3 :	Répartition des dépenses de santé selon la prestation en hospitalisation à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat au CHUB	Page 55
Graphique 4 :	Répartition des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat selon les sources de financement	Page 57

SOMMAIRE

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	IV
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES GRAPHIQUES	VI
INTRODUCTION GENERALE.....	4
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	7
CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	8
1.1. GENERALITE SUR LA REPUBLIQUE DU CONGO.....	8
1.1.1. Situation géographique	8
1.1.2 Organisation politique et administrative.....	10
1.1.3. Aspects démographiques et Socio- culturelle	11
1.1.4 Economie	12
1.1.5. Le système sanitaire du Congo (Brazzaville).....	14
1.2. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (CHUB) ..	17
1.2.1 Cadre juridique et missions.....	17
1.2.2 Organes de direction et de gestion	17
1.2.3 Capacité d'hébergement.....	17
1.2.4 Plateau technique et moyens d'investigation	17
1.2.5 Les ressources humaines.....	22
CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	23
2-1 PROBLEMATIQUE	23
2-2 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	25
2-2-1 Objectif général:.....	25
2-2-2 Objectifs spécifiques	25
2.3 DELIMITATION DU SUJET	25
2-4 JUSTIFICATION	26
2-5 INTERETS	26

CHAPITRE 3: ETAT DES CONNAISSANCES ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	28
3.1 ETAT DES CONNAISSANCES.....	28
3.1.1 Les prestations	28
3.1.2 Le financement de la santé.....	29
3.1.3 Les dépenses de soins de santé	29
3.2 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	34
3.2.1 Démarche de l'étude	34
3.2.2. Planification opérationnelle	35
3.2.3 Agents, Variables et Indicateurs	41
3.2.4 Les limites de l'étude	42
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL	43
CHAPITRE 4: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	45
4.1. DESCRIPTION DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DU CHUB.....	45
4.2 ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE AU CHUB	47
4.2.1 : Evolution des dépenses de santé par source de financement au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville	48
4.2.2 : Répartition des dépenses de santé selon la prestation Hospitalisation à la charge de L'Etat pour les fonctionnaires et les AMG (Assistance Médicale Gratuite) au CHUB	51
4.2.3 Répartition des dépenses de santé selon la prestation en Hospitalisation à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat au CHUB	54
4.2.4 : Répartition des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat selon les sources de financement.....	55
4.3. PRESENTATION DES DEPENSES DE SANTE DE L'ETAT	57
4.3.1. Le budget de dépenses de santé	57
4.3.2 : Evolution de la part des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de santé par rapport au budget des dépenses de santé exécutées	59
4.4 RESULTATS DES ENTRETIENS DIRECTS.....	62
CHAPITRE 5: DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	63
5-1- Discussion sur la méthodologie.....	63
5-2 Discussion sur les prestations	63

5-3- Discussion sur le financement.....	64
5-4- Recommandations	64
CONCLUSION GENERALE.....	67
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES.....	69
ANNEXES	72

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

« La santé est pour l'homme le tout premier trésor sans lequel l'accès aux autres trésors de la vie reste hypothétique¹ ». Nous partageons totalement cette assertion car la santé est un facteur déterminant du développement économique et constitue également un des principaux indicateurs de niveau de vie de la population. De ce fait, plus les hommes accèdent à un niveau de vie élevé, plus ils ont relativement une santé meilleure et partant, une plus grande longévité, qui peut ne pas être productive.

Les politiques nationales en matière de santé dans certains pays en développement sont généralement axées sur l'amélioration de la santé de la population et sur la prévention des maladies et des risques pour la santé, afin que toute la population puisse aspirer à une vie saine et heureuse et contribuer ainsi de manière productive au développement prospère du pays et de son économie.

Dans la plupart des pays en développement, les dépenses publiques dans tous les secteurs ont augmenté rapidement pendant les années 60 et 70. En raison du ralentissement de la croissance économique et des déficits budgétaires, dans les années 80, les Gouvernements ont été amenés à réduire les dépenses publiques. La part consacrée à la santé, pendant cette période, a connu une progression lente et pour certains pays, même a décliné. La nécessité d'accroître les dépenses publiques consacrées à la santé dans les pays en développement est évidente [27].

Le financement des soins de santé figure une fois de plus en tête de l'ordre du jour de la politique mondiale de santé. La difficulté qu'ont les pays à faibles revenus à répondre aux besoins de leurs populations en matière de soins de santé reste un problème de tout premier plan. Dans le même temps, le coup de projecteur sur la réduction de la pauvreté, à l'instar des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres initiatives internationales, met de plus en plus en exergue la nécessité de mécanismes de financement des soins de santé protégeant les populations de ces pays d'un éventuel appauvrissement consécutif aux coûts des soins de santé [13].

Au Congo, comme dans certains pays à faibles revenus, le budget « alloué » à la santé ne peut supporter le financement des services de santé en cohérence avec la politique affichée. Le principe de participation financière des usagers, associé à la crise économique et sociale, pose alors le problème de l'accès aux soins des plus défavorisés.

¹ MARFA (A), cours d'hygiène hospitalière, ENA, cycle III, 2^{ème} année GH, Lomé 2003.

Le faible niveau de revenu des populations, dans ce contexte de pauvreté, ne permet pas de faire face aux différentes interventions. Ainsi, l'accessibilité financière des populations congolaises aux services de santé se pose de façon aigue [35].

Dans le budget global, on note une évolution d'abord croissante des dépenses de santé de l'ordre de 2% à 4,5% entre 2000 et 2005 [35] ce qui est loin de la recommandation de l'OMS qui préconise une contribution étatique de l'ordre de 10%. Entre 2007 et 2008, on note une évolution décroissante des dépenses de santé de l'ordre de 3,5 à 2,4%, de 2,4 à 2,3% entre 2008 et 2009, ce qui est encore loin de la déclaration d'Abuja qui préconise cette fois-ci une contribution étatique de l'ordre de 15%. Malgré la baisse du niveau des dépenses de santé, l'Etat congolais avait décidé de financer uniquement 80% des frais d'« hôtellerie » lors de l'hospitalisation d'un fonctionnaire, les 20% restant seraient prélevés directement sur le salaire de ce dernier.

Une mauvaise santé ne permet plus une activité productrice, source de revenu et le traitement de la maladie mobilise des moyens qui peuvent conduire des ménages à s'endetter en les entraînant dans le cercle vicieux de la pauvreté [24]. C'est dans cette situation que se trouvent la plupart des fonctionnaires et agents de l'Etat pour financer leurs dépenses de santé ainsi que leurs ayants droits.

Alors la question principale qui se pose est la suivante :

La prise en charge par l'Etat sur le financement de la dépense des soins de santé de ses travailleurs (fonctionnaires et ses agents) ainsi que leurs ayants droits au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Congo- Brazzaville) est-elle efficace ?

Nous avons, pour notre part tenté d'apporter des réponses à travers le thème suivant : « **analyse du financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat pris en charge par l'Etat au CHU de Brazzaville (Congo)** ».

Pour permettre à tous de parcourir sans difficulté notre travail, un plan d'approche s'avère nécessaire. L'organisation de ce travail sera structurée en deux parties :

- ✓ La première partie ou cadre théorique, comportera trois chapitres. Après un chapitre introductif comprenant le contexte général, le chapitre 2 comprenant l'énoncé du problème, les objectifs, la délimitation du sujet et la justification ; le chapitre 3 interviendrait et traitera de l'Etat de connaissances et des aspects méthodologiques du travail ;

- ✓ La deuxième partie ou cadre opérationnel, abordera au chapitre 4 les principaux résultats. Le chapitre 5 qui lui fera suite portera sur la discussion des résultats et recommandations. Et nous terminerons par la conclusion.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CESAG BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE

Pour bien comprendre et apprécier la pertinence des résultats d'une étude de l'analyse sur le financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat au CHU Brazzaville en vue d'élargir le paquet de prestations, il est important de cadrer dans le contexte particulier de la République du Congo. Dans ce chapitre, il est question de faire un bref aperçu premièrement de la situation géographique, de l'organisation politique et administrative, des aspects démographique et socio- culturelle, de la situation économique et sanitaire du pays et deuxièmement de la présentation du CHUB

1.1. GENERALITE SUR LA REPUBLIQUE DU CONGO

1.1.1. Situation géographique

La République du Congo est située au cœur de l'Afrique centrale et à cheval sur l'équateur. Elle s'étend entre les latitudes 3°30' Nord et 5° Sud, et les longitudes 11° et 18° Est et sa superficie est de 342.000 km². Le Congo Brazzaville est entouré de cinq (5) pays frontaliers, à savoir :

- le Cameroun au Nord-ouest;
- la République Centrafricaine (RCA) au Nord ;
- la République Démocratique du Congo (RDC, Ex Zaïre) à l'Est ;
- l'Angola au Sud ;
- le Gabon à l'Ouest.

La République du Congo ou le Congo Brazzaville est pourvu d'une façade maritime longue de 170 Km au Sud-ouest, ouverte sur l'océan atlantique ; et est placé au coeur du deuxième plus grand bassin fluvial du monde : le fleuve Congo à l'Est et ses affluents. Ce qui constitue des atouts majeurs de développement économique. De par sa situation géographique, le pays recèle d'immenses ressources naturelles dont les principales productions sont: Pétrole, bois, divers minerais, café, cacao, pomme de terre, arachide et banane.

La capitale politique de la République du Congo est Brazzaville et Pointe-Noire, ville océane, en est la capitale économique.

1.1.1.1 Climat et Végétation

1.1.1.1.1 Climat

Le Congo connaît un climat caractérisé par un régime pluviométrique de type austral avec des pluies maximales entre octobre et avril. Il est marqué par deux grandes saisons :

- Une saison sèche qui s'étend de juin à septembre avec des rosées et brouillards matinaux et des températures basses pouvant descendre jusqu'à 20° C en moyenne à Brazzaville (contre 34 ° C en saison de pluies) ;
- Une saison de pluies, d'octobre à mai caractérisée par une succession de journées d'averses et de journées ensoleillées et chaudes. Les chutes d'eau les plus élevées s'observent en avril avec des maxima de 200mm.

1.1.1.1.2. Végétation

Le Congo comprend plusieurs zones géographiques constituées principalement de forêts et de savanes. Les zones forestières couvrent environ 60% du territoire national, soit 10% des forêts humides africaines avec environ 20 millions d'hectares. Elles sont réparties en trois massifs principaux : les massifs du Mayombe (2 millions d'hectares), du Chaillu dans le sud-ouest (3 millions d'hectares) et celui du Nord-Congo (15 millions d'hectares) qui abrite pour une grande part d'immenses forêts denses parfois inondées et vierges. Les zones des savanes couvrent près de 40% de la superficie du Congo avec environ 12 millions d'hectares entrecoupés ici et là de galeries forestières dans les bas-fonds et le long des cours d'eau.

1.1.1.2. Réseau hydrographique et sols

1.1.1.2.1 Réseau hydrographique

Le réseau hydrographique de la République du Congo compte deux principaux bassins fluviaux : le bassin du Congo constitué du fleuve Congo et de ses affluents (principalement l'Oubangui, la Likouala-aux-Herbes, la Sangha, la Likouala-Mossaka, la Ndéko, l'Alima, la Nkéni, la Léfini, le Djoué) et le bassin du Kouilou-Niari constitué du fleuve Kouilou-Niari et de ses affluents (la Bouenza, la Nyanga, la Loutété, la Loudima, la Louessé). Ces bassins constituent à la fois d'importants axes de circulation et une réserve très riche en ressources halieutiques.

1.1.1.2.2 Sols

Les sols sont très variés. On y rencontre principalement des sols hydro morphes sous forêts inondées dans la Cuvette congolaise et des sols ferrallitiques qui occupent le reste du territoire national.

1.1.2 Organisation politique et administrative

1.1.2.1 Organisation politique

La Constitution du 20 janvier 2002, en ses articles 56, 89 et 133 institue un régime de type présidentiel composé de trois pouvoirs : un pouvoir exécutif représenté par le Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement élu pour sept (7) ans renouvelables une fois ; un pouvoir législatif représenté par l'Assemblée nationale et le Sénat et un pouvoir judiciaire exercé par la Cour d'Appel et les autres juridictions nationales.

1.1.2.2 Organisation administrative

La loi n° 3- 2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale structure le territoire national en départements, communes, arrondissements, districts, communautés urbaines, communautés rurales, quartiers et villages. Le territoire du Congo est ainsi structuré en 12 départements, 6 communes, 7 arrondissements et 86 districts administratifs.

Le Département est placé sous l'autorité du Préfet. Les districts, les communes et les arrondissements sont respectivement administrés par des Sous Préfets, des maires et des Administrateurs Maires Délégués. Chaque département dispose d'un Conseil départemental et chaque commune d'un Conseil municipal. Ces différents conseils sont des organes de gestion et de développement des ressources de ces collectivités locales.

Selon les termes de la loi n° 10- 2003 du 06 février 2003 portant transfert des compétences aux collectivités locales, les Départements participent à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale ; élaborent et exécutent le plan d'urgence de santé et d'hygiène, gèrent les aides sociales aux personnes vulnérables, construisent ou acquièrent, équipent, entretiennent, gèrent et assurent la maintenance des installations des crèches, garderies d'enfant, postes de santé, centres de santé, centres de santé intégrés, centres de promotion et de réinsertion sociale. Cette loi ne confère pas aux Conseils départementaux des compétences ayant trait aux hôpitaux de base. Enfin, les textes d'application de cette loi déterminent les inscriptions budgétaires en faveur du développement des collectivités locales.

1.1.3. Aspects démographiques et Socio- culturelle

1.1.3.1 Aspects démographiques

La population congolaise, estimée à 4.012.809 habitants en l'an 2009², classée 129^{ème}. Densité est 11,7 habitants au Km² à 49% d'hommes et à 51% de femmes. Cette population est inégalement répartie entre les zones rurales (43%) et les zones urbaines (57%). Plus de 61% de la population sont concentrés dans les deux plus grandes villes du pays (Brazzaville, Pointe- Noire). Ce phénomène est imputable à la présence des principales structures socio- économiques nationales dans ces agglomérations.

En 2005, la population était estimée à 3 551 500 habitants³ avec une densité moyenne d'environ 10,4 habitants au km². Cette population, majoritairement jeune (la proportion de jeunes de moins de 20 ans est de 55%), est concentrée dans les principales villes (58%). La population féminine représente 51,7% de la population totale. Le taux de croissance démographique annuel est de 2,6% (2005)⁴. L'espérance de vie à la naissance (51,9 ans)⁵. Le taux de fécondité est élevé ; l'indice synthétique est égal à 6,3. Le taux de natalité est estimé à 44,4 pour mille. Il induit une croissance démographique importante dont le taux est de l'ordre de 3,8%. Une telle évolution démographique pourrait se traduire par un doublement de la population congolaise tous les 25 ans.

1.1.3.2 Organisations sociale et culturelle.

Elle est composée en majorité de **Bantous** et de quelques minorités, dont les **Pygmées** représentant 1,4%. De la soixantaine d'ethnies existantes au Congo- Brazzaville, les **Kongos** sont les plus nombreux, environ 51,5%, suivis des **Tékés** environ 17,3% et des **Mbochis**, environ 11,5 %. Les autres ethnies ne représentent que 19,7% de la population. Plus de 70% de la population sont concentrés au Sud du pays, notamment sur le littoral, la rive du fleuve Congo moyen et près de la voie ferrée Congo Océan reliant Brazzaville à Pointe-Noire. Il sied aussi de souligner que les trois quart (3/4) de la population habitent la ville, ce qui fait du Congo Brazzaville l'un des pays les plus urbanisés d'Afrique au Sud du Sahara. Les deux principales villes, Brazzaville et Pointe-Noire ont

² www.congo-site.com(congoSite- Master) en ligne 25 juin 2010, 20 :45

³ CNSEE (2006) Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM 2005)

⁴ BEAC (2005) : Rapport

⁵ BEAC (2005) : Rapport

respectivement **1.091.779** et **883.096** habitants, soit une concentration de près de 45% de la population.

En dehors des dialectes spécifiques aux ethnies, la population congolaise a trois langues usuelles reconnues. Le Français est la langue officielle et il existe deux langues véhiculaires : le Munukutuba ou Kituba (plus parlé au Sud du pays) et le Lingala (plus parlé au Nord du Pays).

1.1.4 Economie

1.1.4.1 Situation macroéconomique

Malgré les richesses pétrolières (off-shore et on shore), d'importantes installations portuaires du pays et bien d'autres, l'économie du Congo, après des années d'étatisation et de guerres fratricides répétées, est en grande partie à reconstruire. La croissance économique en 2006 serait marquée par une décélération passant d'une augmentation du PIB en termes réels de 7,6% en 2005 à 6,1% (tableau 1), à cause du ralentissement de l'augmentation de la production pétrolière (6,8% contre 12,5%, l'année précédente). Globalement, le secteur non pétrolier enregistrerait une croissance de 5,8% en 2006 (voir tableau 1) contre 5,3% en 2005. Son évolution serait influencée par : la relance des activités forestières, les hausses des activités de l'industrie chimique, du commerce et de l'agriculture.

Tableau N° 1 : Quelques indicateurs macro-économiques de 2006

Indicateurs	Montants
PIB en valeur (milliards de F CFA)	4010,7
PIB hors pétrole	1237,2
PIB pétrole	2773,5
PIB en volume (milliards de F CFA)	1136,6
PIB hors pétrole	745,4
PIB pétrole	391,2
Taux de croissance du PIB	
- <i>En volume</i>	6,1
PIB hors pétrole	5,8
PIB pétrole	6,8
- <i>En valeur</i>	24,9
PIB hors pétrole	7,5
PIB pétrole	34,7
PIB par habitant en dollar US	1,394
Consommation finale	5,4
Public	6,4
Privée	4,9
Investissements	4,6
Exportations	6,5
Importations	5,4
Taux moyen d'inflation	4,2

Source : « Contexte économique et financier du Congo » de la Direction générale de l'Economie, février 2007.

1.1.4.2 Situation de l'emploi

Selon le DSRP (2007), la situation de l'emploi est caractérisée par deux tendances lourdes :

- un fort taux de chômage des jeunes, environ 40%, (alors que le taux de chômage général est de 19,4%) ;
- une forte inadéquation entre l'offre et la demande de travail. Les emplois offerts par l'appareil productif ne sont pas totalement pourvus, compte tenu du faible niveau de

qualification des demandeurs d'emploi et de l'inadéquation entre la formation et l'emploi (les programmes de formation ne correspondent pas toujours aux besoins de l'appareil productif) ;

La population active a été estimée à 1.507.104 par l'Institut de la statistique du Québec en avril 2007. Les données relatives à l'emploi et aux salariés ne concernent que le secteur moderne. Elles se rapportent aux salariés de la fonction publique, du secteur privé et aux demandes d'emplois enregistrées à l'Office national de l'emploi et de la main d'œuvre (ONEMO). La prédominance du secteur informel qui offre des emplois précaires dans 10.000 unités contre 2.100 entreprises dans le secteur formel. Le SMIG au Congo- Brazzaville est de 50.000 F CFA depuis le 2 janvier 2007.

La situation de l'emploi dans le secteur moderne en 2004 :

Tableau N° 2 : tableau de la situation de l'emploi dans le secteur moderne en 2004

Effectif salarié de la fonction publique	65.835
Effectif du secteur privé moderne	28.442
Effectif total des salariés	94.277

Source : « l'Annuaire statistique du Congo » édition 2004 du centre National de la Statistique et des Etudes Economiques (CNSEE) de la République du Congo.

1.1.5. Le système sanitaire du Congo (Brazzaville)

1.1.5.1 Organisation du système de santé

Trois niveaux permettent de comprendre l'organisation et le fonctionnement du système sanitaire congolais à savoir : le niveau périphérique et opérationnel, le niveau intermédiaire et le niveau central.

✦ Le niveau périphérique et opérationnel

Est représenté par les 28 Circonscriptions Socio Sanitaires (CSS) subdivisées en aires de santé. Selon les normes, chaque Circonscription Socio Sanitaire doit couvrir entre 50 000 et 100 000 habitants en milieu rural et 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain. Le PNDS prévoit que

chaque CSS soit dirigée par une équipe cadre chargée de planifier, mettre en œuvre les activités et gérer les ressources de la CSS.

✦ *Le niveau intermédiaire*

Représenté par les onze Directions Départementales de la Santé(DDS), il joue le rôle d'appui technique aux CSS dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, le contrôle de leur application et la supervision des équipes cadres des CSS. Cependant elles sont peu structurées, sous-équipées et dépourvues des ressources humaines et financières adéquates. Par ailleurs, les cadres nommés à la tête des DDS n'ayant pas toujours la formation requise, ne sont pas en mesure de remplir efficacement leur rôle.

✦ *Le niveau central*

Il est constitué par le cabinet du ministère en charge de la santé, la Direction générale de la santé, les directions centrales et autres structures rattachées au cabinet du ministère a un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.

Concernant le système de références, l'hôpital de base est le premier niveau de référence du système de santé. L'hôpital général est le deuxième niveau de référence du système de santé. Le troisième niveau de référence est représenté par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui a en outre une vocation d'enseignement et de recherche.

1.1.5.2 Etat de santé des populations

L'état de santé de la population du Congo demeure préoccupant. Le taux de mortalité en général est en augmentation (29,49 pour 1000 en 2006 contre 22,6 en 2005) de même que le taux de mortalité infantile (68,6 pour mille contre 46). Les niveaux élevés de mortalité observés sont attribués à une très forte charge de morbidité due principalement aux maladies infectieuses et parasitaires⁶. La situation sanitaire est marquée par les problèmes suivants :

⁶ www.congo-site.com(congoSite- Master) en ligne 25 juin 2010, 20 :45

- ✚ La prédominance des maladies infectieuses, la résurgence des endémies jadis contrôlées (tuberculose, trypanosomiase, schistosomiase) et la progression inquiétante du VIH/ SIDA dont la prévalence est estimée à 4,2% et variant entre 1,3% pour Impfondo à 9,4% Dolisie ;
- ✚ Le paludisme reste la première cause de la morbidité au Congo avec un taux de 51,5% des causes d'hospitalisation chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ✚ Les infections respiratoires aiguës (IRA), second motif de consultation chez les enfants de moins de 5 ans avec 11,95% des causes de consultation en 2005 ;
- ✚ Les maladies diarrhéiques, troisième motif de consultation avec une prévalence de 70,7 cas pour 1000 ;
- ✚ La rougeole représente dans tous les départements chez les moins de cinq ans 60% des cas de maladies ;
- ✚ Les maladies par carence nutritionnelle (la malnutrition) ont été enregistrées auprès des enfants de 6 à 29 mois à Brazzaville avec des taux allant de 6,6 à 9,9%.

1.1.5.3 Financement de la santé au Congo (Brazzaville)

Le financement de soins de santé provient principalement de deux sources.

❖ A travers les fonds publics:

Ces fonds regroupent toutes les ressources financières provenant des recettes fiscales et parafiscales, des assurances sociales ainsi que le financement du déficit budgétaire. En Afrique en général et en République du Congo en particulier, ils ont constitué la principale source du financement de la santé.

❖ Les fonds provenant du secteur privé.

Ces fonds sont constitués des dépenses directes de ménages, des fonds d'assurance maladies privées, de fonds d'auto assistance communautaire et du financement direct des employeurs. Les fonds privés constituent actuellement une alternative importante de financement de santé dans les pays en voie de développement. Au niveau de pays de la SADC, par exemple, les dépenses de santé du secteur privé ont représenté entre 1990-2002 environ 70% de dépenses totales. Les dépenses directes de ménages ont constitué 43% en moyenne de dépenses du secteur privé. Cette situation serait due à plusieurs facteurs notamment la réduction de budgets publics alloués à la santé

l'institution de mécanismes de recouvrement des coûts au niveau des hôpitaux publics suivant les directives de l'initiative de Bamako et l'inconsistance de politique sanitaire.

Au Congo, le financement de la santé est assuré au plan interne par le budget de l'Etat et par les contributions des ménages. Au plan externe, il est réalisé à travers des emprunts et des dons dans le cadre de la coopération bi et multilatérale.

Dans le budget global, on note une évolution croissante des dépenses de santé de l'ordre de 2 à 4,5% entre 2000 et 2005, ce qui est encore loin de la déclaration d'Abuja qui préconise une contribution étatique de l'ordre de 15% au secteur de la santé.

Les dépenses de santé exécutées en 2007, représentent 52 897 251 591 de F CFA soit 3,5% du budget de l'Etat et de 32 844 171 562 en 2008 soit 2,4% du budget de l'Etat.

1.2. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE (CHUB)

1.2.1. Cadre juridique et missions du CHUB

Le centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville (C.H.U.B.) a été Créé par la loi n°008/87 du 7 février 1987. C'est un Etablissement public à caractère administratif et social doté de la personnalité morale ayant une autonomie financière.

Le CHUB est un hôpital de 3^{ème} niveau de référence du système national de santé, qui a pour vocation d'être un centre d'excellence en matière de soins, de formation et de recherche et placé sur la tutelle du Ministère de la santé. Les missions qui lui sont assignées sont :

- la prestation des soins de qualité ;
- la formation médicale et paramédicale ;
- la recherche biomédicale.

1.2.2. Organes de direction et de gestion

Le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville est administré par un Comité de Direction, organe délibérant et dirigé par un Directeur Général organe exécutif, celui-ci dispose de trois (3) organes consultatifs :

- ✓ Le Conseil d'Etablissement ;
- ✓ La Commission Médico-Technique ;

✓ La Commission Paritaire d'Avancement.

Conformément au décret 2002-369, le président du Comité de Direction est une personnalité nommée par décret du président de la république pris en conseil des ministres.

1.2.3. Capacité d'hébergement

A l'ouverture du CHUB, la capacité d'hébergement du CHU était de 917 lits. Au 31 décembre 2008, celle-ci est passée à 733 lits budgétisés, répartis en quatre (4) grands secteurs d'activités pour un total de 265 chambres dont 57 individuelles⁷.

Tableau n°3 : Répartition des lits par secteur d'activités (spécialités)

Secteurs d'activités	Lits	
	Nombre	%
Médecine et Spécialités	294	40
Chirurgie et Spécialités	172	23
Pédiatries	183	25
Gynécologie Obstétrique	85	12
Total	733	100.00

Source : Rapport d'activités 2008 du CHUB

1.2.4. Plateau technique et moyens d'investigation

Depuis 2002, l'Etat a amorcé le rééquipement du plateau technique qui a atteint, aujourd'hui, un niveau acceptable de diversité et de performance. Aussi, le plateau technique du CHU se présente, comme suit :

1.2.4.1 – Les services de consultation externe et médico techniques

Ce sont des services d'aide au diagnostic, mais qui n'hospitalisent pas les malades.

⁷ Rapport d'activités Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (2008)

1.2.4.1.1 Les services de consultation externe

Ils comprennent 27 box de consultation répartis comme suit :

- onze (11) box de consultation des spécialités médicales ;
- seize (16) box de consultation chirurgicale de : traumatologie, orthopédie, chirurgie digestive, pédiatrie, chirurgie polyvalente, ainsi que de chirurgie ORL, stomatologie, et ophtalmologie ;
- un service de rééducation fonctionnelle ;
- un service Mère et Enfant qui ne devait pas exister au 3ème niveau de la pyramide ; cette activité étant dévolue au niveau périphérique (CSI).

1.2.4.1.2 Les services medico-techniques

✚ Le bloc d'accouchement

Le bloc d'accouchement dispose de huit (8) box d'accouchement dont six (6) totalement rénovés, un box de pré travail et un box de post-travail.

✚ Le bloc opératoire

Les services de chirurgie disposent de deux (2) blocs opératoires avec huit (8) salles opérationnelles sur les onze (11) disponibles ;

✚ Le service d'imagerie médicale

Le service d'imagerie médicale comprend trois (3) blocs de radiologie.

▪ La Radiologie A ou centrale :

Elle comprend cinq (5) salles d'examens réparties comme suit :

- une salle d'échographie dotée de trois (3) échographes modernes ;
- une salle de mammographie et de panoramique dentaire ;
- une salle télécommandée avec un appareil pour examens spéciaux ;
- une salle pour les examens standard osseux ;
- une salle de scanner avec un appareil de tomodynamométrie.

▪ La Radiographie B

Située aux urgences médicochirurgicales, elle comprend une salle dotée d'un appareil pour la réalisation des examens standard ou conventionnels.

▪ **La Radiographie C**

C'est une salle dotée d'un appareil d'uro-diagnostic, fonctionnel et est située au niveau de la carcinologie.

✚ **Le service de Radiothérapie**

Il a pris en charge des patients de l'Afrique Centrale pendant plus d'une décennie, pour le traitement des cancers. Actuellement il est fonctionnel, après beaucoup d'années de rupture et sa réhabilitation était faite, grâce au plan d'urgence financé par le chef de l'État.

✚ **Les laboratoires**

Les principaux laboratoires d'investigation biologique du Centre Hospitalier et Universitaire sont ceux de :

- Biochimie ;
- Hématologie ;
- Anatomie Pathologie ;
- Parasitologie Mycologie ;
- Immunologie Virologie.

✚ **Les services généraux**

Ils ont pour rôle de permettre le fonctionnement des services, par la mise à disposition des intrants nécessaires. Ils comprennent :

- un service de Pharmacie hospitalière ;
- Un service de restauration pour nourrir les malades ;
- un service de buanderie pour le lavage du linge sale ;
- une unité de stérilisation centrale pour la stérilisation du linge ;
- le service de l'hygiène hospitalière
- un service technique qui a pour mission le suivi des matériels chez les utilisateurs et leur restauration en cas de panne.

1.2.4.2. Les services cliniques

Ils ont en charge la pose de diagnostic et l'hébergement des malades.

On distingue 29 services cliniques dotés de 773 lits, et répartis comme suit:

- un (1) service d'urgence médicochirurgical comprenant une salle de déchoquage
- douze (12) services médicaux et de spécialités médicales ;
- dix (10) services de chirurgie et de spécialités chirurgicales;
- quatre (4) services de Pédiatrie ;
- deux (2) services de gyneco-obstétrique comprenant une salle d'urgence gynécologique.

✚ Le service d'hémodialyse

A l'inauguration du CHU en 1989, le service de Néphrologie et d'Hémodialyse disposait de dix (10) générateurs avec huit (8) postes d'hémodialyse. Ce matériel est actuellement hors d'usage, faute de financement par l'état, des charges récurrentes pour le fonctionnement, pour un montant évalué à 500.000.000 FCFA l'an.

1.2.4.3 Les explorations fonctionnelles.

L'offre en examens d'aide au diagnostic s'analyse comme suit :

- ✓ Electrocardiographie (ECG) ;
- ✓ Electro-encéphalographie ;
- ✓ Electro- myographie ;
- ✓ Echocardiographie ;
- ✓ Fibroscopie ;
- ✓ Rectoscopie ;
- ✓ Scanners ;
- ✓ Coloscopie.

1.2.5 Les ressources humaines

Le personnel du C.H.U.B. s'élève à 1773 agents (cf tableau 4). IL est caractérisé par leur appartenance à l'un des deux statuts suivants: les fonctionnaires (587) et les contractuels (1.186).

Cet effectif se décompose en:

- Corps médical: 160 médecins parmi lesquels 21 professeurs titulaires et agrégés ;
- Corps paramédical: 1.126 ;
- Corps administratif: 374 ;
- Le personnel de service : 113.

Tableau n° 4 : Effectif du personnel par statut et par corps socio professionnel selon le sexe

Effectifs	Fonctionnaires			Contractuels			Effectif total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Catégories									
Bi appartenant	38	5	43	-	-	-	38	5	43
Personnel Médical	31	20	51	48	18	66	79	38	117
Personnel Paramédical	133	308	441	161	524	685	294	832	1126
Personnel Administratif	9	43	52	118	204	322	127	247	374
Personnel de service	-	-	-	49	64	113	49	64	113
Total	211	376	587	376	810	1.186	587	1.186	1.773

Source : Rapport d'activités 2008 du CHUB

CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous essaierons d'insister sur le financement de la santé par l'Etat pour la dépense des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits. Nous présenterons ensuite les objectifs général et spécifiques que nous souhaitons atteindre et enfin nous préciserons la délimitation de l'étude ainsi que la justification de celle-ci.

2-1 PROBLEMATIQUE

Partout dans le monde, le financement de la santé revêt une importance de plus en plus grande pour les personnes et les gouvernements. Dans certains pays, les obstacles financiers empêchent les plus démunis d'avoir accès aux services, et bien dans cette situation, des patients se trouvent confrontés à des graves difficultés financières pour payer leurs soins.

Dans certains pays, les décideurs essayent de modifier les modes de rétribution des personnels de santé ou de paiement des services afin de favoriser une meilleure efficacité et qualité des services. Dans tous les pays, riches ou pauvres, la demande des services de santé dépasse les financements disponibles, même si le problème est plus aigu dans les pays à faibles revenus.

Les pays qui ont atteint la couverture universelle ont mis en place des systèmes de prépaiement qui reposent soit sur la fiscalité soit sur un régime d'assurance maladie obligatoire⁸.

Dans le système fondé sur l'impôt, les recettes fiscales sont la principale source de financement et l'Etat utilise les fonds pour fournir et acheter des services de santé. Dans le système d'assurance maladie obligatoire, les contributions émanent des salariés, des travailleurs indépendants, des entreprises et de l'Etat. Dans l'un comme dans l'autre, les cotisations sont mises en commun et seuls ceux qui en ont besoin bénéficient des prestations. Les risques financiers liés aux problèmes de santé de la population dans son ensemble sont répartis entre tous les cotisants et la mise en commun des fonds remplit donc une fonction d'assurance.

Au Congo, comme dans certains pays à faibles revenus, le budget « alloué » à la santé ne peut supporter le financement des services de santé en cohérence avec la politique affichée.

Le principe de participation financière des usagers, associé à la crise économique et sociale pose le problème de l'accès aux soins des plus défavorisés.

⁸ Ici, la notion d'assurance maladie obligatoire est équivalente à celle de l'assurance maladie sociale.

Le faible niveau de revenu des populations, dans ce contexte de pauvreté, ne permet pas toujours de faire face aux frais nécessités par épisode de maladie, un accouchement ou intervention.

Ainsi, l'accessibilité financière des populations congolaises aux services de santé se pose de façon aigue.

Dans le budget global, on note une évolution décroissante des dépenses de santé de l'ordre de 3,5 à 2,4% entre 2007 et 2008, de 2,4 à 2,3% entre 2008 et 2009 ce qui est encore loin de la déclaration d'Abuja qui préconise une contribution étatique de l'ordre de 15%.

Une mauvaise santé ne permet plus une activité productrice, source de revenu et le traitement de la maladie mobilise des moyens qui peuvent conduire des ménages à s'endetter en les entraînant dans le cercle vicieux de la pauvreté.

A l'instar des autres pays, le Congo (Brazzaville) a opté pour une prise en charge de ses fonctionnaires à hauteur de 80% d' « hôtellerie » en cas d'hospitalisation de ceux-ci ainsi que leurs ayants droits.

Tous les fonctionnaires et agents de l'Etat se trouvent dans la situation où ils doivent financer leurs dépenses de santé pour toutes les prestations à l'exception des 80% de l'hôtellerie pris en charge par l'Etat;

C'est la raison qui a motivé ce travail. Il a été initié pour répondre à la question suivante :

Peut-on dire que le financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits par l'Etat pour leur prise en charge au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Congo- Brazzaville) est-elle efficace ?

Pour répondre à cette question, l'approche de financeurs finaux des dépenses de santé a été utilisée. L'amélioration de la santé des personnes constitue en soi un des objectifs nécessaires pour permettre une vie harmonieuse.

Au regard de tout ce qui précède, il est nécessaire de procéder à une analyse des dépenses de soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Cette étude portera sur les sources de financement et l'évolution des dépenses de santé pour les prestations prises en charge par l'Etat de 2005 à 2008.

2-2 OBJECTIFS DE L'ETUDE

2-2-1 Objectif général:

L'objectif de cette étude est d'analyser le mécanisme de prise en charge en soins de santé par l'Etat pour ses Travailleurs (des fonctionnaires et agents de l'Etat) ainsi que leurs ayants droits au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville de 2005 à 2008.

Cet objectif général sera explicité par les objectifs spécifiques.

2-2-2 Objectifs spécifiques:

Les objectifs spécifiques nous amènerons à :

- identifier les différents types de prestations disponibles au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville pour la prise en charge des malades et aussi des fonctionnaires;
- déterminer les différentes sources de financement des dépenses de soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville ;
- déterminer la part de différents acteurs dans la prise en charge des fonctionnaires et agents de l'Etat dans le financement des soins de santé ;
- analyser l'évolution de leurs contributions ;

Après quoi, nous mènerons une discussion pour formuler des recommandations à l'endroit des décideurs pour un financement dans l'optique d'élargir le paquet de prestations des fonctionnaires et agents de l'Etat au niveau du CHUB.

2.3 DELIMITATION DU SUJET

Cette étude sur l'analyse du financement de la dépense des soins de santé en vue d'élargir le paquet de prestations entreprises au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) en République du Congo a concerné une seule catégorie socio professionnelle du secteur formel, celle des fonctionnaires et agents de l'Etat. Les données collectées étaient celles des exercices 2005 à 2008 et ne portaient que sur les dépenses de santé réalisées par L'Etat aux fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits pour les soins de santé de ceux-ci.

2-4 JUSTIFICATION

L'analyse des données sur les dépenses de santé est d'une importance capitale en ce qui concerne la planification, l'évaluation et le calcul des indicateurs de performance, d'équité et d'efficacité. L'absence d'une information structurée sur les dépenses de santé ne permet pas d'élaborer les Comptes de la Santé. C'est ainsi, pour asseoir ce système dans le pays, cette étude a été une tentative de collecte des données nécessaires pour le calcul des dépenses de soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat.

2-5 INTERETS

La réalisation d'une telle étude a des intérêts tant pour ses destinataires que pour son initiateur et pour les lecteurs. Cette étude à laquelle nous procédons révèle un intérêt à plusieurs niveaux :

- *pour l'Etat (Congo Brazzaville)*

Ce document pourrait être très utile aux dirigeants car il renseigne sur le financement des dépenses des soins de santé sur la prise en charge de ses employés et le type de prestation (hospitalisation) afin d'élargir. Il pourrait également les aider à mieux analyser les données sur les dépenses de santé qui sont d'une importance capitale en ce qui concerne la planification, l'évaluation et le calcul des indicateurs de performance.

- *Pour le Ministère de la Santé*

Ce document qui a pour ambition d'améliorer la santé des fonctionnaires et agents de l'Etat par une bonne prise en charge, pourrait constituer une source de données et une base à la prise de décision. De plus, il est un outil de négociation de l'augmentation des subventions et une source de rationalisation.

- *Pour le CESAG*

La présente étude enrichira la bibliothèque du CESAG en matière d'étude faite sur l'analyse du financement des dépenses des soins de santé.

o *Pour nous- mêmes*

L'élaboration de ce document nous permettra de découvrir beaucoup de choses que nous ignorons auparavant. De plus, il est le lieu d'application des enseignements reçu au CESAG durant toute notre formation en Economie de la Santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 3: ETAT DES CONNAISSANCES ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous traiterons tour à tour de l'état des connaissances qui constitue la revue de la littérature (3.1) et de la méthodologie considérée comme démarche de cette étude (3.2).

3.1 ETAT DES CONNAISSANCES

L'état de santé occupe une place de choix parmi les indicateurs de bien être dans le processus de développement économique de tout pays. La santé peut être appréciée non seulement en tant qu'indicateur de développement économique mais aussi comme forme de capital humain. Comme indicateur de développement économique, la santé permet d'apprécier le succès ou l'échec d'un pays dans sa tentative de procurer à sa population des moyens vitaux. En tant que forme du capital humain, c'est un élément important du développement futur d'un pays. La santé est aussi un indicateur de pauvreté humaine. L'accroissement du processus de développement macroéconomique d'un pays (Etat) passe par l'augmentation de la productivité par ces agents et surtout par ceux du secteur formel pour la plupart des pays à faibles revenus. En effet, la prise en charge efficace des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayant droits par l'Etat en cas de maladie de ceux-ci contribuerait, à l'augmentation de cette productivité et ceci passe par un financement des dépenses de soins de santé de ceux-ci.

La littérature décrivant l'analyse du financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires en Afrique Subsaharienne voire au Congo Brazzaville est rare. A travers notre recherche bibliographique, l'accent a été mis sur les trois (3) notions, selon la compréhension de la présente étude à savoir :

- les prestations ;
- le financement de la santé ;
- les dépenses de soins de santé.

3.1.1 Les prestations

Selon **Atim Chris** (dans son étude menée sous l'égide de l'Alliance Nationale des Mutuelles Chrétiennes- ANMC- de la Belgique et solidarité Mondiale- WSM 1996), le problème d'accès aux soins de santé se présente différemment selon le groupe social. Pour l'auteur, en ce qui concerne les

fonctionnaires, de nombreux Etats Africains ont instauré une assurance maladie pour ceux-ci (en Côte d'ivoire et au Burundi). Mais ces assurances se heurtent généralement aux mêmes insuffisances (faible couverture au niveau de la population, caractère discriminatoire et sectoriel, etc) que celles des salariés du secteur privé. Cependant, pour l'auteur, une grande diversité existe dans le cas des travailleurs du secteur informel et du milieu rural.

Au Niger, les dispositions du décret 62- 127 révisé en 1996, pour aboutir au décret 96456 réglementant les prestations fournies par les hôpitaux stipulent la prise en charge des frais d'hospitalisation pour les fonctionnaires à 80% par le budget national laissant intégralement à leur charge les médicaments et les soins ambulatoires.

On note du côté des travailleurs salariés du secteur para- public où chaque entreprise dispose d'une forme d'assurance maladie interne. Ces Entreprises disposent aussi de leurs propres formations sanitaires, les malades s'adressent d'abord à ces structures qui jugent de la prise en charge à leur niveau ou la référence avec un bon de prise en charge à présenter à la structure de référence. Suite à ce décret, une étude a été réalisée par le REDES- SARL en juillet 1998, en milieu rural dans le village de Kourfaré (au Niger) et a favorisé la création d'une mutuelle générale des travailleurs de la fonction publique pour l'extension de l'assurance maladie volontaire.

En ce qui concerne les prestations, le Sénégal prend en charge pour ses employés du secteur formel toutes les prestations de la consultation à l'hospitalisation en passant par les examens, les soins et les médicaments de chirurgicaux sauf ceux de spécialité (cas vécu au niveau de l'Hôpital Principal de Dakar).

Au Congo par contre, l'Etat ne prend en charge que l'hospitalisation tandis que tout le reste est à la charge du fonctionnaire lui-même.

3.1.2 Le financement de la santé

Selon la déclaration d'Abuja, la part du budget qui serait consacré pour le financement optimal de la santé est de 15% au secteur de la santé.

Le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS (2000), le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces. Selon ce rapport, le financement vise deux objectifs, à savoir :

- Assurer une offre de santé de qualité ;
- Assurer les individus contre le risque financier du coût de la maladie.

Pour éviter ou réduire ce risque financier, les moyens utilisés sont : les systèmes d'assurances sociales, d'assurances privées, de prépaiement des soins et des mutuelles de santé.⁹

3.1.2.1 Les systèmes de préfinancement de santé volontaires

La dernière décennie a fait l'objet d'un intérêt croissant dans l'introduction et l'expansion des systèmes de solidarité basés sur le financement des soins de santé en Afrique **Abel Smith**(1986), **World Bank**(1993),**Vogel**(1990a), **Shepard et al**(1992), **WHO**(1993), **Ahrin**(1995), **Schneider et al**(2000). La raison souvent invoquée dans la promotion de ces systèmes est leur potentiel comme source de revenus stables et additionnels au financement des structures de santé, et leur capacité à réduire les barrières financières à l'utilisation des services de santé ainsi que leur effet redistributif (Schneider et al, 2000).

Il est apparu évident que l'engouement d'un regain d'intérêt national dans la promotion des systèmes traditionnels de financement des soins de santé en Afrique au sud du Sahara n'est ni une forme équitable, ni efficace comme option de politique de financement dans la mesure dans où la plupart des cas, seuls les employés du secteur formel sont pris en compte dans ce genre de système. **Vogel** (1990b) a parcouru les systèmes de financement des soins de santé dans 23 pays en Afrique au sud du Sahara et a abouti à la conclusion que ces systèmes ne promouvaient pas une grande équité dans l'accès aux soins de santé par les pauvres. **Gruat** (1990) a confirmé ce résultat en analysant l'allure et les problèmes de système de sécurité sociale en Afrique.

Il existe une littérature abondante sur les systèmes volontaires et à but non lucratifs de financement des soins de santé ces dernières années, attestant par là même, l'intérêt des chercheurs et du politique dans ce domaine. Cet intérêt a été conforté en reconnaissant en parti que les frais de santé affectent négativement le but de la politique de santé d'équité et de plus grande accessibilité des pauvres aux services de santé **Gilson** (1988), **De Bethume et al** (1989), **Waddington and Enyimayew** (1989); **Abel Smith** (1993), **Shaw and Griffin** (1995), **Criel** (1998) ; **Schneider et al** (2000).

⁹ Shaw et al (1995)

De Ferranti (1985) a examiné la faisabilité du recouvrement des coûts des soins de services de santé par les usagers en Afrique. Son étude a fait ressortir de nouvelles possibilités de politiques de financement des soins de santé qui sont devenues assez courantes aujourd'hui dans l'environnement sanitaire africain, spécialement en ce qui concerne les frais de santé. L'auteur a réalisé que la contribution des usagers aux coûts de santé pourrait prendre non seulement la forme de recouvrement direct au point de la réception des soins amis, également, la forme d'un pré financement pour une utilisation future des services de santé. La dernière option, selon lui a un potentiel assez élevé de recouvrement en ce sens que les charges de couvertures sont relativement moindres. Une croissance rapide et une participation entière de la communauté pourraient donc être source de revenus substantiels.

Dans ce même ordre d'idée, **Carrin (1987)** a examiné l'opportunité des systèmes communautaires de financement des soins de santé pour l'Afrique sub-saharienne, au travers desquels, les communautés en milieu rural et urbain contribuent au financement de leurs soins de santé soit directement dans les centres de santé, soit indirectement à travers un pré financement. Néanmoins, il insiste sur le fait que, le financement communautaire entraîne une certaine implication de la population dans l'organisation du système. Il a mis en exergue deux avantages tant pour les systèmes de financement décentralisés que communautaires dans ce sens que le contrôle local des revenus aurait un impact positif sur l'incitation du personnel de santé dans la collecte des revenus tandis que, la conservation interne de ces revenus aurait pour conséquence de stimuler le personnel de santé à l'implication dans le système de financement. Le second avantage était que le système répondrait bien aux préférences et demandes des populations locales de sorte qu'ils acceptent en retour les mesures de recouvrement de coûts.

Kutzin et Barnum (1992) quant à eux, ont examiné les effets des programmes de financement des soins de santé sur les services de santé des pays en développement à travers une revue des principales caractéristiques institutionnelles de quatre systèmes y compris le système de financement des services de santé communautaire de l'Hôpital de Bwamanda en RDC (ex-Zaïre) et l'évaluation de leur impact tant sur l'équité que sur l'efficacité du secteur de santé. Les résultats de cette analyse ont montré que le système de financement de Bwamanda a atteint ses objectifs dans l'augmentation de la mobilisation des ressources des services de santé dans cette région mais, par contre, la principale faiblesse de cette approche était qu'elle a entraîné un accès inéquitable aux soins de santé entre les membres et les non-membres au système. Bien plus, il est apparu des possibilités de hasard moral en ce sens que les membres du système avaient tendance à une sur-

consommation des services offerts dans la mesure où le coût inhérent à un tel comportement était assez moindre pour eux comparativement à celui que pourrait supporter les non-membres. Il est également apparu la possibilité que le risque de sélection adverse existe : c'est à dire, la tendance pour les personnes malades de s'intéresser beaucoup plus au système comparativement aux personnes bien portantes.

Par ailleurs, des études menées par **Shepard et al** (1992) puis, **Schneider et al** (2000) sur le développement et l'implantation des systèmes de pré financement au Rwanda ont montré que les systèmes de pré financement des soins de santé apparaissent comme des outils viables dans l'augmentation de l'autonomie financière des structures de santé et dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé de ces communautés.

Par contre, les réseaux de solidarité traditionnelle telle que celui étudié au Cameroun par **Atim** (1999) n'a pas eu un intérêt similaire dans le contexte du débat sur le financement des soins de santé.

Une étude comparée a été menée sur des projets de couverture universelle des soins en Côte d'Ivoire et au Gabon, **Serry** (2006) et selon **Guy Carrin** (2008) sur le développement du système de financement, dans son document intitulé « Atteindre la couverture Universelle ». Les fonctionnaires et agents de l'Etat en Côte d'Ivoire ont préféré mettre en place une structure mutualiste de prise en charge de leurs soins de santé suite à un secours théorique des dispositions légales et réglementaires dont ils bénéficiaient et que dans la pratique, tous les actes médicaux prescrits dans le public étaient soumis au recouvrement total.

Dans les deux pays (Côte d'Ivoire et Gabon), pour les salariés du secteur privé et surtout pour les Entreprises de grande taille, leurs employeurs ont remis la couverture maladie de leur personnel aux compagnies d'assurance et les financements des contrats d'assurance sont assurés sur la base de la règle de 20/80 entre le salarié et l'employeur.

Selon **GRIFFIN** (1992), le paiement direct des ménages en milieu rural au Bangladesh représente environ 60% des dépenses de santé. Pour la Banque mondiale (1994), la contribution des ménages au financement de la santé en Afrique Subsaharienne est comprise entre 30% et 70% et au Congo Brazzaville, celle-ci correspond à 40% environ. De nombreuses études ont confirmé celle citée ci-dessus. Il s'agit de celles menées par **MC Packe 1993, Shawet et Coll 1995, desmet et Coll 1994**). Ces auteurs montrent le rôle joué par les communautés déjà pauvres dans le financement de la santé. Le phénomène émergent du financement communautaire de la santé a fait l'objet d'études de

la part de plusieurs auteurs dont **Benett et Coll (1998)**, **Musau (1999)** et **Atim Chris 1999 et 2000**).

Dans le cas du Sénégal, les soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits sont financés à hauteur de 100% par l'Etat pour les fonctionnaires évoluant dans la santé et à hauteur de 80% des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits évoluant dans les ministères de la fonction publique autre que celui de la santé.

3.1.2.2 Mutuelles de santé et assurance maladie sociale

Selon **Atim Chris, Jean- Pierre Kouamé et YO marina (2002)**, quelques pays africains comme le Sénégal ont encouragé la mise en place des mutuelles de santé pour améliorer l'accessibilité des soins aux populations. Les auteurs s'étonnent qu'on assiste à des initiatives d'assurance maladie sociale, voire d'assurance maladie Universelle. Ce qui débouche sur le rôle primordial de l'Etat dans l'organisation et le financement des soins de santé. Les auteurs se sont inquiétés quant à la faisabilité de ces assurances sociales et aussi au sort des systèmes d'assurance maladie déjà existants. Ensuite, ils se sont interrogés si ces deux voies de couvertures des populations sont compatibles ou exclusives : Complémentaires ou concurrentielles ?

En Côte d'Ivoire, **Jean- Pierre Kouamé (2002)**, c'est en 1993 que le ministère de la santé a trouvé nécessaire de développer des formes nouvelles de protection sociale pour les ivoiriens. Et cela s'est concrétisé par l'initiative de mutualisation du risque maladie par la promotion dans le monde rural et le secteur artisanal des formes adaptées aux populations. Mais, la plupart de ces mutuelles ayant fait faillite, les nouvelles autorités ivoiriennes ont mis en veilleuse ce projet au profit de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) qui, selon ses géniteurs, couvrirait tous les résidents de la Côte d'Ivoire. Selon les nouvelles autorités, les autres régimes déjà en place seront complémentaires à l'AMU. Cependant, l'auteur se demandait comment les autres structures pouvaient couvrir les prestations du fait que l'AMU couvrait le maximum. Dans cette même perspective que **LETOURMY (2003)**, expliquait qu'il est utile de parler de l'Etat dans l'assurance maladie pour plusieurs raisons :

- ✓ La première est que la pérennisation des régimes d'assurance maladie n'est pas seulement technique, mais dépend surtout des acteurs et des institutions qui en seront les promoteurs et les supports ;
- ✓ La deuxième est qu'il y représente dans tous les cas de figures, un acteur important, voire fondamental ;

- ✓ La troisième est l'adaptation de l'organisation de l'assurance maladie aux sociétés des pays en développement.

L'auteur soutient que l'Etat doit définir la configuration du régime, appuyer sa mise en place (cadre législatif) et dans le fonctionnement du régime, jouer le rôle de régulateur, de tutelle et de contrôle.

3.1.3 Les dépenses de soins de santé

Thomas J BOSSERT et Joel BEAUVAIS (2002) ont fait des études sur les dépenses de santé des districts sanitaires de certains pays comme le Ghana, la Zambie, l'Ouganda et les Philippines car ces pays sont à un stade avancé de la décentralisation de la santé. Ces études ont mis en évidence les sources de financement des collectivités locales et les différentes dépenses de santé effectuées.

Au Ghana, les ressources financières des districts sanitaires proviennent essentiellement des fonds alloués par le ministère de la santé (19% des dépenses totales du ministère de la santé), de la vente des médicaments et du paiement direct des actes par les patients.

En Zambie, la part des ressources allouées aux soins de santé primaires par l'Etat a connue une hausse passant de 29,9% à 47,7% de 1996 à 1997. De même, les districts sanitaires reçoivent 18% des taxes communales des collectivités locales. La participation des donateurs étrangers occupe près de 30% du Budget total des districts sanitaires.

Aux Philippines, il y'a un vaste programme de décentralisation de la santé qui dévolue des fonctions importantes aux collectivités locales. Ainsi, les dépenses de santé des collectivités locales dans les districts ont connu une hausse. Cette augmentation était liée en grande partie aux salaires du personnel dans les formations sanitaires qui étaient pris en charge par les collectivités locales (70% de leur budget). La part réservée aux autres dépenses comme les produits pharmaceutiques, la maintenance sont par contre faibles (10%).

3.2 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Les points souvent seront développés tour à tour, à savoir : la démarche de l'étude (3.2.1), la planification opérationnelle (3.2.2), les agents, variables et indicateurs (3.2.3) et les limites de l'étude (3.2.4).

3.2.1 Démarche de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant les années de 2005 à 2008 et pour mener à bien cette étude, nous allons nous focaliser sur certains éléments. La démarche adoptée s'appuie sur le cadre d'analyse suivant :

- ✚ présentation du paquet de services de soins de santé fournis au niveau du CHUB aux fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leur famille ;
- ✚ Description des résultats des services obtenus de 2005 à 2008 par des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leur famille ;
- ✚ Identification des sources de financement des dépenses de soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat au niveau du CHUB ;
- ✚ Analyse de l'évolution des contributions de chaque source entre 2005 et 2008.

3.2.2. Planification opérationnelle

Quelques variables sont prises en compte pour la planification de la présente étude. Il s'agit de la population cible, de l'échantillon de l'étude, de la définition des concepts et autres.

3.2.2.1 Population cible :

L'étude porte sur le financement des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

3.2. 2.2 Echantillon de l'étude

L'échantillon a couvert tous les fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits admis dans tous les services du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville pour une hospitalisation.

Quelques points doivent être éclairés avant d'aborder ce travail, d'où l'adoption de la démarche suivante:

- a) **choix des cas** : par souci d'opérationnalité, l'étude a porté sur les fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droit admis dans tous les services du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville pour une hospitalisation.
- b) **Lieu d'enquête** : l'étude s'est déroulée dans tous les services d'hospitalisation ayant hospitalisé les fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits.

- c) **Critère d'inclusion** : tous les fonctionnaires et agents de l'Etat en activité hospitalisés au CHUB et ayant présenté leur bulletin pour la prise en charge (lui-même ou ayants droits ou bien pour la prise en charge de leur famille).
- d) **Critère d'exclusion** : tous les fonctionnaires et agents de l'Etat hospitalisés au CHUB mais n'ayant pas présenté leur prise en charge (Bulletin, photocopie carte d'identité et autres pièces) et venus pour se faire consulter seulement.
- e) **Echéancier** : notre étude s'étendra sur 4 ans de 2005 à 2008.

3.2.2.3 Définition opérationnelle des concepts

Les définitions qui suivent sont tirées de plusieurs manuels notamment du Guide d'élaboration des comptes nationaux de la santé, du projet de la loi-cadre de la santé, du cours de dispositif de financement de la santé, de l'enseignement tirés de l'expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles revenus.

Dépenses de santé : ensemble de dépenses englobant les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, les coûts de prestation et la consommation en médicaments. Pour le cas de notre étude, nous prendrons en compte que les dépenses en hospitalisation.

Dépenses en santé dans le secteur privé : incluent les systèmes de prépaiement et de répartition des risques, les dépenses de santé des entreprises, les institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages ainsi que les dépenses directes des ménages.

Dépenses en santé publique : incluent les dépenses consolidées directes et indirectes, y compris les dépenses en capital des différents échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extrabudgétaires. Elles comprennent aussi les dotations destinées à améliorer l'état de santé de la population et/ou à dispenser des biens, des services et des soins médicaux à la population. D'autres dépenses, comme les subventions versées aux producteurs ou aux ménages, entrent également dans le calcul.

Secteur privé de la santé : secteur d'activités sanitaires autre que le secteur.

Système de droit de couverture : ensemble des mesures utilisées par une entreprise pour prendre en charge les soins de santé de ses employés et de leurs familles. Pour le cas de cette étude, il s'agit de l'Etat congolais pour ses agents ainsi que leurs ayants droits.

Les sources de financement : sont les institutions et entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système par les agents de financement.

Les agents de financement : sont les institutions ou entités qui canalisent les fonds fournis par les sources de financement et les utilisent pour payer ou acheter des activités incluses dans le champ des comptes de la santé.

Les prestataires : sont des entités qui perçoivent des fonds en contrepartie ou en prévision de la réalisation d'activités incluses dans le champ des comptes de la santé .Ici, il s'agit du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

Les bénéficiaires : sont les personnes qui reçoivent ces biens et services médicaux ou qui bénéficient de ces activités. Pour cette étude, il s'agit des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits.

3.2.2.4 Le financement de la dépense de santé¹⁰

L'analyse du financement est présentée en fonction des diverses dépenses de santé et des différentes opérations de financement effectuées par les secteurs de financement :

❖ Etat

Pour ce qui est du financement de l'Etat, ne peut être pris en compte que le budget exécuté car les prévisions ne sont que les intentions. Notre analyse ici se fait selon la ventilation du Budget entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire d'un côté et la part des dépenses de santé consacrés aux fonctionnaires et ses agents ainsi que leurs ayants droits au niveau du CHUB et pour quel type de prestations de l'autre côté. Cette méthode d'analyse nous permet de mieux appréhender l'efficacité de la prise en charge de l'Etat pour ses fonctionnaires et ses agents. Il convient de signaler que ce budget de santé prendra que le budget des dépenses de santé de la population.

Dans cette partie, nous analyserons aussi l'évolution du budget consacré à la santé pendant la période de notre étude et la part des dépenses consacrées pour financer des soins de santé pour les fonctionnaires et agents de l'Etat pour l'Etat

¹⁰ Didier Castel (1998), Economie et santé, quel avenir ; éd management et société.

❖ **Assurances privées**

L'assurance privée, appelée en d'autres termes Assurance privée commerciale qui dispose d'un produit maladie. En ce qui concerne la république du Congo, cette assurance privée ne concerne que les sociétés privées qui souscrivent leurs employés à ce type d'assurance. Les fonctionnaires et agents de l'Etat du Congo Brazzaville ne sont pas assurés à ce type d'assurance.

❖ **La sécurité sociale**

- Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale s'occupe, comme un peu partout dans les autres pays, malgré le changement de dénomination du salariat privé. A ce niveau, les bénéficiaires sont les salariés et leurs familles. L'étude ne concernant pas ce type de bénéficiaires donc nous n'avons pas cherché à connaître les types de prestations prises en charge par la CNSS.

- Sécurité Sociale des Fonctionnaires¹¹

Environ 60.000 fonctionnaires travaillent dans la fonction publique au Congo sans aucun accès à un régime de sécurité sociale pour la prise en charge du risque maladie. L'état congolais financerait uniquement 80% des frais d'« hôtellerie » lors de l'hospitalisation d'un fonctionnaire, les 20% restant seraient prélevés directement sur le salaire de ce dernier. Le Ministère du travail, au travers d'une participation active à la CIPRES (Conférence Internationale de Prévoyance Sociale), étudierait actuellement les différentes expériences d'assurance maladie menées dans la sous région pour identifier celles qui seraient les mieux adaptées à la situation du Congo Brazzaville, non seulement pour les fonctionnaires mais aussi pour toutes les autres catégories socioprofessionnelles. Quelques initiatives de mutualisation santé ont été mises en place pour tenter de faciliter l'accès aux soins des fonctionnaires : c'est la Mutuelle Générale de la FETRACEE (MUGEF) ou fédération des travailleurs.

De sa création jusqu'en 2006, la mutuelle ne ciblait que les fonctionnaires des branches citées ci-dessus. En 2007, le système a couvert 17171 fonctionnaires (sur un total de 60 000 environ). Les cotisations des adhérents s'élèvent à hauteur de 5.000 F cfa par mois quelque soit la catégorie. Elles sont prélevées chaque mois et directement sur les salaires par le Ministère des Finances qui les

¹¹ Rapport sur le système de santé du Congo, 2007

reverse sur le compte bancaire de la MUGEF. Les contributions couvrent les retraites (3000 Fcfa), les soins de santé (1500 Fcfa) et la gestion de la mutuelle (500 Fcfa). Aucune contractualisation n'est effectuée entre la mutuelle et les structures sanitaires. Un forfait de 50 000 Fcfa a été fixé arbitrairement pour toute hospitalisation d'un minimum de 7 jours, renouvelable autant de fois dans l'année pour toute affection nécessitant une hospitalisation d'au moins une semaine et sans rapport avec la première. Le décès est également contractualisé à hauteur de 300 000 Fcfa. La MUGEF a la faveur des fonctionnaires essentiellement pour sa contribution retraite¹².

- La Caisse des Retraites et des Fonctionnaires (CRF)

La Caisse des Retraites et des Fonctionnaires a pour objet de contribuer à l'amélioration des conditions de vies de ses membres mais cette caisse ne s'occupe que de la pension des fonctionnaires retraités et prend en charge les 80% des hospitalisations de ses retraités au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. L'étude ne concerne que les fonctionnaires en activités.

- Les donateurs

Sont considérés comme donateurs les dons, des prêts et les emprunts.

❖ **Les ménages** : à ce niveau l'analyse se fera selon le mode de paiement direct et qui est même le plus recommandé pour les actes et services hospitaliers. Ici, les achats des médicaments et transport ne sont pas pris en compte.

Dans cette étude, le financement de la dépense des soins de santé sera utilisé pour décrire les différentes sources de financement des dépenses de santé¹³ et plus précisément des fonctionnaires et agents de l'Etat au niveau du CHU de Brazzaville.

3.2.2.5 Collecte des données

Les données collectées concernent les années 2005 à 2008 et ont été collectées à travers deux sources, à savoir :

¹² 10 ans : 1 000 000 FCFA, 15 ans : 1 200 000 ans, 20 ans : 1 500 000 FCFA

¹³ Williams Hsiao(2001), le financement des soins de santé dans les pays du sud.

❖ **La revue des documents :**

Une revue des documents a été faite et les données ont été recueillies au niveau :

- ✚ du CHUB : il s'agissait d'abord d'un recensement exhaustif de tous les dossiers d'hospitalisation sur la prise en charge des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits. Pour ce recensement, nous nous sommes faits aider au CHUB par les agents de la section Facturation du service des Admissions et recettes relevant directement de la Direction Economique et Financière de ladite structure. En dehors des dossiers de prise en charge, nous nous sommes servis aussi des rapports d'activités et des comptes administratifs.
- ✚ du ministère du plan : la consultation des rapports financiers sur les dépenses de santé exécutées ;
- ✚ du ministère de la santé : à travers des documents sanitaires et du budget voté et exécuté pour les dépenses de santé de la population;
- ✚ du ministère de l'économie, des finances et du budget : la consultation des documents financiers.

❖ **Les Entretiens**

Les données de l'étude ont été aussi collectées par des entretiens structurés avec des médecins. La saisie et le traitement des données de l'étude se sont faits à l'aide des logiciels **Excel** et **Word**.

3.2.2.6 Choix des fonctionnaires et agents de l'Etat

Une pauvre santé peut réduire le capital humain d'une société [41]. L'étude menée porte sur le financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat (y compris leur famille). Le choix des fonctionnaires est parti d'un constat, étant au service des Admissions et Recettes du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, nous avons constaté que les fonctionnaires et agents de l'Etat, une fois admis au sein de ce grand hôpital de référence, la charge des examens, des soins externes, les médicaments et autres ainsi que 20% des hospitalisations leur revenaient. L'Etat de son côté, supportait 80% des hospitalisations pour la prise en charge de ceux-ci. Les fonctionnaires sont des agents du secteur formel de l'Etat, qui travaillent pour le développement macroéconomique d'une nation. Ils constituent une catégorie importante dans toute société du point productivité entraînant la croissance économique. Un fonctionnaire malade ou

lorsque un de ses membres l'est, cela a un impact sur le développement économique c'est-à-dire une baisse de productivité surtout quand ils sont hospitalisés.

3.2.3 Agents, Variables et Indicateurs

Pour atteindre les objectifs de l'étude, plusieurs agents, variables et indicateurs ont été exploités lors de l'étude.

1- les agents concernant les sources de financement :

- l'Etat
- les fonctionnaires
- les ménages
- le CHUB
- les sociétés d'assurances privées
- les sociétés privées

2- les variables concernant les dépenses de soins de santé :

- les prestations prises en charge par l'Etat pour ses employés
- les prestations prises en charge par les fonctionnaires eux-mêmes.

3- Les variables concernant les indicateurs de prise de décisions sont :

- Les fonds alloués à la santé par an
- Budgets exécutés des dépenses de santé 2005 à 2008 par l'Etat
- Coûts de soins en hospitalisation par an
- Participation de l'Etat pour les soins de ses employés
- Nature des bénéficiaires de soins
- Participation de tiers autres qu'ayant droit
- Prestataire des soins
- Dépenses par prestation

3.2.4 Les limite de l'étude

L'œuvre humaine étant perfectible, nous ne pouvons pas finir cette étude sans relever les insuffisances.

L'étude étant rétrospective, les données médicales sur les pathologies des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits hospitalisés au CHUB pendant la période choisie ne nous ont pas permis de mener à bien les enquêtes avec les médecins sur la prise en charge en amont pour le respect de la référence recours.

Il n'est pas facile pour cette étude de prendre en compte tous les éléments car tout fonctionnaire ou agent de l'Etat qui arrive au centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville a utilisé un moyen de déplacement.

Sur le plan de collecte des données, les difficultés étaient en rapport, premièrement, avec la présence de plusieurs centres de compilation de données financières de la Direction Economique et Financière, celle-ci ne disposant pas d'une comptabilité propre sur le recouvrement des recettes selon les prestations. Deuxièmement, c'était l'utilisation de plusieurs formats de présentation de rapports des activités de secteurs sanitaires du CHUB. Troisièmement, les données quantitatives disponibles n'étaient pas intégralement détaillées pour toutes les activités voulues et ne couvraient pas non plus la période d'étude initialement choisie (2005 à 2009) qui, de ce fait, a été réduite sur quatre années successives (2005 à 2008).

On note en plus du côté de l'Etat Congolais, la non concordance des données chiffrées et des informations livrées difficilement par des responsables ne nous ont pas permis de justifier quelques points énumérés de notre démarche. Nous avons fait des rapprochements et nous avons retenu selon les analyses théoriques.

Aussi, pour cette étude nous supposons avoir touché à tous les aspects, ce qui n'est pas certain que tous les aspects soient abordés. Il se peut qu'il y'ait des omissions indépendamment de notre volonté qui nous ont parfois amené à sauter certaines choses.

DEUXIEME PARTIE :

CADRE OPERATIONNEL

Les résultats de notre étude seront présentés de la manière suivante:

- D'abord, nous commencerons par présenter les prestations que l'état Congolais prend en charge pour ses employés (fonctionnaires et agents de l'état) et ses ayants droits;
- Ensuite, nous présenterons les dépenses des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'état ainsi que leurs ayants droits selon leur source de financement. Nous insisterons sur la part de l'état visant la prise en charge efficace pour les soins de santé de ses employés ainsi que leurs ayants droits pour l'amélioration de leur santé et;
- Enfin, des discussions seront faites et celles-ci nous conduiront à des recommandations en termes de politiques de santé.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 4: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

4.1. DESCRIPTION DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DU CHUB

Le CHUB comme un centre destiné aux soins de qualité et de dernier recours de la pyramide sanitaire de la République du Congo peut prendre en charge en son sein des malades et surtout les fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits pour le cas de notre étude.

Les prestations prises en charge par l'Etat pour les dépenses de soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat sont présentées dans le tableau ci-dessous par type de prestations au CHU de Brazzaville de 2005 à 2008.

Tableau N° 5: Prestations prises en charge par l'Etat pour les soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits

Prestations	Années			
	2005	2006	2007	2008
Produits hospitaliers	49 253 600	54 071 200	31 072 200	42 882 600
Hospitalisations	49 253 600	54 071 200	31 072 200	42 882 600
Hospitalisations à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (80%)	49 253 600	54 071 200	31 072 200	42 882 600
Examens des malades	0	0	0	0
Soins externes	0	0	0	0
Consultations externes	0	0	0	0
Examens de laboratoire	0	0	0	0
Examens de radiologie, radiothérapie exploration fonctionnelle	0	0	0	0
Autres soins externes	0	0	0	0
Autres produits hospitaliers non répertoriés	0	0	0	0
Produits pharmaceutiques	0	0	0	0
TOTAL	49 253 600	54 071 200	31 072 200	42 882 600

Source : Ordres de recettes et Etats de sommes dues CHUB

Il est à remarquer que parmi les prestations fournies par le CHUB, pendant les exercices 2005, 2006, 2007 et 2008, les dépenses des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits financées par l'Etat ont pris en charge que les hospitalisations. Les autres prestations n'étant pas prises en compte par ce tableau laissent entendre que celles-là étaient à la charge des fonctionnaires et agents eux-mêmes. Ces dépenses de 2005 à 2006 ont augmenté de **10%** avec un écart de **4 817 600 FCFA**; ont baissé de 2006 à 2007 de **22 999 000 FCFA**, soit **42,5%** et ont connu une légère augmentation de 2007 à 2008 de **11 810 400 FCFA**, soit **38%**. Ces dépenses décrivent une courbe sous forme de dents de scie.

Le tableau ci-dessous présente quelques données importantes en rapport avec le financement de dépenses de santé et en rapport avec les effectifs des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droit.

Tableau N° 6: Indicateurs de financement de la dépense des soins des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits au CHUB en 2005, 2006, 2007 et 2008.

Années	2005	2006	2007	2008
Libellés				
Hospitalisations à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (F CFA)	49 253 600	54 071 200	31 072 200	42 882 600
Effectif salarié de la fonction publique	69 867	72 560	74 862	79 827
Effectif des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits venus au CHUB	511	569	464	555
- Effectif des fonctionnaires et agents de l'Etat venus au CHUB	300	454	357	329
- Effectif des ayants droits des fonctionnaires venus au CHUB	211	115	107	226
Pourcentage des fonctionnaires et agents de l'Etat par rapport au total des fonctionnaires (%)	0,43	0,62	0,47	0,42
Ratio hospitalisation à la charge de l'Etat par rapport au nombre de fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits prise en charge par l'Etat au CHUB (F CFA)	96 387	95 028	66 965	77 265
Nombre de journée d'hospitalisation par bénéficiaire.	12	9	9	10

Source : Direction Générale du Budget/ SIBEC et service des Admissions et Recettes du CHUB

En analysant ce tableau, il en ressort que pour ses fonctionnaires et agents de l'Etat **300** en 2005, soit **0,43%** du total des fonctionnaires étaient admis au CHUB ; **454** en 2006, soit **0,62%** ; **357** en 2007, soit **0,47%** et **329** en 2008, soit **0,42%**. Pour ses bénéficiaires et ayants droits (**511** en 2005, **569** en 2006, **464** en 2007 et **555** en 2008), l'Etat Congolais a dépensé **49 253 600 F CFA** en 2005, **54 071 200 F CFA** en 2006, **31 072 200 F CFA** en 2007 et **42 882 600 F CFA** en 2008.

En combinant ces variables, des indicateurs importants de financement des soins de santé sont obtenus. Il se dégage de ce tableau 6 que l'Etat a dépensé en moyenne pour chaque bénéficiaire des soins de santé **96 387 FCFA** en 2005, **72 560 FCFA** en 2006, **74 862 FCFA** en 2007 et **79 827 FCFA** en 2008 ce qui correspond à **12** journées d'hospitalisations par bénéficiaire en 2005, **9** en 2006, **9** en 2007 et **10** en 2008 à raison de **8.000 FCFA** (80% des **10 000 FCFA**) la journée.

Dans ce cas, selon la définition de l'équité telle que définie par l'OMS sous l'angle de l'utilisation des services ou sous celui des modes de financement montre que celle-ci se poserait car moins de 1% des fonctionnaires et leurs ayants droits ont satisfait leurs besoins de santé en ayant accès à des prestations de qualité. La prise en charge n'étant que pour le séjour et que le reste à la charge du fonctionnaire, ceci peut expliquer cette faible accessibilité.

4.2 ANALYSE DES SOURCES DE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SOINS DE SANTE AU CHUB

Il s'agit à ce niveau de présenter d'abord les sources de financement de toutes les dépenses des soins de santé effectuées au CHUB. Ensuite présenter respectivement le total du financement par l'Etat pour la prise en charge des dépenses des soins de santé en hospitalisation de ses employés du secteur public et pour l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) et les dépenses des soins de santé à la charge des fonctionnaires et Agents de l'Etat pour eux- mêmes, leurs ayants droits et leur famille (délégation de solde). Enfin, dégager le total des dépenses des soins de santé des fonctionnaires et Agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits selon leurs sources de financement.

4.2.1- Evolution des dépenses de santé par source de financement au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

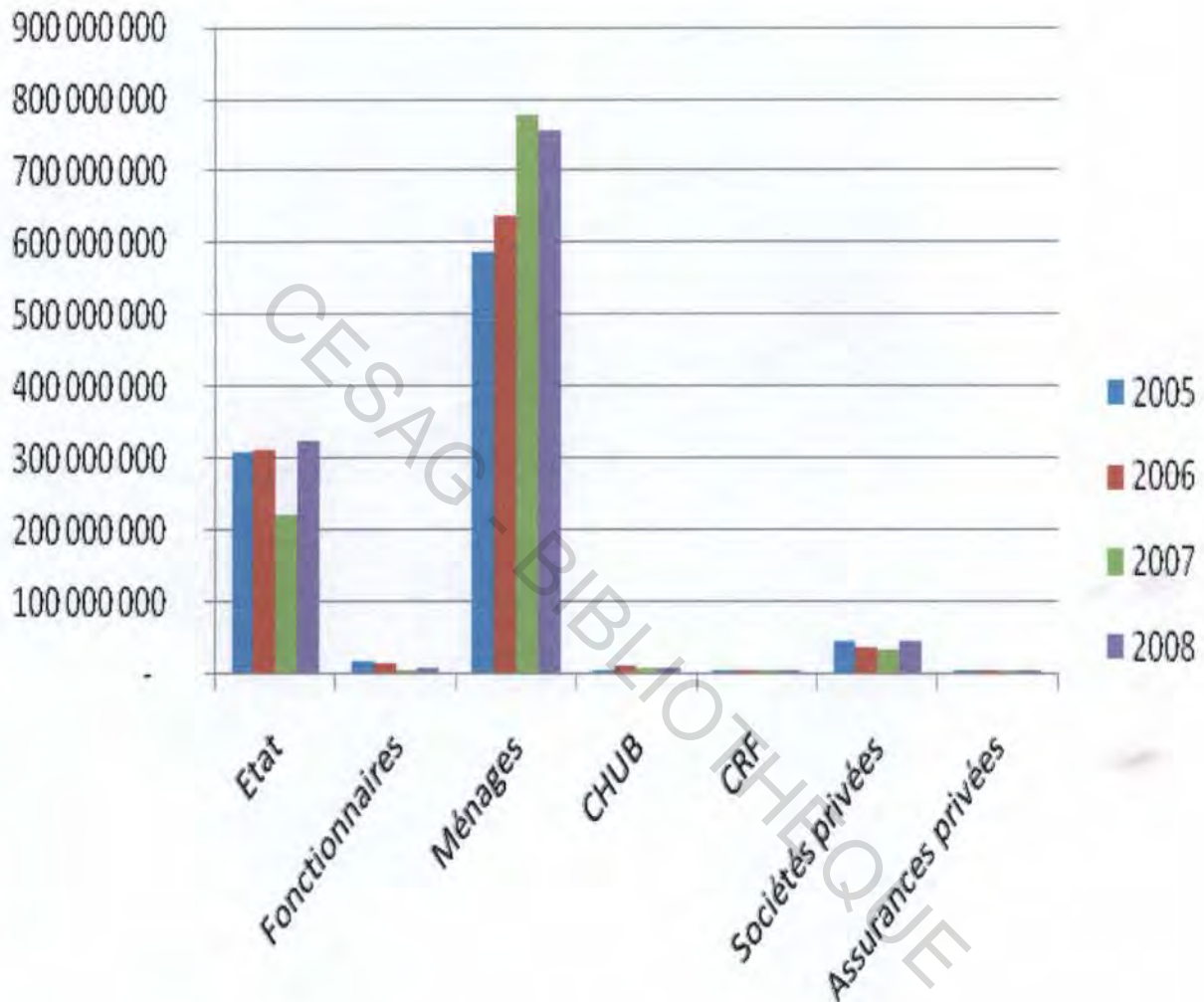
Le tableau ci-dessous présente l'évolution des dépenses des soins de santé par source de financement de toutes les prestations fournies au CHUB

Tableau N° 7: Evolution des dépenses de santé par source de financement au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (en F CFA)

Années	2005	2006	2007	2008
Source de financement				
Etat	308 911 600 31,88%	311 841 200 30,75%	221 716 200 21,15%	323 232 600 28,25%
Fonctionnaires	18 299 200 1,88%	13 854 300 1,37%	5 476 500 0,52%	7 462 000 0,66%
Ménages	587 787 174 60,67%	636 934 040 62,80%	777 721 425 74,20%	756 903 055 66,16%
CHUB	6 010 000 0,62%	9 452 000 0,93%	6 190 500 0,59%	8 361 000 0,73%
CRF	1 285 000 0,13%	2 696 000 0,27%	1 069 000 0,10%	1 757 000 0,15%
Sociétés privées	44 420 000 04,58%	36 915 000 3,64%	33 833 000 03,23%	44 253 000 03,86%
Assurances privées	2 014 400 0,21%	2 451 600 0,24%	2 157 800 0,21%	2 106 800 0,18%
Total	968 727 374 100%	1 014 144 140 100%	1 048 164 425 100%	1 144 075 455 100%

Source : Nous-mêmes.

Graphique 1 : Evolution des dépenses de santé par source de financement au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville



Les données ci-dessus (cf tableau N° 7 et graphique 1) portent sur les montants exécutés par source de financement. Le financement de la santé au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville par l'Etat a connu une hausse de **2 929 600 FCFA** en 2006 par rapport à celle de 2005, soit **0,95%**. En 2007, on note une baisse de **90 125 200 FCFA**, soit **29%** par rapport à 2006 et en 2008, on note également une importante augmentation de **101 516 400 FCFA**, soit **45, 78%** par rapport en 2007.

La participation des fonctionnaires et agents de l'état au le financement de leurs soins de santé au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville a connu une évolution décroissante de

2005 à 2007 avec respectivement **4 444 900 FCFA** en 2006 par rapport à celle de 2005 soit **24%** ; de **8 377 800 FCFA** en 2007 par rapport à celle de 2006 soit **60%** et une augmentation de **1 985 500 FCFA** en 2008 soit **36,25%** par rapport en 2007.

Le financement des ménages pour leurs soins de santé (paiement de ticket de consultations, achat des médicaments et hospitalisation) a connu une évolution croissante de 2005 à 2007 et une légère baisse en 2008. Ainsi, on note une augmentation de **49 146 866 FCFA** en 2006 soit **8%** par rapport à 2005 ; de **140 787 385 FCFA** en 2007, soit **22%** par rapport à 2006. Une baisse en 2008, de **20 818 370 FCFA** soit **2,67%** par rapport à 2007.

Le financement du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) pour les soins de santé de ses employés et famille, a connu une augmentation en 2006 et une baisse pour les autres années (2005, 2007 et 2008). Ainsi, on note en 2006 une augmentation de **3 442 000 FCFA**, soit **57%** par rapport à 2005. Une baisse de **3 261 500 FCFA** en 2007 par rapport à 2006, soit **34,5%** et une augmentation de **2 170 500 FCFA** en 2008 par rapport à 2007, soit **35%**.

La CRF pour les fonctionnaires à la retraite, le financement de leurs soins de santé au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville a connu une évolution en dent de scie. Ainsi, on note en 2006 une augmentation de **1 411 000 FCFA** par rapport à 2005, soit **110%** ; une baisse importante de **1 627 000 FCFA** en 2007 par rapport à 2006, soit **60%** et une amélioration de **688 000 FCFA** en 2008 par rapport à 2007, soit **64,36%**.

Les sociétés privées pour les dépenses de santé de leurs employés, le financement a connu une évolution décroissante de 2005 à 2007 avec respectivement **7 505 000 FCFA** en 2006 par rapport à 2005, soit **17%** ; de **3 082 000 FCFA** en 2007 par rapport à 2006, soit **8%** et une augmentation de **10 420 000 FCFA** en 2008 par rapport à 2007, soit **30,79%**.

Les sociétés d'Assurance privées, le financement de la dépense des soins de santé pour leurs assurés a connu, en 2006 une évolution croissante de **437 200 FCFA** par rapport à 2005, soit **22%**, une légère baisse de 2006 à 2008 avec respectivement de **293 800 FCFA** en 2007 par rapport à 2006, soit **12%** et de **51 000 FCFA** en 2008 par rapport à 2007, soit **2,36%**.

Les sources de financement en moyenne de 2005 à 2008 sont :

- L'Etat : 241 425 400 FCFA ;
- Fonctionnaires : 11 273 000 FCFA ;
- Ménages : 689 836 424 FCFA ;
- CHUB : 7 503 375 FCFA ;
- CRF : 1 701 750 FCFA ;
- Sociétés privées : 39 855 250 FCFA ;
- Assurances Privées : 2 182 650 FCFA.

Dans l'ensemble, l'évolution des sources de financement de la santé au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville a révélé que ce sont les ménages qui ont plus participé. Leur contribution est passée de **587 787 174 FCFA**, soit **60,67%** du total des sources de financement en 2005 à **777 721 425 FCFA** en 2007 représentant **74,20%** des sources de financement. On note cependant, une baisse de cette contribution en 2008 à hauteur de **756 903 005 FCFA**, soit 66,16% du total des financements.

La participation des Assurances privées est très faible dans le financement des dépenses des soins de santé de ses assurés au CHUB et ne dépasse pas 0,3% du total des financements tout le long de la période d'étude.

La participation de l'Etat bien qu'occupant la seconde position, tourne autour de **20 à 35%** du total des dépenses durant la période de 2005 à 2008. Cette participation plus importante des ménages montre que le mode de paiement recommandé est le paiement direct.

4.2.2 : Répartition des dépenses de santé selon la prestation Hospitalisation à la charge de L'Etat pour les fonctionnaires et les AMG (Assistance Médicale Gratuite) au CHUB

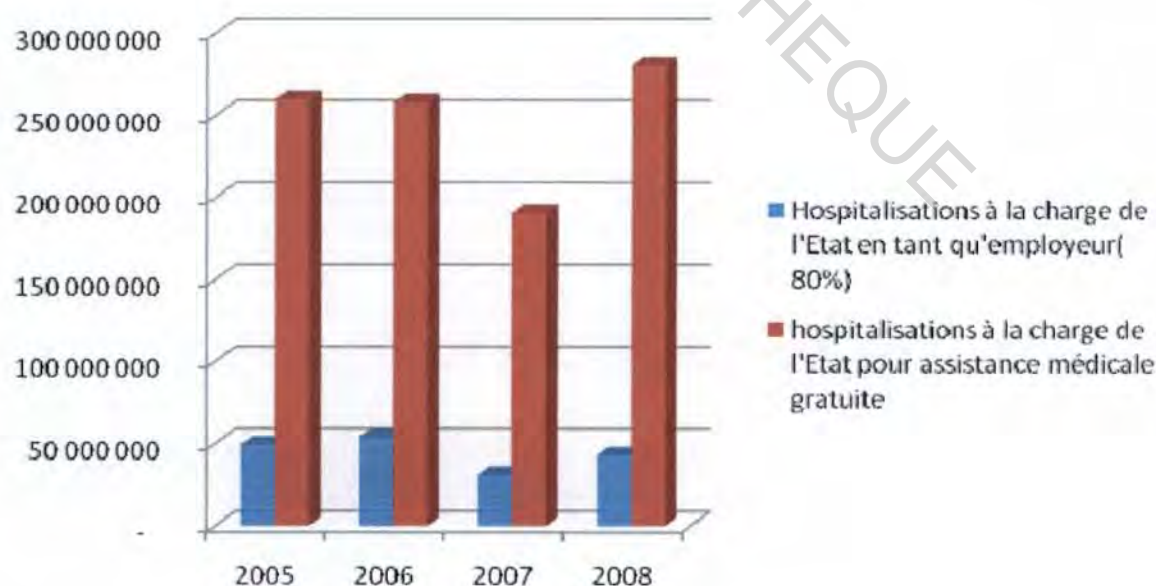
Le tableau ci-dessous, présente la répartition des dépenses de santé financée par l'Etat pour la prise en charge des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que pour l'Assistance Médicale Gratuite

Tableau N° 8: Répartition des dépenses de santé (hospitalisation) à la charge de l'Etat pour les fonctionnaires et pour Assistance Médicale Gratuite au CHUB

Années	2005	2006	2007	2008
Répartition				
Hospitalisations à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (80%)	49 253 600 16%	54 071 200 17%	31 072 200 14%	42 882 600 13%
Hospitalisations à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite	259 658 000 84%	257 770 000 83%	190 644 000 86%	280 350 000 87%
TOTAL	308 911 600 100%	311 841 200 100%	221 716 200 100%	323 232 600 100%

Source : Nous-mêmes.

Graphique 2: Répartition des dépenses de santé (hospitalisation) à la charge de l'Etat pour les fonctionnaires et pour Assistance Médicale Gratuite au CHUB



Source : Nous-mêmes.

Le tableau N° 8 et le graphique N°2 présentent la répartition du financement de l'Etat sur sa prise en charge au niveau du CHUB de 2005 à 2008. Cette prise en charge par l'Etat couvre 80% des hospitalisations de ses employés (fonctionnaires et agents de l'Etat) ainsi que leurs ayants droits et couvre aussi 100% des hospitalisations pour Assistance Médicale Gratuite (AMG).

Le financement par l'Etat des dépenses des soins de santé effectués par des fonctionnaires et leurs ayants droits au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville a connu une augmentation de **4 817 600 FCFA** en 2006 par rapport à 2005, soit **10%**, une baisse de **22 999 000 FCFA** en 2007 par rapport à 2006, soit **42,53%** ; une augmentation de **11 810 400 FCFA** en 2008 par rapport à 2007, soit **38%**. Par contre, les dépenses de santé à la charge de l'Etat pour Assistance Médicale Gratuite au niveau du CHUB ont connu pendant la période de 2005 à 2008 une évolution décroissante respective, de **1 888 000 FCFA** en 2006 par rapport à 2005, soit **0,72%** ; de **67 126 000 FCFA** en 2007 par rapport à 2006, soit **26%** et de **89 706 000 FCFA** en 2008 par rapport à 2007, soit **47%**.

On note aussi que des dépenses de soins de santé à la charge de l'Etat pour la prestation en hospitalisation au CHU se répartissent comme suit: **16%** pour les fonctionnaires ainsi que les agents avec leurs ayants droits et **84%** pour l'assistance médicale gratuite en 2005 et respectivement de **17%** et **83%** en 2006, de **14%** et **86%** en 2007 et **13%** et **87%** en 2008 (cf tableau 7 et le graphique 2). Pour l'ensemble de ces dépenses de santé, c'est l'assistance médicale gratuite qui occupe une grande partie et généralement plus de 4/5 (80%) du total de ces dépenses de santé.

Les dépenses moyennes de santé durant cette période sont :

- Pour les fonctionnaires : 44 319 900 FCFA par an, soit 3 693 325 FCFA par mois;
- Pour Assistance Médicale Gratuite : 247 105 500 FCFA par an, soit 20 592 125 FCFA par mois.

Le financement de l'Etat pour les dépenses de soins de santé de ses employés ainsi que leurs ayants droits représente entre 14 et 17% du total de financement des soins au CHUB.

4.2.3 Répartition des dépenses de santé selon la prestation en Hospitalisation à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat au CHUB

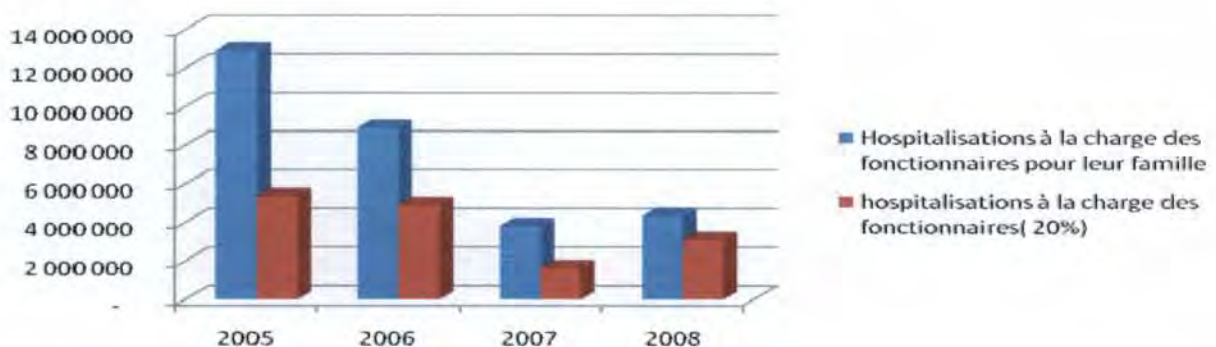
Le total des dépenses des soins de santé des fonctionnaires, agents de l'Etat, leurs ayants droits et leur famille à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat concernant l'hospitalisation se présente dans le tableau ci- dessous.

Tableau N° 9 : Répartition des dépenses de santé selon la prestation en Hospitalisation à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat au CHUB

Années Dépenses	2005	2006	2007	2008
	Hospitalisations à la charge des fonctionnaires pour leur famille	12 919 000 70,60%	8 930 500 64,46%	3 826 500 69,87%
Hospitalisations à la charge des fonctionnaires (20%)	5 380 200 29,4%	4 923 800 35,54%	1 650 000 30,13%	3 106 000 41,63%
TOTAL	18 299 200 100%	13 854 300 100%	5 476 500 100%	7 462 000 100%

Source : Nous-mêmes.

Graphique 3: Répartition des dépenses de santé selon la prestation en Hospitalisation à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat au CHUB



Source : Nous-mêmes.

Au niveau du CHUB (cf. tableau 9 et le graphique 3), les dépenses de santé à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat en hospitalisation ont occupé plus de 50% du total de leur dépenses pour leur famille et moins de 50% pour eux-mêmes ainsi que leurs ayants droits. Pour cette même prestation, on note durant toute cette période une évolution décroissante de 2005 à 2007 et croissante en 2008. En somme, les fonctionnaires et agents de l'Etat dépensent plus pour leurs familles que pour eux-mêmes (représente pratiquement le double).

4.2.4 : Répartition des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat selon les sources de financement

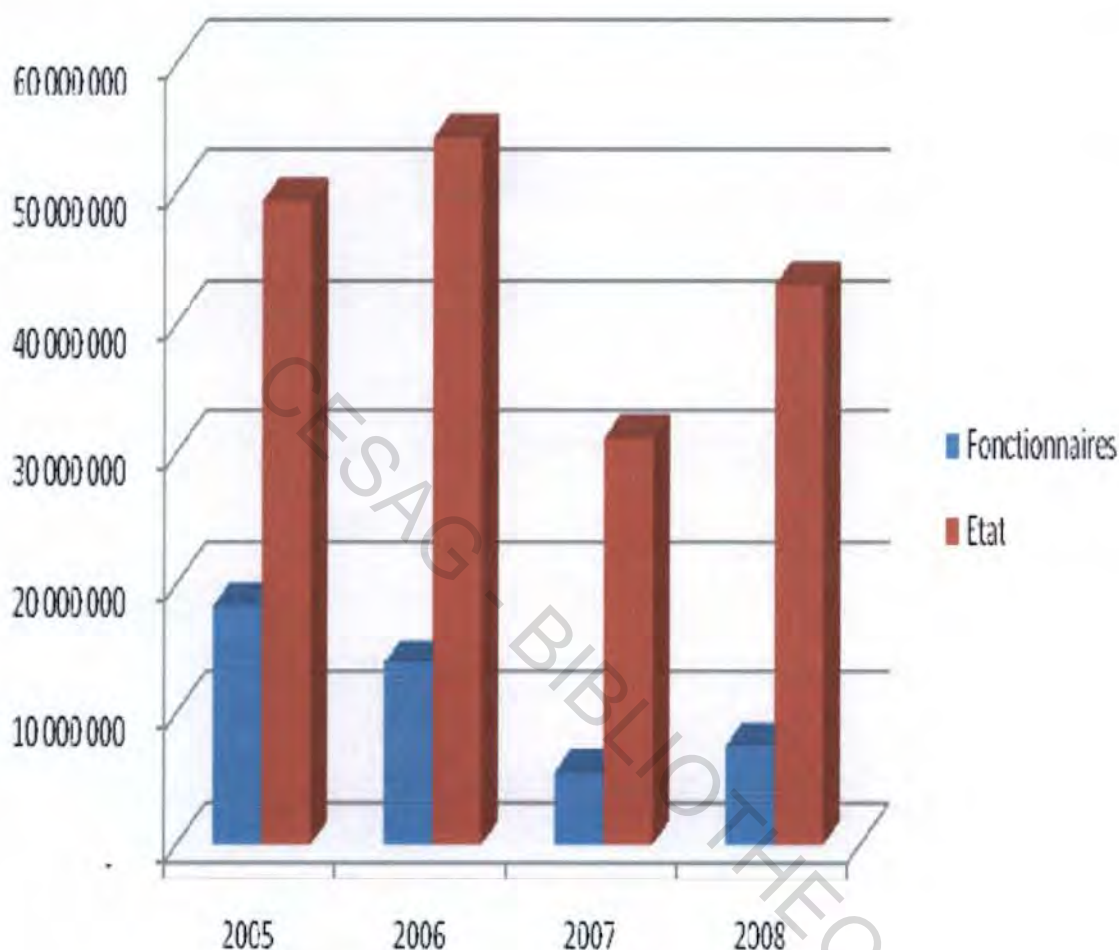
Le tableau ci-dessous présente le total des dépenses des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits financé par les fonctionnaires eux-mêmes et par l'Etat.

Tableau N° 10: Répartition des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat selon sources de financement

Sources de financement \ Années	2005	2006	2007	2008
	Fonctionnaires	18 299 200 27%	13 854 300 20%	5 476 500 15%
Etat	49 253 600 63%	54 071 200 80%	31 072 200 85%	42 882 600 85%
Total	67 552 800 100%	67 925 500 100%	36 548 700 100%	50 344 600 100%

Source : Nous-mêmes.

Graphique 4: Répartition des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat selon sources de financement



Source : Nous- mêmes.

La répartition des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits, selon leurs sources de financement au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville révèle deux (2) sources de financement, à savoir :

- les fonctionnaires et agents de l'Etat;
- l'Etat.

Le financement des fonctionnaires pour leurs dépenses des soins de santé a connu une évolution décroissante de 2005 à 2007 et une augmentation entre 2007 et 2008 et que leurs contributions

représentent respectivement, **27%** en 2005; **21%** en 2006 et est restée constante de **15%** de 2007 à 2008 du total des dépenses de leurs soins de santé.

Le financement à la charge de l'Etat pour ses employés a connu une participation très importante et représente **63%** en 2005 du total des dépenses de santé des fonctionnaires; de **80%** en 2006 et de **85%** de 2007 à 2008. Nous rappelons que ce financement de la part de l'Etat ne concerne que l'hospitalisation.

4.3. PRESENTATION DES DEPENSES DE SANTE DE L'ETAT

Il est question dans cette rubrique de faire une étude minutieuse des dépenses réalisées par l'Etat au CHUB pour ses Travailleurs de 2005 à 2008. Les particularités dans l'affectation des ressources de l'employeur et les flux financiers sont examinées. Cette étude sur l'analyse du financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires utilise l'approche d'un financeur final réduit au niveau d'un seul agent financier et d'une seule source de financement qui est l'Etat.

4.3.1. Le budget de dépenses de santé

L'Etat Congolais assure un financement. La planification de ce financement se fait au travers d'une prévision budgétaire. En république du Congo, le processus budgétaire se réalise avant la fin de l'année d'exercice précédente. Le Congo assure un budget des dépenses de santé, supposé prendre en charge les prestations de soins de bénéficiaires.

Le tableau suivant présente quelques données importantes en rapport avec le financement de dépenses de santé et en rapport avec les dépenses prévues de l'Etat.

Tableau N° 11: Données générales sur les dépenses en santé de 2005 à 2008

Années	2005	2006	2007	2008
Sources de financement				
Budget général du Congo (FCFA)	769 532 800.000	1 160 000 000 000	1 500 000 000 000	1 402 800 000 000
Budget des dépenses de Santé et population (voté ou prévu)	44 722 924 240	65 415 002 076	52 897 251 591	66 841 455 466
Budget des dépenses de Santé et population (exécuté)	44 299 823 352	55 690 502 246	48 305 073 727	66 245 601 692
Taux d'exécution (budget exécuté/ budget voté)	99	85,13	91,31	99,10
Part des dépenses de santé voté/ Budget général du Congo	4,17	5,64	3,52	4,76

Sources : Ministère de l'économie, des Finances et du Budget, ministère de la Santé et Ministère du plan (2005 à 2008)

En analysant ce tableau, il en ressort qu'un budget des dépenses de santé exécuté à hauteur de **44 299 823 352 FCFA** en 2005 pour **44 722 924 240 FCFA** de prévu, soit **99%** comme taux d'exécution et les dépenses de santé et de la population exécuté représentent **4,17%** du budget de l'Etat ; de **55 690 502 246 FCFA** exécuté en 2006 pour **65 415 002 076** prévu, soit **85,13%**; de **48 305 073 727 FCFA** exécuté en 2007 mais prévu à hauteur de **52 897 251 591 FCFA**, soit **91,31%** et **3,52%** représentent la part du budget des dépenses de santé exécuté par rapport au budget de l'Etat et de **66 245 601 692 FCFA** exécuté en 2008 pour une prévision de **66 841 455 466 FCFA**, soit **99,10%** et **4,76%** est la part du budget des dépenses de santé exécuté par rapport au budget de l'Etat . Ce niveau de financement variant entre 3,52% et 4,76% du total du budget de l'Etat, ce qui est loin de la norme de l'OMS qui recommande 15%.

En combinant ces variables, des indicateurs importants de financement des soins de santé sont obtenus. Ainsi, le Tableau 12 rapporte quelques indicateurs importants en rapport avec les dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droit de 2005 à 2008.

4.3.2 : Evolution de la part des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de santé par rapport au budget des dépenses de santé exécutées

Des données du Tableau 11, certains indicateurs de financement de soins de santé par l'Etat peuvent être calculés.

Tableau N° 12: Evolution de la part des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de santé par rapport au budget des dépenses de santé exécutées

Années	2005	2006	2007	2008
Sources de financement				
Budget des dépenses de Santé et population (voté)	44 722 924 240	65 415 002 076	52 897 251 591	66 841 455 466
Budget des dépenses de Santé et population (exécuté)	44 299 823 352	55 690 502 246	48 305 073 727	66 245 601 692
Total des dépenses de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs familles	67 552 800	67 925 500	36 548 700	50 344 600
Financement par l'Etat au CHUB pour les dépenses des soins de santé de ses employés	49 253 600	54 071 200	31 072 200	42 882 600
Financement total des soins de santé au CHUB	968 727 374	1 014 144 140	1 048 164 425	1 144 075 455
Part des dépenses de santé des fonctionnaires au CHUB/ au total des dépenses de santé du CHUB	6,97%	6,69%	3,49%	4,40%
Part des dépenses de l'Etat pour ses employés par rapport au budget de la santé exécuté	0,11%	0,09%	0,06%	0,06%
Part des dépenses totales de santé des fonctionnaires au CHUB/ Budget des dépenses de santé exécuté	0,15%	0,10%	0,07%	0,07%

Source : Nous-mêmes.

Le tableau ci-dessus (**cf Tableau 12**) présente les résultats concernant les parts des dépenses des soins de santé des fonctionnaires, agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droit par rapport au budget des dépenses de santé exécuté et par rapport au financement des dépenses totales des soins de santé effectués au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville de 2005 à 2008. Ces résultats peuvent s'expliquer comme suit :

- on note en 2005, **0,15%** représentant la part des dépenses totales des soins de santé des fonctionnaires, agents de l'Etat ainsi que leur famille au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) par rapport au budget des dépenses de santé exécuté ; **0,10%** en 2006 ; **0,07%** en 2007 et **0,07%** en 2008 ;

- la part que l'Etat a financée pour les dépenses des soins de santé de ses employés ainsi que leurs ayants droits au CHUB ne dépasse pas **1%**(**cf Tableau 10**) par rapport au budget des dépenses de santé exécuté et représente respectivement **0,11%** en 2005, de **0,09%** en 2006, de **0,06%** en 2007 et aussi autant en 2008. Cette participation est très faible et ceci pour la prise en charge d'une prestation qui est « **P'hospitalisation** » ;

- le financement du total des dépenses des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits au CHUB représente respectivement, **6,97%** en 2005 du total du financement des dépenses de santé au niveau du CHUB ; **6,69%** en 2006 ; **3,49%** en 2007 et **4,40%** en 2008.

4.4 RESULTATS DES ENTRETIENS DIRECTS

↓ Avec des Médecins

Les données des consultations n'étant pas disponibles du fait qu'un fonctionnaire ne se présente pas avec ce statut car aucun texte ne l'autorise en dehors des assurés des sociétés d'assurance qui présentent leur prise en charge. Nous nous sommes servis d'un travail (enquête) fait en 2007 au CHU pour la référence et la contre référence de la population et des statistiques du CHU de Brazzaville [35]. De ces données, nous avons été intéressés par celles concernant des fonctionnaires hospitalisés au CHUB pendant le premier trimestre de cette année et nous les avons présentés aux médecins selon les cas de spécialités en médecine, en chirurgie, en gynécologie et en pédiatrie pour leurs enfants afin de connaître les pathologies pouvant être traitées au CHUB et celles pouvant être prises en charge dans les centres de santé et Hôpitaux généraux dont l'objectif était de maîtriser si la référence et la contre référence était respectée.

Le tableau ci-dessous présente les fonctionnaires et agents de l'état hospitalisés au cours du premier trimestre 2007 au CHUB, selon les spécialités :

Tableau N° 13 : Répartition des fonctionnaires, agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits et famille hospitalisés au CHUB, courant premier trimestre 2007

Spécialités	Effectif	
	Effectif des fonctionnaires	Délégation de solde (fonctionnaire pour ses parents)
Médecine	30	-
Chirurgie	8	-
Pédiatrie	21	1
Gynécologie	10	0
Total	69	1

Source : Statistiques du service des Admissions et recettes du CHUB dans le rapport sur le système sanitaire du Congo (2007)

De ces fonctionnaires hospitalisés ainsi que leurs ayants droits, l'entretien avec les médecins a révélé que :

Sur les 69 malades (fonctionnaires et ayant droit), 51, soit 74 % du total des fonctionnaires et leurs enfants hospitalisés ont des pathologies qui seraient traitées au CHU car destinées à ces spécialités et les 18 autres, soit 26% pouvaient être prises en charges pour les unes dans les centres de santé et pour les autres au niveau des hôpitaux de base.

Les 18 cas pouvant être pris en charge en dehors du CHU, sont pour la plupart des cas de médecine et se repartissent de la manière suivante :

- 10 cas de médecine pouvant être pris en charge au niveau des centres de santé et hôpitaux de base ;
- 5 cas de pédiatrie dont les pathologies pouvaient être prises en charge dans les centres de santé (2 cas) et hôpitaux de base (3 cas) ;
- 3 cas de gynécologie qui pouvaient être pris en charge au niveau des hôpitaux de base.

De ces 69 cas de maladies pendant les trois premiers mois de l'année 2007, des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits, on a relevé en outre un cas en pédiatrie pour la délégation de solde d'un fonctionnaire c'est-à-dire que celui a pris en charge un parent autre que ses ayants droits. La pathologie présentée par ce cas était destinée pour le CHU. L'objectif de cet entretien avec des médecins est de savoir si la référence et la contre référence sont respectées pour permettre à l'Etat d'élargir le paquet de prestations sur la prise en charge de ses employés ainsi que leurs ayant droits.

CHAPITRE 5: DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans ce chapitre, il s'agit de développer deux points savoir : les discussions sur respectivement la méthodologie (5.1), les prestations (5.2) et sur le financement (5.3) et la formulation des recommandations comme deuxième point (5.4).

5-1- DISCUSSION SUR LA METHODOLOGIE

Nous avons opté pour une étude descriptive et rétrospective pour voir le financement de la dépense des soins de santé par l'Etat face aux prestations disponibles au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. En effet, cela nous permet d'affirmer la primauté de l'une sur l'autre ou la nécessité de coexistence des deux ; notre méthodologie nous a permis d'identifier ce qui était nécessaire d'observer de sorte qu'on estime que les résultats obtenus reflètent vraiment la situation étudiée.

Aussi, les résultats obtenus peuvent être généralisés à toute l'étendue du territoire, dans les centres (Hôpitaux) agréés par l'Etat où les fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits doivent bénéficier de cette prise en charge par le financement de l'Etat ; ces résultats peuvent être aussi utiles pour les pays où l'Etat ne finance pas la santé pour un maximum de prestations de soins pour ses employés. En somme, compte tenu de ces résultats, notre méthodologie nous paraît bonne pour atteindre nos objectifs.

5-2 DISCUSSION SUR LES PRESTATIONS

En ce qui concerne les prestations disponibles au niveau du CHUB, on note :

- les consultations ;
- les examens de laboratoires ;
- l'imagerie médicale ;
- les actes chirurgicaux ;
- les hospitalisations ;
- les soins dentaires ;
- les médicaments.

Il convient de signaler qu'au niveau de la pharmacie hospitalière du CHUB, des médicaments qui s'y trouvent sont des premiers soins et non des médicaments de spécialités.

Les prestations citées ci-dessus peuvent être prises en charge par le CHUB et surtout déjà pour des assurés de NSIA et Assurance Générale du Congo (AGC) qui couvrent pour la plupart toutes ces prestations en dehors des médicaments et des travailleurs des sociétés privées (non fonctionnaires) et pour un taux de prise en charge de 100%.

Au niveau de l'Etat, la couverture des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits ne concerne que les hospitalisations. Ces prestations sont prises en charges à 80% des frais selon le système du tiers payant au niveau du CHUB et que ceux-ci paient les 20%.

Ce qui pousse à dire que l'Etat offre un système de paiement plus avantageux pour ses fonctionnaires et ses agents avec un taux de prise en charge de 80%. Malheureusement, cela ne couvre qu'une prestation qui est celle des hospitalisations et le reste des prestations qui sont aussi importantes est à la charge de ceux-ci. La norme en terme de durée moyenne de séjour est de 7 alors que l'Etat en couvre à raison de 9 au minimum et 12 au maximum, ce qui montre que il y a possibilité de gagner 2 à 5 jours par bénéficiaire.

Si la gratuité doit être retenue dans son principe pour certaines catégories de la population, il faut que la dépense engagée soit couverte par une autre entité. De plus, l'on note le manque de respect de référence recours au niveau du CHUB par les centres d'où la difficulté de maîtriser les vrais coûts de prestations. Les prestations qui devaient être prises en charge par les établissements (centres de santé, les hôpitaux généraux) et prise en charge au CHUB ont des coûts différents car le montant journalier des hospitalisations au CHUB diffère de celui des hôpitaux généraux et centres de santé.

Pour l'Etat, le respect des différents niveaux de la pyramide sanitaire (le système de référence recours) serait souhaitable pour que le CHUB ne reçoive que les cas appropriés pour la maîtrise des coûts.

5-3- DISCUSSION SUR LE FINANCEMENT

Les fonctionnaires et agents de l'Etat étant des personnels de l'Etat congolais, contribuent à hauteur de 20% des frais de leur hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville et pour le reste des prestations, ils sont obligés de financer comme ménages, d'où le paiement direct. Les

20% à la charge des fonctionnaires pour l'hospitalisation sont payés soit au comptant soit sous forme des retenus à la source.

En ce qui concerne l'Etat, hormis son personnel (fonctionnaires et salariés de la fonction publique) où la prestation en hospitalisations est financée à hauteur de 80%, il prend en charge aussi pour la même prestation pour une autre catégorie de la population comme Assistance Médicale Gratuite à hauteur de 100%. Le recouvrement des 80% et 100% est facile pour le CHUB car c'est prélevé directement dans le compte du budget des dépenses de santé du pays sous forme de subvention.

5.4 RECOMMANDATIONS

Compte tenu des informations recueillies, nous pouvons émettre les recommandations suivantes :

1. A l'Etat Congolais :

Nous recommandons à l'Etat, ce qui suit :

- ✚ De couvrir à hauteur de 80% toutes les consultations, les examens (Radio, laboratoire et autres), les actes, les hospitalisations, les soins pour les fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits [Epoux (se) légitime et les enfants ainsi que ceux à charge dont l'âge varie de 0 à 18 ans] non seulement au CHU mais généraliser à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour la bonne référence et la contre référence ;
- ✚ Augmenter pour les années à venir le budget alloué au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville pour le cadre de financement de la dépense des soins de santé de la population en générale et des fonctionnaires et agents de l'Etat en particulier;
- ✚ De pré payer à l'endroit des prestataires des soins de santé (CHUB) au début de chaque année pour permettre au CHUB de s'approvisionner pour une prise en charge efficace et sans rupture des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits ;
- ✚ De mettre en œuvre la politique d'Assurance sociale qui est une assurance maladie obligatoire bien que peu développée dans les pays en voies de développement, qui lui permettra de faire face aux coûts élevés des soins hospitaliers et pour rendre pérenne le financement de la prise en charge après avoir élargi le paquet de prestations aux fonctionnaires et agents de l'Etat ;
- ✚ D'implanter les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) un peu partout dans les régions pour faciliter l'accessibilité ;

- ✚ De stimuler les programmes et partenaires ainsi que les Bailleurs de Fonds pour financer les dépenses de santé de la population et surtout pour la valorisation des fonctionnaires congolais dans l'exécution de leurs tâches (activités).

2. Au ministère de la Santé :

Suite à tout ce qui s'est dit, nous recommandons au ministère de la santé de :

- ✚ Encourager les fonctionnaires et agents de l'Etat à consulter les institutions de santé de la République afin de bien appliquer la référence et la contre référence;
- ✚ Contribuer à l'approvisionnement des médicaments et matériels pour faciliter l'accessibilité et réduire le coût de remboursement aux fonctionnaires de dépenses de santé.

3. Au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville :

Au CHUB, nous recommandons :

- ✚ De jouer pleinement son rôle d'hôpital de dernier niveau de référence ;
- ✚ De s'assurer de la présence des ressources (humaines et matériels) pour une prise en charge efficace et à n'importe quel moment car la maladie n'avertit pas.

4. Aux fonctionnaires et agents de l'Etat

Nous recommandons aux fonctionnaires et agents de l'Etat de :

- ✚ De souscrire à une assurance maladie complémentaire pour faire face d'abord en cas d'hospitalisation aux 20% qui leurs reviendront et ensuite aux médicaments à hauteur de 100% en cas d'hospitalisation ou non, charges pour financer leurs soins;
- ✚ Fréquenter les centres de santé les plus proches en cas de maladie et ne pas toujours chercher à aller au CHUB car la référence leur feront atteindre ce haut sommet de la pyramide;

En somme, nous dirons que les solutions pour le financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires, Agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits au niveau national comme au niveau du CHUB devrait être recherchées en combinant les différents mécanismes de financement de la santé à travers la sécurité sociale (Assurance sociale, assurances privées, mutuelles de santé , etc).

CONCLUSION GENERALE

Cette étude réalisée au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville sur l'analyse du financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits en République du Congo nous a permis de noter :

- la présence au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville des prestations des soins de santé pouvant faire face à la demande de tous les fonctionnaires et agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits(malades) de la consultation jusqu'à la sortie de ceux-ci sauf les médicaments de spécialité ;
- la faible proportion des fonctionnaires et leurs ayants droits ont bénéficié des soins de qualité au CHUB ;
- le financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires et agents de l'Etat par l'Etat ne prend en charge que les hospitalisations ;
- le financement de la dépense de santé au CHUB est fortement dépendant des ménages (sources privées) ;
- Une contribution des fonctionnaires et Agents de l'Etat pour financer la dépense de leurs soins de santé ainsi que leur ayant droit;
- la forte proportion des dépenses de soins de santé pour les autres types de service par les ménages dont les fonctionnaires y sont compris donc le paiement en espèce est le mode de financement le plus recommandé. Cette inadéquation est un signe d'inefficacité de la prise en charge de la population et surtout des fonctionnaires et Agents de l'Etat qui contribuent au développement économique.

Cependant l'étude au niveau du CHUB n'a pas permis de saisir la ventilation des dépenses de santé en rapport avec les bénéficiaires, ni en rapport avec les pathologies. La matrice de flux financiers de prestataires de soins aux fonctions n'a pas été réalisée car elle nécessite une enquête au niveau de prestataires. Il devient impératif de réfléchir sur l'efficacité de la prise en charge des fonctionnaires et Agents de l'Etat ainsi que leurs ayants droits en élargissant le paquet de prestations qui entraînerait sûrement des bons résultats pour la croissance économique. Les insuffisances notées pourraient faire l'objet des recherches futures.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Abel-Smith, B.** (1986), Health insurance in developing countries: lessons from experience, *Health policy and Planning* 7(3), 215-226.
- 2- **Ahrin, D.C.**(1995), Health insurance in rural Africa. *The Lancet* 345, 44-45.
- 3- **Atim Chris.** (1996), « vers une meilleure santé en Afrique » : étude comparée du financement communautaire et de la mutualité. Solidarité mondiale, Bruxelles.
- 4- **Atim, C.** (1999), Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon, *Social Science and Medicine* 48, 881-896.
- 5- **Atim Chris.** (2000), contribution des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Synthèse des travaux de recherches menées dans 9 pays d'Afrique de l'ouest et du centre. Abt. Associates Inc, Step.
- 6- **Banque des Etats de l'Afrique Centrale** (2005), Rapport d'activités.
- 7- **Bennett, S, Creese A, Monsah R.** (1998), Health insurance schemes for people outside formal sector employment. ARA papers No 16WTO Geneva.
- 8- **BOSSERT J.T. et BEAUVAIS J.** (2002), Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines; a comparative analysis of decision space, health policy and planning.
- 9- **Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville** (2005, 2006, 2007 et 2008), Comptes administratifs.
- 10- **Creese, A., Bennett, S.** (1997), Rural Risk-Sharing Strategies in Health. *Paper presented to an International Conference sponsored by the World Bank, Innovations in Health Care Financing*, March 10-11, Washington, D.C.
- 11- **Criel, B.** (1998), *District-based Health Insurance in sub-Saharan Africa*. Part I and II. Studies in Health Services Organization and Policy. Antwerpen.
- 12- **De Ferranti D.** (1985), le financement de services de santé dans les pays en voie de développement : un appel au réalisme. Forum mondial de la santé.
- 13- **McIntyre D.** (2007), Enseignements tirés de l'expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faible et moyens revenus, Genève.
- 14- **Ministère du plan, de l'aménagement du territoire de l'intégration économique et du Népad** (2006), Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques(CNSEE), Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques(CNSEE), Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM 2005).

- 15- **Ministère du plan, de l'aménagement du territoire de l'intégration économique et du Népad** (2005), Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques(CNSEE), Enquête Démographique et de santé du Congo(EDSC I).
- 16- **GRIFFIN** (1994), Health cares in Asia. A comparative study of cost and financing. World Bank regional and sectorial studies. The World Bank, Washington.
- 17- **Gruat J.V.** (1990), Social security systems in Africa: current trends and problems. *International Labour Review*, 129 (NE4), 405-421.
- 18- **KOUADIO B.M** (2010), Cours Les comptes nationaux de la santé, cours DSES, CESAG.
- 19- **Kutzin, J., Barnum, H.** (1992), Institutional features of health insurance programs and their effects on developing country health systems. *International Journal of health Planning and Management* 7, 51-72.
- 20- **Lafarge H.** (2010), Cours Dispositif de financement de la santé, cours DSES Mars.
- 21- **Letourmy A.** (2002), Etat et assurance maladie dans les pays en développement. (Forum 2002 de la concertation à Dakar).
- 22- **Organisation Mondiale de la Santé, Genève** (2001), Macroéconomie et Santé : Investir dans la santé pour le Développement économique. Rapport de la commission Macroéconomie et Santé.
- 23- **Makamba M.** (2004), problématique du financement de la santé en République Démocratique du Congo. Table ronde des partenaires : Kinshasa : Ministère de la Santé.
- 24- **Audibert M., Mathonnat J. et Eric de Roodenbeke** (2003), Le financement de la Santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Editions Karthala Paris, 497 pages.
- 25- **Mc pake** (1993), user charges for health services in developing countries: a review of economic literature; social science and medicine. Vol 36 pp. 1397- 1405.
- 26- **KOFFI K. R.** (2003), analyse des nouvelles orientations de la mutuelle générale des fonctionnaires et Agents de l'Etat de la Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) face à l'avènement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU). Mémoire de DSES, CESAG- Dakar.
- 27- **Diarra S.** (2004- 2005), financement de la santé et retard de consultation : cas de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré. Mémoire de DSES, CESAG- Dakar.
- 28- **YO Marina.** (2002), Etude des facteurs favorisant la viabilité des Mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès au Sénégal. Mémoire de DSES, CESAG- Dakar.
- 29- **Ministère de l'Economie et des Finances.** (2000- 2005), Rapport sur l'évolution des dépenses du secteur public de santé.
- 30- **Ministère du Plan.** (2005 et 2008), statistiques sur l'exécution financière des dépenses de santé.
- 31- **Ministère de la santé.** (2005 à 2008), Statistiques sanitaires de la république du Congo;
- 32- **Ministère de la Santé.** (2007), des Affaires Sociales et de la famille.

- 33- **Musau, S** (1999); Community based health insurance. Experience and lesson learned from East Africa. Technical report No 34 partnership for health reform projet. Abt associates Inc. Bethesda, MD.
- 34- **Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville** (2005, 2006, 2007 et 2008), Rapports d'activités.
- 35- **République Congo** (2007), Rapport sur le système de Santé.
- 36- **République du Congo, Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire chargé de l'Alphabétisation.** (2002), Plan National d'Action de l'Education pour Tous (PNA/EPT), 81 pages ; page 8.
- 37- **Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2006- 2010.**
- 38- **Schneider, P., Diop F.P. and Bucyana S.** (2000), *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda.* Technical Report No. 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform (PHR) Project.
- 39- **Shaw, Coll et Griffin** (1995), financing health care in Sub- Sahara Africa through user fees and insurance. World Bank Washington, direction in development.
- 40- **Vogel R.J.** (1990a). An Analysis of three national health insurance proposals in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management* 5, 271-285.
- 41- **William Hsiao** (2001), Harvard University, School of public Health: le financement des soins de santé dans les pays du Sud).
- 42- www.congo-site.com(congoSite-Master) en ligne 25juin 2010, 20 :45

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 1 : EVOLUTION DES EMISSIONS DE 2005 à 2008 AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE¹

Synthèse des émissions 2005= EMISSIONS DIRECTES 2005 (prise en charge) + EMISSIONS INDIRECTES 2005 (régularisations)

Libellés	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
classés 7 : compte de produits et profits par nature	75 232 540	64 682 684	6321 630 084	666 631 000	771 484 227	74 000 000	855 500 330	402 047 020	98 029 338	2 004 004 321	771 544 402	827 422 667	7 421 000 000
production vente de biens et services	64 601 340	56 460 900	65 112 040	63 233 840	66 646 200	67 765 220	103 630 910	112 649 530	89 978 975	82 499 000	73 230 985	466 339 140	1 310 000 000
travaux effectués par l'Etablissement pour lui-même													
Produits hospitaliers	64 263 840	56 203 400	64 812 040	62 813 840	66 282 200	67 423 720	103 325 410	112 291 530	89 649 475	82 154 500	72 922 485	465 977 940	1 300 000 000
hospitalisations	24 030 400	24 667 000	23 703 400	21 685 000	26 145 800	27 091 000	61 985 700	72 347 000	51 789 000	43 777 400	35 032 000	84 437 000	496 000 000
Hospitalisations à la charge des malades	9 965 400	6 993 000	10 775 400	9 283 000	10 754 800	11 417 000	9 462 700	9 952 000	10 643 000	10 948 400	10 273 000	11 292 800	121 000 000
Hospitalisations à la charge des tiers payants	14 065 000	17 674 000	12 928 000	12 402 000	15 391 000	15 674 000	52 523 000	62 395 000	41 146 000	32 829 000	24 759 000	73 144 200	374 000 000
Hospitalisations à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)	1 580 000	2 400 000	920 000	2 579 000	1 650 000	2 229 000	7 269 000	4 410 000	2 384 000	6 064 000	3 995 000	8 940 000	44 000 000
Hospitalisations à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (80%)	2 880 000	2 592 000	1 671 200	1 952 000	2 608 000	1 932 000	5 360 000	5 296 000	2 712 000	5 120 000	5 392 000	11 738 400	49 000 000
Hospitalisations à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite	8 315 000	12 120 000	9 060 000	7 265 000	10 280 000	9 950 000	37 620 000	50 430 000	34 859 000	19 570 000	13 400 000	46 789 000	259 000 000
Hospitalisations à la charge des organismes de sécurité sociale	42 000		16 000			104 000	105 000		6 000	254 000	351 000	407 000	1 280 000
Hospitalisations à la charge des fonctionnaires pour leur famille	755 000		1 028 000	338 000	387 000	1 277 000	1 160 000	1 515 000	625 000	1 354 000	839 000	3 641 000	12 900 000

¹ Source : Compte Administratif 2005 du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Hospitalisations à la charge des hospitalisés (25%)	412 000	405 000	199 000	189 000	343 000	167 000	766 000	680 000		315 000	503 000	1 401 200	5 7
Hospitalisations à la charge du personnel pour leur famille													
Hospitalisations à la charge des autres tiers payants	81 000	157 000	33 800	79 000	123 000	15 000	243 000	64 000	560 000	152 000	279 000	227 600	2 0
Examens des malades	8 405 800	7 312 500	12 741 400	10 929 700	10 817 300	7 444 420	6 676 100	7 272 700	6 976 100	7 043 200	6 125 300	6 770 600	98
Examens à la charge des malades	8 405 800	7 312 500	12 702 400	10 929 700	10 817 300	7 444 420	6 676 100	7 272 700	6 976 100	7 043 200	6 125 300	6 770 600	98
Examens à la charge des tiers payants	0	0	39 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39
Examens à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)			39 000										39
Examens à la charge de l'Etat en tant qu'employeur													0
Examens à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite													0
Examens à la charge des organismes de sécurité sociale													0
Examens à la charge des fonctionnaires pour leur famille													0
Examens à la charge des fonctionnaires													0
Examens à la charge des autres tiers payants													0
Soins externes	31 827 640	24 063 900	28 211 240	30 112 140	28 932 100	32 560 300	34 589 610	32 642 830	30 799 375	29 242 900	31 262 185	372 660 340	706
Consultations externes	8 680 500	8 279 900	8 406 900	8 828 300	8 338 890	8 131 000	8 667 400	8 916 350	8 236 000	8 938 000	9 116 400	104 479 540	199
Examens de laboratoire	8 310 040	108 000	7 420 740	8 715 970	8 350 920	9 419 810	10 216 740	8 395 640	7 737 775	7 259 120	9 632 350	96 034 315	181
Examens de radiologie, radiothérapie exploration fonctionnelle	14 083 400	14 730 350	11 463 500	11 669 070	11 257 520	13 919 540	14 630 820	14 429 740	13 774 400	11 971 930	11 210 035	160 472 215	303
Autres soins externes	753 700	945 650	920 100	898 800	984 770	1 089 950	1 074 650	901 100	1 051 200	1 073 850	1 303 400	11 674 270	22

Dons reçus d'autres organismes													
Autres produits et profits divers	11 611 200	8 421 784	7 353 200	10 488 315	7 926 335	7 152 970	6 584 220	7 081 852	9 149 363	16 248 752	10 529 113	15 883 795	118
Remboursement d'assurance pour sinistre													0
Locations diverses		19 500		1 632 500	112 500	1 575 000	75 000			1 500 000		225 000	5 13
Vidangeuse													0
Benne et chargeurs													0
Car													0
Autre locations													0
produits des déchets et de matériel reformés													0
produits de garage													0
Remboursement et reversement	78 800		385 000	1 616 565	643 790	825 420	1 539 010	2 263 852	2 785 663	5 734 802	942 213	7 137 650	23
Produits de restauration													0
Restauration des malades													0
Restauration du personnel (part CHU)													0
Vente des produits pharmaceutiques	8 782 400	6 417 370	6 968 200	7 239 250	7 170 045	4 752 550	4 970 210	4 818 000	6 363 700	9 013 950	9 586 900	8 521 145	84
Autres produits et profits divers	2 750 000	1 984 914											4 7
Reprise sur amortissements													
Reprise sur provisions													
	76 212 540	64 802 684	8 38 630 084	866 091 818	771 494 227	74 918 190	455 569 339	462 847 620	99 120 338	2 184 004 221	771 544 421	827 422 587	7 4

COMPTE ADMINISTRATIF 2006

Compte	Libellé	Prévision 2006	Emission 2006	Recouvrement 2006	Recouvrement antérieur	Reste à recouvrer 2006
	Classe 7 : Compte de produits et profits par nature	7 769 079 400	6 550 624 962	6 175 388 090	192 295 188	375 236 872
					0	
71	Production vente de biens et services	1 203 174 100	1 072 872 040	697 635 168	192 295 188	375 236 872
712	Travaux effectués par l'Etablissement pour lui-même	0	0	0	0	0
713	Produits hospitaliers	1 200 054 300	1 068 477 025	693 240 153	192 295 188	375 236 872
7131	Hospitalisations	585 000 000	520 482 500	172 295 778	188 731 188	348 186 722
71311	Hospitalisations à la charge des malades	142 501 700	152 724 400	151 724 400	0	1 000 000
71312	Hospitalisations à la charge des tiers payants	442 498 300	367 758 100	20 571 378	188 731 188	347 186 722
713121	Hospitalisations à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)	52 037 000	36 915 000	11 442 600	19 723 300	25 472 400
713122	Hospitalisations à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (80%)	57 440 800	54 071 200	4 064 000	0	50 007 200
713123	Hospitalisations à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite	302 819 900	257 770 000	0	167 979 000	257 770 000
713124	Hospitalisations à la charge des organismes de sécurité sociale	151 300	2 696 000	0	0	2 696 000
713125	Hospitalisations à la charge des fonctionnaires pour leur famille	15 066 500	8 930 500	5 064 778	1 028 888	3 895 722
713126	Hospitalisations à la charge des fonctionnaires (20%)	6 274 500	4 923 800	0	0	4 923 800
713128	Hospitalisations à la charge du personnel pour leur famille	5 000 000	0	0	0	0
713129	Hospitalisations à la charge des autres tiers payants	2 349 300	2 451 600	0	0	2 451 600
					0	
7132	Examens des malades	112 330 400	119 599 200	119 599 200	3 564 000	0
71321	Examens à la charge des malades	112 171 300	119 599 200	119 599 200	0	0
71322	Examens à la charge des tiers payants	159 100	0	0	3 564 000	0
713221	Examens à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)	159 100	0	0	3 564 000	0
713222	Examens à la charge de l'Etat en tant qu'employeur					
713223	Examens à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite					
713224	Examens à la charge des organismes de sécurité sociale					
713225	Examens à la charge des fonctionnaires pour leur famille					

713226	Examens à la charge des fonctionnaires					
713229	Examens à la charge des autres tiers payants					
7133	Soins externes	496 131 200	418 943 325	401 345 175	0	17 598 150
71331	Consultations externes	135 823 400	114 725 100	113 267 100	0	1 458 000
71332	Examens de laboratoire	135 217 400	102 693 735	98 209 285	0	4 484 450
71333	Examens de radiologie, radiothérapie exploration fonctionnelle	209 913 900	188 257 530	180 457 730	0	7 799 800
71339	Autres soins externes	15 176 500	13 266 960	9 411 060	0	3 855 900
7139	Autres produits hospitaliers	6 592 700	9 452 000	0	0	9 452 000
71391	Hospitalisation du personnel	6 592 700	9 452 000	0	0	9 452 000
71392	Examens du personnel du personnel					
71393	Soins externes du personnel					
71399	Autres produits hospitaliers non répertoriés					
715	Délivrance de certificats et d'attestations	3 119 800	4 395 015	4 395 015	0	0
7151	Déclaration de naissance	1 016 700	1 490 000	1 490 000	0	0
7152	Déclaration de décès	1 030 600	1 325 000	1 325 000	0	0
7159	Autres déclarations et certificats	1 072 500	1 580 015	1 580 015	0	0
74	Produits financiers					
75	Subvention de fonctionnement	6 350 000 000	5 405 303 570	5 405 303 570	0	0
751	Subvention frais du personnel	4 480 037 405	4 305 303 570	4 305 303 570	0	0
752	Subvention d'équilibre	1 869 962 595	1 100 000 000	1 100 000 000	0	0
76	Transfert reçus	0	0	0	0	0
763	Dons	0	0	0	0	0
7631	Dons reçus des organisations internationales					
7632	Dons reçus des Etats					
7633	Dons reçus des collectivités locales étrangères					
7638	Dons reçus des ONG					
7639	Dons reçus d'autres organismes					
77	Autres produits et profits divers	215 905 300	72 449 352	72 449 352	0	0
771	Remboursement d'assurance pour sinistre		0	0	0	0

773	Locations diverses	10 500 000	8 515 000	8 515 000	0	0
7731	Vidangeuse					
7732	Benne et chargeurs					
7733	Car					
7739	Autre locations	10 500 000	0	0	0	0
774	produits des déchets et de matériel reformés		0	0	0	0
775	produits de garage		0	0	0	0
776	Remboursement et reversement	101 747 100	3 063 052	3 063 052	0	0
777	Produits de restauration	0	0	0	0	0
7771	Restauration des malades					
7772	Restauration du personnel (part CHU)					
778	Vente des produits pharmaceutiques	103 658 200	60 871 300	60 871 300	0	0
779	Autres produits et profits divers		0	0	0	0
78	Reprise sur amortissements		0	0	0	0
79	Reprise sur provisions		0	0	0	0
TOTAL		7 769 079 400	6 550 624 962	6 175 388 090	192 295 188	375 236 872

Synthèse des émissions 2007= EMISSIONS DIRECTES 2007 (prise en charge) +EMISSIONS INDIRECTES 2007 (régularisations)

Libellé	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Marché 7 : compte de produits et services par nature	110 424 421	88 302 508	492 958 178	140 349 972	441 571 113	90 452 861	1 386 252 526	90 432 806	2 418 093 664	149 944 944	133 471 718	473 765 527	6 018 000 000
production vente de biens et services	106 305 550	81 380 098	95 980 470	98 126 310	81 209 335	81 942 470	99 754 230	75 756 255	91 413 155	80 753 190	70 777 834	107 162 270	1 078 000 000
travaux effectués par l'Etablissement pour lui-même													
Produits hospitaliers	105 953 050	81 045 098	95 643 470	97 731 310	80 835 335	81 555 470	99 402 730	75 410 955	91 166 655	80 481 690	70 474 334	106 908 770	1 068 000 000
hospitalisations	42 617 800	34 998 000	43 760 000	39 340 150	33 620 000	33 631 600	45 459 700	28 038 700	38 843 300	27 311 000	21 057 000	57 287 500	443 000 000
Hospitalisations à la charge des malades	16 580 800	16 164 000	16 220 000	14 450 950	12 174 000	14 271 600	17 520 700	17 765 700	14 140 500	17 382 000	12 612 000	11 908 000	168 000 000
Hospitalisations à la charge des tiers payants	26 037 000	18 834 000	27 540 000	24 889 200	21 446 000	19 360 000	27 939 000	10 273 000	24 702 800	9 929 000	8 445 000	45 379 500	275 000 000
Hospitalisations à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)	3 240 000	130 000	3 290 000	2 610 000	2 580 000	2 710 000	5 655 000	910 000	2 109 000	399 000	4 090 000	6 110 000	33 000 000
Hospitalisations à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (80%)	4 080 000	520 000	608 000	4 047 200	3 428 000	1 388 000	2 548 000	2 748 000	2 991 000	280 000	2 456 000	5 978 000	30 000 000
Hospitalisations à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite	17 430 000	17 720 000	23 520 000	17 560 000	14 389 000	15 080 000	19 340 000	5 925 000	18 760 000	9 190 000	1 250 000	30 480 000	190 000 000
Hospitalisations à la charge des organismes de sécurité sociale	329 000	0	20 000	297 000	63 000	10 000	10 000	42 000	174 000	0	124 000	0	5 000 000
Hospitalisations à la charge des fonctionnaires pour leur famille	489 000	344 000	0	0	435 000	102 000	45 000	243 000	382 000	0	444 000	1 342 500	3 000 000
Hospitalisations à la charge des fonctionnaires (20%)	271 000	80 000	0	152 000	284 000	0	152 000	259 000	118 000	30 000	22 000	282 000	1 000 000
Hospitalisations à la charge du personnel pour leur famille	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	522 000	2 000 000
Hospitalisations à la charge des autres tiers payants	198 000	40 000	102 000	223 000	267 000	70 000	189 000	146 000	168 800	30 000	59 000	665 000	2 000 000
Examens des malades	9 883 900	9 524 400	11 506 100	11 823 100	8 654 000	9 344 900	12 718 310	13 469 700	10 810 645	14 011 200	10 299 300	10 127 500	133 000 000

Examens à la charge des malades	9 883 900	9 524 400	11 506 100	11 823 100	8 654 000	9 344 900	12 718 310	13 469 700	10 810 645	14 011 200	10 299 300	10 127 500	13
Examens à la charge des tiers payants	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Examens à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)													
Examens à la charge de l'Etat en tant qu'employeur													
Examens à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite													
Examens à la charge des organismes de sécurité sociale													
Examens à la charge des fonctionnaires pour leur famille													
Examens à la charge des fonctionnaires													
Examens à la charge des autres tiers payants													
Soins externes	53 191 350	36 477 698	40 082 370	46 568 060	38 062 335	38 549 970	41 209 720	33 102 555	40 716 710	39 134 490	39 078 034	36 629 270	48
Consultations externes	12 154 550	8 715 700	9 143 200	9 503 950	8 732 620	9 032 350	9 749 000	9 381 700	9 101 050	10 252 500	10 143 500	9 320 000	11
Examens de laboratoire	14 817 010	11 860 918	12 340 960	10 954 390	10 527 365	11 119 800	11 011 710	11 642 905	12 844 230	12 241 330	11 621 484	9 760 360	141
Examens de radiologie, radiothérapie exploration fonctionnelle	25 269 120	15 480 930	17 889 670	23 998 320	17 980 230	17 136 820	18 013 610	10 768 500	15 750 510	15 842 210	16 122 950	15 200 210	205
Autres soins externes	950 670	420 150	708 540	2 111 400	822 120	1 261 000	2 435 400	1 309 450	3 020 920	798 450	1 190 100	2 348 700	17
Autres produits hospitaliers	260 000	45 000	295 000	0	499 000	29 000	15 000	800 000	796 000	25 000	40 000	2 864 500	5
Hospitalisation du personnel	260 000	45 000	295 000	0	499 000	29 000	15 000	800 000	796 000	25 000	40 000	2 864 500	5
Examens du personnel du personnel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Soins externes du personnel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres produits hospitaliers non répertoriés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Délivrance de certificats et d'attestations	352 500	335 000	337 000	395 000	374 000	387 000	351 500	345 300	246 500	271 500	303 500	253 500	3
Déclaration de naissance	114 000	91 500	122 000	159 500	140 500	244 000	156 500	124 000	108 000	129 500	122 500	118 000	
Déclaration de décès	127 500	111 500	104 000	114 500	103 500	90 500	103 000	125 000	81 000	119 000	94 500	96 500	
Autres déclarations et certificats	111 000	132 000	111 000	121 000	130 000	52 500	92 000	96 300	57 500	23 000	86 500	39 000	
Produits financiers													
Subvention de fonctionnement	0	0	385 885 278	27 065 439	351 378 487	0	1 274 441 976	0	2 315 112 078	0	0	355 445 287	4 705
Subvention frais du personnel	0	0	385 885 278	0	351 378 487	0	704 441 976	0	867 937 379	0	0	355 445 287	2 655

Subvention d'équilibre	0	0	0	27 065 439	0	0	570 000 000	0	1 447 174 699	0	0	0	2 04
Transfert reçu													
Dons													
Dons reçus des organisations internationales													
Dons reçus des États													
Dons reçus des collectivités locales étrangères													
Dons reçus des ONG													
Dons reçus d'autres organismes													
Autres produits et profits divers	4 118 871	6 922 410	11 092 430	15 158 223	8 983 291	8 510 391	12 056 320	14 676 551	11 568 431	69 191 754	62 693 884	11 157 970	23
Remboursement d'assurance pour sinistre													
Locations diverses	1 500 000	2 850 000	95 000	75 000	1 575 000	0	1 595 000	0	0	0	0	1 550 000	1
Vidangeuse													
Benne et chargeurs													
Car													
Autre locations	1 500 000	2 850 000	95 000	75 000	1 575 000	0	1 595 000	0	0	0	0	1 550 000	1
produits des déchets et de matériel reformés													
produits de garage													
Remboursement et reversement	322 071	0	645 980	5 254 833	478 571	737 121	160 460	103 541	741 021	56 638 224	55 920 489	6 041 375	127
Produits de restauration													
Restauration des malades													
Restauration du personnel (part CHU)													
Vente des produits pharmaceutiques	11 157 160	6 124 700	12 251 925	6 335 200	7 845 985	5 564 305	4 321 220	8 203 050	11 813 290	12 650 870	11 328 220	11 874 250	10
Autres produits et profits divers	37 150							9 075			259 913		
Reprise sur amortissements													
Reprise sur provisions													
	110 424 421	88 302 508	492 958 178	140 349 972	441 571 113	90 452 861	1 386 252 526	90 432 806	2 418 093 664	149 944 944	133 471 718	473 765 527	6 01

Synthèse des émissions 2008= EMISSIONS DIRECTES 2008 (prise en charge) +EMISSIONS INDIRECTES 2008 (régularisations)

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	
Classe 7 : Compte de produits et profits par nature	503 805 543	500 376 889	485 440 866	514 378 185	529 589 928	214 809 683	527 741 800	1 478 280 080	1 153 629 272	87 359 462	538 575 859	1 132 289 569	7 611 100 000
Production vente de biens et services	76 573 890	73 830 300	84 588 170	82 484 800	96 053 280	98 048 195	88 353 980	90 068 790	83 845 620	84 921 970	95 496 770	154 759 930	1 100 000 000
Travaux effectués par l'Etablissement pour lui-même													
Produits hospitaliers	75 870 290	73 474 800	83 987 270	82 190 800	95 745 780	97 765 595	88 103 980	89 832 790	83 567 220	84 686 470	95 221 770	154 465 430	1 100 000 000
Hospitalisations	25 904 550	27 092 500	32 191 400	36 463 500	50 559 000	51 963 700	39 048 000	48 760 000	40 285 000	41 405 500	55 373 000	103 430 000	550 000 000
Hospitalisations à la charge des malades	17 373 350	16 411 500	17 769 400	14 982 500	13 655 000	12 970 500	12 672 000	12 744 000	12 530 000	13 207 500	13 123 000	15 776 000	170 000 000
Hospitalisations à la charge des tiers payants	8 531 200	10 681 000	14 422 000	21 481 000	36 904 000	38 993 200	26 376 000	36 016 000	27 755 000	28 198 000	42 250 000	87 654 000	370 000 000
Hospitalisations à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)	3 695 000	3 019 000	2 155 000	3 500 000	6 669 000	3 055 000	3 010 000	1 605 000	792 000	-	4 030 000	12 723 000	40 000 000
Hospitalisations à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (80%)	1 295 200	1 032 000	144 000	3 980 000	1 891 200	9 619 200	5 948 000	4 729 000	3 064 000	2 086 000	3 748 000	5 346 000	40 000 000
Hospitalisations à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite	2 540 000	6 170 000	11 800 000	13 220 000	27 940 000	24 190 000	15 950 000	28 640 000	23 080 000	25 320 000	33 260 000	68 240 000	280 000 000
Hospitalisations à la charge des organismes de sécurité sociale	-	-	-	72 000	-	803 000	112 000	254 000	121 000	96 000	169 000	130 000	-
Hospitalisations à la charge des fonctionnaires pour leur famille	727 000	227 000	287 000	-	151 000	326 000	606 000	217 000	328 000	-	773 000	714 000	-
Hospitalisations à la charge des fonctionnaires (22%)	178 000	68 000	28 000	512 000	84 000	592 000	540 000	362 000	129 000	132 000	232 000	249 000	-
Hospitalisations à la charge du personnel pour leur famille	37 000	-	-	-	36 000	-	-	-	75 000	282 000	-	20 000	-
Hospitalisations à la charge des autres tiers payants	59 000	165 000	8 000	197 000	132 800	408 000	210 000	209 000	166 000	282 000	38 000	232 000	-

Examens des malades	12 204 200	10 747 000	14 028 200	11 970 300	11 255 200	11 143 400	10 420 750	10 066 900	8 028 400	9 106 600	8 537 300	9 472 800	12 204 200
Examens à la charge des malades	12 204 200	10 747 000	14 008 200	11 970 300	11 255 200	11 143 400	10 420 750	10 066 900	8 028 400	9 106 600	8 537 300	9 472 800	12 204 200
Examens à la charge des tiers payants	-	-	20 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Examens à la charge des employeurs autres que l'Etat (100%)	-	-	20 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Examens à la charge de l'Etat en tant qu'employeur (80%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Examens à la charge de l'Etat pour assistance médicale gratuite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Examens à la charge des organismes de sécurité sociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Examens à la charge des fonctionnaires pour leur famille	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Examens à la charge des fonctionnaires (20%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Examens à la charge des autres tiers payants	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soins externes	37 096 540	35 338 300	37 603 670	33 168 000	32 023 580	34 283 495	38 091 230	30 630 890	35 043 820	33 769 370	30 441 470	40 053 630	47 096 540
Consultations externes	10 880 500	9 300 400	9 369 900	8 650 500	8 364 500	7 954 000	8 395 000	7 321 500	8 115 500	7 575 000	7 465 000	8 441 600	10 880 500
Examens de laboratoire	12 956 990	11 976 370	11 527 280	11 156 690	10 897 390	9 642 465	10 687 680	7 507 590	8 492 790	8 336 830	8 183 120	10 616 820	12 956 990
Examens de radiologie, radiothérapie exploration fonctionnelle	12 264 350	12 821 930	13 260 240	12 398 760	11 956 590	15 735 230	17 748 750	15 191 200	16 965 830	15 437 840	13 192 850	16 287 310	17 264 350
Autres soins externes	994 700	1 239 600	3 446 250	962 050	805 100	951 800	1 259 800	610 600	1 469 700	2 419 700	1 600 500	4 707 900	994 700
Autres produits hospitaliers	665 000	297 000	164 000	589 000	1 908 000	375 000	544 000	375 000	210 000	405 000	870 000	1 509 000	665 000
Hospitalisation du personnel	665 000	297 000	164 000	589 000	1 908 000	375 000	544 000	375 000	210 000	405 000	870 000	1 509 000	665 000
Examens du personnel du personnel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soins externes du personnel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres produits hospitaliers non répertoriés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Delivrance de certificats et d'attestations	703 600	355 500	600 900	294 000	307 500	282 600	250 000	236 000	278 400	235 500	275 000	294 500	703 600
Déclaration de naissance	134 500	119 000	149 500	151 000	151 000	120 500	123 500	110 500	106 500	96 000	85 000	108 500	134 500

Restauration du personnel (part CHU)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vente des produits pharmaceutiques	4 736 150	4 297 570	4 969 250	5 165 420	3 588 040	3 523 900	3 245 290	1 539 290	1 074 350	1 208 150	780 700	941 650	35
Autres produits et profits divers	-	-	-	-	-	7 400 000	-	-	-	-	-	-	-
Reprise sur amortissements	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reprise sur provisions	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	503 805 543	500 378 889	485 440 866	514 378 185	529 589 928	214 809 683	527 741 800	1 478 280 080	1 153 628 272	87 359 462	538 575 858	1 132 289 569	7 6

UESAG - BIBLIOTHEQUE